

100004 A

VERHALTENSTHERAPIE DES ÜBERGEWICHTS

(bearbeitet) von

de Jong, R.
R. Ferstl, und J. C. Brengelmann

im Rahmen des Projektes "Modell zur
Kontrolle des Übergewichts"

im Auftrag und mit Mitteln der
Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung, Köln

Projektleitung: R. Erben

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 100004
(10.4)

SCHRIFTENREIHE DES BUNDESMINISTERS FÜR
JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT

10 4
15

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1. Kapitel: Die Abhängigkeit des Eßverhaltens von Umweltbedingungen
 - 1.1 Einleitung
 - 1.2 Der Einfluß verschiedener Reizbedingungen auf die Nahrungsaufnahme
 - 1.3 Zusammenfassung
 - 1.4 Literatur

2. Kapitel: Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Übergewichts durch Fremdkontrollverfahren
 - 2.1 Einleitung
 - 2.2 Aversionstherapie bei Übergewicht
 - 2.3 Die Behandlung des Übergewichts mit verdeckter Sensibilisierung und Koverantenkontrolle
 - 2.4 Die Gewichtsreduktion durch operantes Konditionieren
 - 2.5 Literatur

3. Kapitel: Der verhaltenstherapeutische Ansatz der Selbstkontrolle zur Modifikation des Übergewichts
 - 3.1 Das theoretische Konzept "Selbstkontrolle"
 - 3.1.1 Einordnung und Definition des Konzepts
 - 3.1.1.1 Der Selbstkontrollansatz als Erweiterung des lerntheoretischen Modells
 - 3.1.1.2 Selbstkontrolle als Spezialfall von Selbstregulation
 - 3.1.2 Charakteristische Variablen des Selbstkontrollprozesses
 - 3.1.2.1 Selbstbeobachtung
 - 3.1.2.2 Selbstbewertung
 - 3.1.2.3 Selbstverstärkung
 - 3.1.3 Bedingungen, die Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung beeinflussen
 - 3.1.3.1 Bedingungen bei der Selbstbeobachtung
 - 3.1.3.2 Bedingungen bei der Selbstbewertung
 - 3.1.3.3 Bedingungen bei der Selbstverstärkung

3.2 Übertragung des Selbstkontrollansatzes auf die Modifikation des Übergewichts

3.2.1 Erste Entwicklung und Erprobung von Strategien der Selbstkontrolle an übergewichtigen Patienten: Das Programm von Ferster, Nurnberger und Levitt

3.2.1.1 Koppelung der negativen Konsequenzen des Überessens an den EBvorgang

3.2.1.2 Informationen über Ernährung und Kalorien

3.2.1.3 Training in Selbstbeobachtung

3.2.1.4 Verhaltensregeln zur Kontrolle der Essenszeit und situativer Umstände des Essens

3.2.1.5 Verhaltensregeln zur Modifikation der "Verhaltenskette Essen"

3.2.1.6 Verhaltensregeln zur Förderung von Alternativ-Verhalten

3.2.2 Systematisierung der Selbstkontrollstrategien und erste experimentelle Überprüfungen an Patientengruppen

3.2.2.1 Die Programme von Stuart

3.2.2.2 Therapieexperimente, die die Programme von Stuart überprüften

3.2.3 Experimentelle Überprüfung von Breitbandprogrammen mit dem Schwerpunkt auf Selbstkontrollansätze

3.2.3.1 Das Therapieexperiment von Wollersheim

3.2.3.2 Das Therapieexperiment von Hagen

3.2.4 Überprüfung einzelner Bestandteile von Breitbandprogrammen

3.2.4.1 Das Therapieexperiment von Romanczyk

3.2.4.2 Therapieexperimente, die den relativen Effekt von Verstärkungsprogrammen innerhalb von Selbstkontrollansätzen überprüfen

3.2.5 Explizite Überprüfung der Variablen des Kanfer'schen Selbstkontroll-Modells: Die Experimente von Mahoney und Mitarbeitern

3.2.5.1 Die Effekte von Selbstbeobachtung und auf zwei verschiedene Kriterien bezogene Selbstverstärkung

3.2.5.2 Die Effekte von Selbstbeobachtung, Selbstbelohnung und Selbstbestrafung

3.2.6 Diskussion und Schlußbemerkungen

3.3 Literatur

4. Kapitel: Die Behandlung des Übergewichts mit Hilfe der Selbstkontroll-Methode: Ein experimenteller Vergleich zwischen Kontakt- und Brieftherapie

4.1 Einleitung

4.1.1 Selbstkontrolle als Therapiemodell

4.1.2 Fragestellung und Ziele der Untersuchung

4.2 Planung und Durchführung

4.2.1 Übersicht über den Ablauf des Experiments

4.2.2 Experimentelle Gruppen

4.2.2.1 Stichprobengewinnung

4.2.2.2 Aufnahmekriterien und Teilnahmebedingungen

4.2.2.3 Ausgangswerte der Versuchsgruppen

4.2.2.4 Biographische Angaben zum Übergewicht

4.2.3 Datenerhebung

4.2.3.1 Tägliche Registrierung des Ess- und Bewegungsverhaltens

4.2.3.2 Wöchentliche Gewichtsmessung

4.2.3.3 Wöchentliche Messung der Therapiemotivation

4.2.4 Durchführung der Therapie

4.2.4.1 Therapeuten und Therapeutentraining

4.2.4.2 Durchführung der Gruppentherapie

4.2.4.3 Durchführung der Brieftherapie

4.3 Therapieprogramm

4.3.1 Allgemeine Therapieziele

4.3.2 Therapiekomponenten

4.3.3 Kurze Beschreibung der Therapieschritte

4.4 Auswertung und Ergebnisse

4.4.1 Analyse der Gewichtsdaten

4.4.1.1 Zuverlässigkeit der Gewichtsdaten

4.4.1.2 Therapieergebnisse

4.4.1.3 Therapieverlauf

4.4.1.4 Erfolgskriterien

4.4.1.5 Gewichtsdaten der nicht ausgewerteten Klienten

4.4.1.6 Diskussion und Ergebnisse

4.4.2 Analyse der Verhaltensdaten

4.4.2.1 Fragestellungen und Auswertung

4.4.2.2 Die Zuverlässigkeit der Verhaltensdaten

4.4.2.3 Ergebnisse

4.4.2.3.1 Tägliche Kalorienaufnahme (Tabelle 11, Abbildung 8-9)

4.4.2.3.2 Nebentätigkeiten während der Mahlzeiten (Tabelle 14, Abbildung 10)

4.4.2.3.3 Regelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme

4.4.2.3.4 Dauer der Mahlzeiten (Tabelle 23-24, Abbildung 13)

4.4.2.3.5 "Eßgeschwindigkeit" (Kalorien/Minute) (Tabelle 18-19, Abbildung 14)

4.4.2.3.6 Bewegungsverhalten (Tabelle 27-28, Abbildung 15)

4.4.2.4 Zusammenfassung und Diskussion

4.4.3 Analyse der Therapiemotivation

4.4.3.1 Fragestellung und Auswertung

4.4.3.2 Ergebnisse der Faktorenanalysen

4.4.3.2.1 Faktorenanalyse des Fragebogens MOT

4.4.3.2.2 Faktorenanalyse des Fragebogens ETE

4.4.3.3 Zuverlässigkeit der Faktoren

4.4.3.4 Interkorrelation der Faktoren

4.4.3.5 Motivationsunterschiede in den Therapiegruppen

4.4.3.6 Korrelation der Motivationsfaktoren mit dem Gewicht

4.4.3.7 Diskussion der Ergebnisse

4.5 Zusammenfassung

4.6 Literatur

5. Kapitel: Therapiemanual

Vorwort

Dieses Buch beschreibt eines der jüngsten Anwendungsgebiete verhaltenstherapeutischer Techniken, die Behandlung des Übergewichts. Die Entwicklung der Therapie wäre ohne die aus der Literatur entnommenen Ergebnisse einer Reihe von experimentell-psychologischen Untersuchungen über unterschiedliche Essgewohnheiten bei Über- und Normalgewichtigen nicht denkbar gewesen. Diese werden im ersten Kapitel ausführlich dargestellt. Nach einem kurzen Überblick über Therapieversuche, in denen die Verhaltenskontrolle vor allem vom Therapeuten ausgeht (Kapitel 2), werden im dritten Kapitel die theoretischen Grundlagen des Selbstkontrollansatzes und die bisher davon durchgeführten experimentellen Therapievergleiche dargestellt. Kapitel 4 beinhaltet die Beschreibung einer experimentellen Vergleichsuntersuchung zwischen einer brieflich und einer persönlich kontaktierten Klientengruppe. Im letzten Teil des Buches wurde das gesamte Therapiemanual einschließlich des dazu verwendeten Testmaterials abgedruckt. Somit kann der Leser jeden einzelnen Behandlungsschritt bis ins Detail nachvollziehen.

Verhaltenstherapie im deutschsprachigen Raum ist noch keine 10 Jahre alt, soweit belegte Aktivitäten hinsichtlich Ausbildung, Therapie und Forschung betroffen sind. Wie das so üblich ist, vergehen ein paar Jahre der Planung und des Experimentierens mit einzelnen Fällen, bevor ein detailliert ausgearbeitetes Therapieprogramm wie das Vorliegende erprobt werden kann. Unser Programm ist jedoch kein isoliertes, sondern ist in zweifacher Hinsicht in eine umfangreichere Planung der psychologischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie eingebettet.

Erstens laufen weiterführende Arbeiten zur Kontrolle des Übergewichts, die die Wirksamkeit der entwickelten Therapie

an größeren Gruppen kreuzvalidieren sollen und - nach den einlaufenden Ergebnissen zu rechnen - dies auch tun. Zweitens sind umfangreiche Arbeiten in anderen Gebieten der psychischen Abhängigkeit, besonders in Hinblick auf das Rauchen und die Rauschmittelabhängigkeit durchgeführt worden, die kurz vor der Veröffentlichung stehen und eine generalisierte Interpretation der Funktion und Wirksamkeit besonders der Methoden zur Verhaltenskontrolle erlauben.

Mit diesem Satz sind die wichtigsten Notwendigkeiten der Therapieforschung im Gebiet der primären und sekundären Prävention bereits angesprochen. Wir brauchen Verfahrensweisen, mit deren Hilfe der Abhängige lernen kann, sein problematisches Verhalten selbst zu regulieren. Diese Verfahrensweisen müssen aus Gründen der Wirksamkeit und Kontrollierbarkeit, sowie natürlich auch aus Gründen der individuellen Anpassbarkeit genau detailliert sein. Wegen der außerordentlich starken Verbreitung der Abhängigkeiten muß eine Therapie darüberhinaus breit anwendbar und wirtschaftlich sein. Dies Problem wurde mit Hilfe der Behandlung per Korrespondenz bewältigt. Schließlich hängt der Erfolg einer Therapie von dem Grad der Motivation zur Therapie und von anderen individuellen Eigentümlichkeiten ab, die wir mit Hilfe speziell konstruierter Skalen versucht haben erstmalig zu fassen. Die zukünftige Therapigestaltung wird in einem nicht geringen Ausmaß von einer gezielten Individualisierung von Therapien mit Hilfe solcher methodischer Entwicklungen abhängen. Dies sind ein paar unserer Strategien um die Verhaltenstherapie in unserem Land trotz oder gerade wegen ihrer kurzen Existenz in Forschung und Anwendung voranzutreiben.

~~Die Zusammenstellung dieses Buches wäre ohne die Mitarbeit einzelner Institutionen und Personen unmöglich gewesen. Wir wollen an dieser Stelle der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung für die finanzielle Unterstützung danken. Frau OR-Erben wollen wir für ihre Anregungen und Hilfe bei der Publikation danken, Herrn Prof. Dr. F. H. Kanfer für seine hilfreiche Diskussion und Beratung des Projekts. Dem Institut für Therapie- forschung danken wir für das Überlassen notwendiger technischer Hilfsmittel und Frl. Wildhager für die nimmermüde Arbeit am Manuskript.~~

München, April 1975

Roman Ferstl

Johannes C. Brengelmann

1. Kapitel: Die Abhängigkeit des Essverhaltens von Umweltbedingungen

Roman Ferstl

1.1 Einleitung

Der menschliche Körper verbraucht für die Aufrechterhaltung seiner organischen Funktionen täglich eine bestimmte Anzahl von Eiweißen, Kohlehydraten, Fetten, Vitaminen und Spurenelementen. Diese müssen in mehr oder minder regelmäßigen Abständen dem Körper in flüssiger oder fester Form zugeführt werden. Deshalb ist der Mensch. Je nach Geschlecht, Lebensalter, Körpergröße und beruflicher Tätigkeit verschieden liegt der tägliche Kalorienverbrauch etwa zwischen 1400 und 3000 Kalorien. Obwohl der Organismus eine Vielzahl von biologischen Steuermechanismen für die Nahrungsaufnahme und -verarbeitung besitzt, die einen ausgewogenen Ernährungshaushalt garantieren, gibt es in der Bevölkerung einen bestimmten Prozentsatz von gesunden Männern und Frauen, die übergewichtig sind. Die Ursachen dieses Phänomens sind vielfältig. Es werden sowohl soziokulturelle Veränderungen wie leichtere Arbeitsbedingungen oder Folgen der Wohlstandsgesellschaft als auch verschiedene psychische Störungen wie Depressionen, Unruhe und Stress oder unbefriedigender Sozialkontakt dafür verantwortlich gemacht. Zwar sind diese aus Meinungsumfragen und statistischen Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse für jedermann von vornherein einleuchtend, sie sollten aber nicht zu dem voreiligen Schluß der Unabänderlichkeit dieser Tatsache führen. Die große Zahl von Folgeerkrankungen bei übergewichtigen Personen, die sich vor allem in Herz- und Kreislaufinsuffizienzen äußern, sowie die geringere Lebenserwartung dicker Leute sind Grund genug, um sich ernsthaft mit dem Problem Übergewicht auseinanderzusetzen.

Übergewicht ist statistisch als die Abweichung des aktuellen Körpergewichts vom Durchschnittsgewicht der Bevölkerung bei bestimmter Körpergröße, Lebensalter und je nach Geschlecht definiert. Für die Berechnung des Übergewicht-Prozents gibt Ries (1970) verschiedene Formeln an.

- 2 -

Bevor wir eine Beschreibung einiger charakteristischer Merkmale des Verhaltens dicker Menschen geben, müssen wir eine notwendige Unterscheidung treffen. Es gibt eine Vielzahl medizinischer Ursachen für Fettleibigkeit, z.B. Stoffwechsellanomalien, Schilddrüsenerkrankungen, Erkrankungen des Zentralnervensystems, Diabetes mellitus und andere mehr, die aus der Literatur bekannt sind (Ries, 1970). Wir wollen diese somatisch bedingten Gewichtszunahmen ausdrücklich aus unseren Überlegungen ausschließen. Für die Reduktion des auf Grund dieser oder anderer medizinischer Ursachen entstandenen Übergewichts ist primär eine ärztliche Behandlung notwendig.

Wenn man somatische und hereditäre Ursachen ausschließt, verbleibt dennoch ein erheblicher Anteil der Bevölkerung, der - obwohl körperlich völlig gesund - übergewichtig ist. Die Schätzungen des Prozentsatzes völlig Gesunder unter den insgesamt Übergewichtigen, liegen zwischen 75 und 98 %. Nach Stuart (1971) sind mindestens drei Gründe für deren Fettleibigkeit verantwortlich: 1) eine gesteigerte Nahrungsaufnahme, 2) eine verringerte Kalorienabgabe und 3) ein allmählich erlerntes abnormes ESverhalten. Die gesteigerte Nahrungsaufnahme bezieht sich vor allem auf die unkontrollierte Kalorienanzahl, die im Laufe des Tages in Form von festen und flüssigen Speisen zu sich genommen wird. Sie beträgt bei Dicken 3500 Kalorien und mehr. Dabei muß man berücksichtigen, daß ein nicht unwesentlicher Anteil dieser Kalorienmenge in Form von Flüssigkeiten wie Fruchtsäften, Milch und Alkohol aufgenommen wird. Sicherlich spielt dabei die Unwissenheit über den Kaloriengehalt der verschiedenen Nahrungsmittel eine entscheidende Rolle. Daß hier Informationen aus Erziehung und Unterricht fehlen, liegt klar auf der Hand. Zwar lernt heute jedes Kind früher oder später den richtigen Umgang mit Messer

und Gabel, den richtigen Umgang mit Kalorien und Nährwerten zu trainieren wäre aber für viele noch viel notwendiger. Die verringerte Kalorienabgabe hat mehrere Gründe: Einmal sind Dicke durch ihr Körpergewicht bewegungsmäßig gehandikapt, und oft mangelt es an der Motivation, zusätzliche Körperbewegungen durchzuführen. Die modernen Verkehrsmittel gestatten einen relativ bewegungsarmen Ortswechsel. Rolltreppen und Lifte ersparen den Städtern in vielen Fällen das Stufensteigen. Und dazu kommt, daß zahlreiche Berufe sitzend ausgeführt werden, was nicht nur berufsmedizinische Schädigungen wie z. B. Körperhaltungsschäden hervorruft, sondern gerade bei übergewichtigen Personen ein entscheidender Faktor für die verringerte Kalorienabgabe ist. Daß sich das Eßverhalten dicker Leute im Laufe der Zeit verändert, zeigt eine Anzahl von Untersuchungen, auf die wir später noch genauer eingehen werden.

Was kann man gegen Übergewicht unternehmen? Die erste Antwort auf diese Frage, die einem dazu einfällt, heißt weniger essen oder "Iß die Hälfte". Eine ausgeklügelte Form dieses Ratschlages stellen zahlreiche Ernährungsprogramme oder Diäten dar. Es gibt eine Vielzahl von Diäten, die eine Reduktion von Eiweiß-, Kohlehydrat- oder Fettgehalt der Speisen vorschlagen und in periodischen Abständen in allen möglichen Zeitungen und Zeitschriften erscheinen. Aber genauso wie gerade in letzter Zeit die unter ärztlicher Kontrolle erfolgreich durchgeführten Nulldiäten haben sie mit diesen einen gemeinsamen Nachteil. Sie führen vorübergehend zu einer Reduktion des Körpergewichts, sind aber nur in den seltensten Fällen von einem langzeitigen Erfolg begleitet. Nach Absetzen der Diät wird nämlich in den meisten Fällen das verlorene Körpergewicht sehr schnell wieder aufgebaut. Leider stehen uns dazu keine genauen statistischen Zahlen zur Verfügung. Wenn man

aber den Aussagen von Medizinern und den Personen, die diese Versuche nach längerer Zeit erfolglos abgebrochen haben, traut, erweisen sie sich alle auf die Dauer als relativ nutzlos. Die Ursache ihrer Erfolglosigkeit hat mehrere Gründe: Zum Teil ist es den Teilnehmern solcher Programme nicht möglich, über längere Zeit die genügende Motivation für die Teilnahme aufzubringen. Ein anderer Teil hält sich zwar einige Wochen an die Vorschriften, verzweifelt aber letztlich an der Tatsache, daß er sich nun für ein Leben lang an diese Regeln halten soll. Andere wiederum entwickeln bei einseitigen Programmen (das heißt, bei einseitiger Ernährung, etwa sehr kohlenhydratarmer Kost) einen Spezialhunger, der eines Tages so stark wird, daß sie plötzlich große Mengen der "verbotenen" Speisen zu sich nehmen und damit rückfällig werden. Selbst bei den binnen weniger Tage erfolgreichen Nulldiäten hilft ein neues, abgemagertes Aussehen den Leuten häufig nicht, nun in Zukunft weniger zu essen und dadurch das Gewicht zu halten.

Als therapeutisches Problem stellt sich bei Übergewichtigen deshalb weniger die Frage: "Wie helfe ich dem Patienten, möglichst schnell überflüssige Pfunde loszuwerden?" sondern: "Durch welche Maßnahmen kann ich den Patienten dabei unterstützen, abzunehmen und dann den normalgewichtigen Zustand auch beizubehalten?". Herkömmliche Diätprogramme zielen darauf ab, vor allem das von Stuart (1971) genannte erste Kennzeichen übergewichtiger Personen zu ändern: die gesteigerte Nahrungsaufnahme. Mit einer auch sehr häufig empfohlenen Kombination von Gymnastik- oder Trimm-Dich-Programmen würde man gleichzeitig die Kalorienabgabe fördern. Weder von medizinischer noch von sonstigen Ernährungs- und Bewegungstherapien wird jedoch das dritte Merkmal dicker Personen modifiziert: das gestörte EBverhalten selbst. Es gibt kaum systematische Rückfallanalysen von bisher mit Diät behandel-

ten Patienten, aber es liegt von Beobachtungen her die Vermutung nahe, daß fette Menschen bald nach Beendigung einer Therapie wieder in die alten Eß- und Bewegungsgewohnheiten zurückfallen. Wenn man diesen Überlegungen folgt, wäre es sinnvoll, zusammen mit den Zielen "weniger essen" und "mehr bewegen" das Ziel "neue Eßgewohnheiten" anzugehen. Man müßte dann weiter fragen: welche neuen Eßgewohnheiten begünstigen ein Abnehmen und späteres Stabilisieren des Gewichts? Eine weitere Frage wäre: Wie essen Normale? Denn diese Menschen haben das Problem der Kalorienaufnahme- und Abgabe gelöst und offensichtlich keine Eßverhaltensprobleme. Von welchen Bedingungen hängt überhaupt das Essen und Trinken ab? Ist es lediglich die Konsequenz von Hunger bzw. Durst? Sind diese Bedingungen für dicke Menschen anders als für dünne? Obwohl diese Fragen nicht völlig beantwortbar sind, gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die sich damit beschäftigt haben. Wir wollen in diesem Kapitel eine Übersicht über die bisher wichtigsten Befunde geben.

1.2 Der Einfluß verschiedener Reizbedingungen auf die Nahrungsaufnahme

In der Literatur werden zahlreiche Ursachen und Begleiterscheinungen des übermäßigen Essens angeführt. Die Befunde reichen von Berichten über Depressionen (Simon, 1963), Ängstlichkeit (Cauffman & Pauley, 1961) und verschiedene Persönlichkeitsprobleme (Bruch, 1957; Kaplan & Kaplan, 1957) bis zu unzulänglicher Körperbewegung (Mayer, 1955) als Ursache des Übergewichts. Dazu kommen eine Reihe von Beobachtungen aus Experimenten, die sich mit den unterschiedlichen Eßgewohnheiten und physiologischen Reaktionen von Dicken und Normalgewichtigen befaßt haben.

1964 veröffentlichten Stunkard & Koch (1964) eine Arbeit, in der der Zusammenhang zwischen Magenkontraktionen und der Stärke

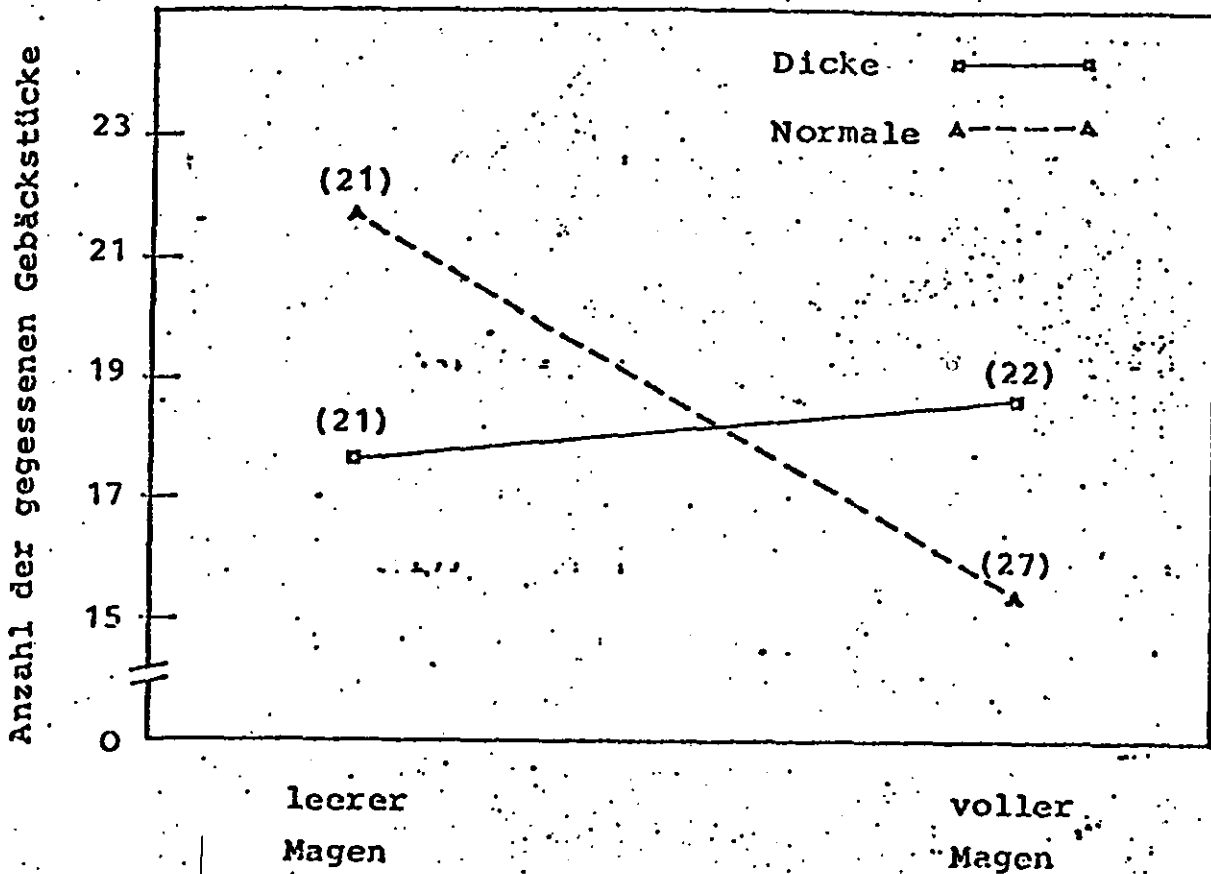


Abbildung 1: Anzahl der gegessenen Gebäckstücke bei leerem und vollem Magen (aus Schachter, Goldman und Gordon, 1968).

des Hungergefühls bei dicken und normalen Versuchspersonen (Vpn) wurde. Die Vpn. mußten vor Beginn der Untersuchung einen kleinen Ballon schlucken, mit dessen Hilfe während des gesamten Versuchs die Magenbewegungen kontinuierlich registriert werden konnten. Das Experiment dauerte vier Stunden. Alle fünfzehn Minuten mußten die Vpn., die mit nüchternem Magen ins Laboratorium gebeten wurden, angeben, ob sie sich jetzt hungrig fühlten oder nicht. Sie sollten lediglich mit "Ja" oder "Nein" antworten. Danach wurde verglichen, ob gleichzeitig mit einem aufgetretenen Hungergefühl Magenbewegungen zu beobachten waren oder nicht. Dabei zeigte sich für normalgewichtige Personen ein enger Zusammenhang zwischen den Angaben über Hunger und den Bewegungen der Magenwand. Bei Dicken wurde unabhängig von den Magenkontraktionen immer wieder Hunger angegeben.

Dieses Ergebnis veranlaßte Schachter, Goldman und Gordon, (1968) ein Experiment durchzuführen, um die aufgenommene Nahrungsmenge von Vpn. mit leerem und vollem Magen zu vergleichen. Das Experiment war als eine Untersuchung über Geschmacksempfindungen getarnt. Je nach Versuchsgruppe wurden den Vpn entweder noch unmittelbar vor dem Beginn des Experiments einige Sandwiches angeboten oder sie wurden nüchtern in den Testraum geschickt. Jede Vp mußte dann fünfzehn Minuten lang den Geschmack von Gebäck, das sie kosten sollte, nach dem Salz- oder Käsegehalt einschätzen und ihr Ergebnis auf einer Liste eintragen. Tatsächlich zählte der Versuchsleiter aber die Anzahl der gegessenen Stücke. Wiederum gab es so wie in dem vorhin beschriebenen Versuch dicke und normale Vpn. Abbildung 1 zeigt die Ergebnisse dieser Untersuchung. Während die Normalgewichtigen mit vollem Magen wesentlich weniger Gebäck aßen als mit leerem Magen, aßen die dicken in beiden Fällen gleich viele Stücke.

Aus diesen beiden Untersuchungen und aus einer Reihe anderer Experimente (Schachter, 1967; Schachter et al. 1968) leitete Schachter (1971) die Hypothese ab, daß der interne, physiologische Zustand für den Fettleibigen keine Rolle bei der Entstehung des Hungergefühls spielt, sondern daß vielmehr externe, in der Umwelt des Betreffenden vorhandene Reize das Eßverhalten steuern. Dafür sprachen vor allem zwei Ergebnisse aus den Arbeiten von Nisbett (1968) und Decke (1971).

Nisbett (1968) ging von der Annahme aus, daß der von den Umweltreizen abhängige Dicke nur ist, solange er seine Nahrung vor sich sieht und in dem Moment, wo er alles aufgegessen hat, keine weiteren Anstrengungen unternimmt, weitere Nahrung zu bekommen. Im Gegensatz dazu müßte ein Normalgewichtiger solange essen, bis sein Hunger befriedigt ist. Normalgewichtige Personen, denen man eine kleine Menge vorsetzt und die Möglichkeit gibt, weitere Portionen zu bekommen, würden daher mehr essen als Dicke. Zur Überprüfung dieser Hypothese führte Nisbett folgendes Experiment durch: Die Vpn. waren eingeladen, an einer Fragebogenuntersuchung teilzunehmen. Sie erhielten vor dem Ausfüllen der Fragebogen einen Teller auf den Tisch gestellt, auf dem nach eigentlicher Versuchsbedingung ein oder drei Sandwiches lagen. Nisbett lud die Vpn ein, sich selbst zu bedienen und zeigte beim Verlassen des Besuchsraums auf einen Kühlschrank und forderte die Vpn gleichzeitig auf, sich weitere Sandwiches daraus zu holen. Wie die Tabelle zeigt, aßen die dicken Vpn wesentlich mehr, wenn ihnen drei Brote vorgesetzt wurden, aber sie aßen signifikant weniger als Normale, wenn ihnen nur ein Sandwich vorgelegt wurde. Das heißt im Durchschnitt holte sich jeder Normale noch einen zweiten Sandwich aus dem Eisschrank, während nur etwa jeder zweite Dick-

Tabelle 1: Die Auswirkung der angebotenen Sandwiches auf die von Unter- Normal und Übergewichtigen gegessene Nahrungsmenge (aus Nisbett, 1968).

Versuchspersonen	Anzahl der angebotenen Sandwiches	
	1	3
Untergewichtige	1.50	1.62
Normalgewichtige	1.96	1.88
Übergewichtige	1.48	2.32

Quelle	Varianz-Analyse		
	df	MS	F
Gewicht (G)	2	0.90	3.48 *)
Anzahl der angebotenen Sandwiches (N)	1	1.42	5.46 *)
G x N	2	1.29	4.97 **)
Fehler	63	0.26	

*) $p < 0.05$

**) $p = 0.01$

ke sich noch einmal bediente Lagen drei Sandwiches vor den Vpn, aßen Normale im Durchschnitt ebenfalls ca. zwei Brote, während Dicke im Mittel ca. zweieinhalb Sandwiches aßen.

In dem Experiment von Decke (1971) erhielt ein Teil der normalen und der übergewichtigen Personen ein wohlschmeckendes Milchmixgetränk und die zweite Versuchsgruppe dasselbe Getränk mit einem übel-schmeckenden Chininzusatz. Das Experiment war wie bei Schachter et al. (1968) als Geschmackstest getarnt. In Tabelle 2 ist die getrunkene Menge für dicke und normale Vpn in den beiden Versuchsbedingungen angegeben.

- Tabelle 2 -

Während die Dicken von dem wohlschmeckenden Getränk wesentlich mehr zu sich nahmen als die Normalen, tranken sie von dem schlechschmeckenden wesentlich weniger als die Normalgewichtigen. Daraus läßt sich die Folgerung ableiten, daß nicht nur der Anblick, sondern auch der Geschmack von Nahrungsmitteln bei Dicken ein entscheidender Faktor für die aufgenommene Nahrungsmenge ist.

Daß der Geschmack, Geruch und Anblick von Nahrungsmitteln bei Dicken einen entscheidenden Einfluß auf die aufgenommene Menge besitzt, beweist auch ein Bericht von Hashim und Van Itallie (1965). Die Autoren verglichen die täglich verzehrte Kalorienmenge einer Gruppe von zehn Übergewichtigen und acht normalen Vpn. Dabei sollten sich die Vpn über längere Zeit von einer geruch- und geschmacklosen Diätkost ernähren, die aus einer breiigen Masse bestand. Jeder Teilnehmer konnte so oft und so viel er wollte essen. Die Eßsituation selbst war steril und unattraktiv. Ein Teil der Vpn bekam die Kost in einer Schüssel vorgesetzt, die anderen Vpn erhielten die Masse aus einem Nahrungsspender, den sie per Druckknopf bedienen konnten. Das Experiment lief folgendermaßen ab: In der er-

Tabelle 2: Durchschnittliche von Dicken und Normalgewichtigen getrunkene Menge eines wohlschmeckenden und eines schlechtschmeckenden Getränks (aus Decke, 1971).

Versuchspersonen	N	Menge des getrunkenen Milch- mixgetränktes (in Unzen)		Wert
		wohl- schmeckend	schlecht- schmeckend	
Übergewichtige	5	13.90	2.60	<0.01
Normalgewichtige	9	10.55	6.44	n.s.
		n.s.	<0.05	

Interaktion p = 0.07

sten Woche des Krankenhausaufenthalts erhielten die Übergewichtigen Vpn eine 2400-Kalorien-Diät. Dann schloß sich für acht Tage eine Diät mit 1200 Kalorien pro Tag an. In den darauffolgenden ^{drei} Wochen konnten sich die Vpn lediglich von der breiigen Masse ernähren. Abbildung 2 zeigt den Vergleich einer normalgewichtigen mit einer Übergewichtigen Vp. Während die normale Vp in etwa die gleiche Kalorienmenge wie vor dem Krankenhausaufenthalt weiter zu sich nahm (gestrichelte Linie), sank die Kalorienaufnahme der dicken Vp noch weit unter die Werte der 2400- bzw. 1200-Kalorien-Diät.

- Abbildung 2 -

Ein weiterer entscheidender Faktor für den Unterschied im Eßverhalten zwischen Normalen und Dicken ist die Zeit. In einer experimentellen Studie von Schachter und Gross (1968) wurde der Einfluß von manipulierten Zeitangaben auf die Essensmenge untersucht: Wieder nahmen dicke und normale Vpn an dem Versuch teil. Für alle begann die Untersuchung um ^{fünf} Uhr nachmittags. Die Vpn wurden in einen Laborraum gebeten und zunächst erklärte ihnen der Versuchsleiter, daß es sich bei dem Experiment um eine Untersuchung über den Zusammenhang zwischen physiologischen Reaktionen (EKG und galvanische Hautreaktion) und Persönlichkeitsmerkmalen handele. Unter dem Vorwand, daß die verwendete Elektrodenpaste leicht das Metall ihrer Armbanduhr beschädigen könnte, nahm er den Vpn ihre Uhren ab. Nachdem die Elektroden für die physiologischen Ableitungen aufgeklebt waren (inzwischen waren fünf Minuten vergangen), wurde die Vp für eine weitere halbe Stunde im Versuchsraum alleine gelassen. Das war die kritische Versuchsphase. Während für die eine Hälfte der Vpn eine große Wanduhr im Laboratorium mit doppelter Geschwindigkeit lief, wurde das subjektive Zeiterlebnis für die zweite Versuchsgruppe dadurch verlängert, daß die Wanduhr um die Hälfte lang-

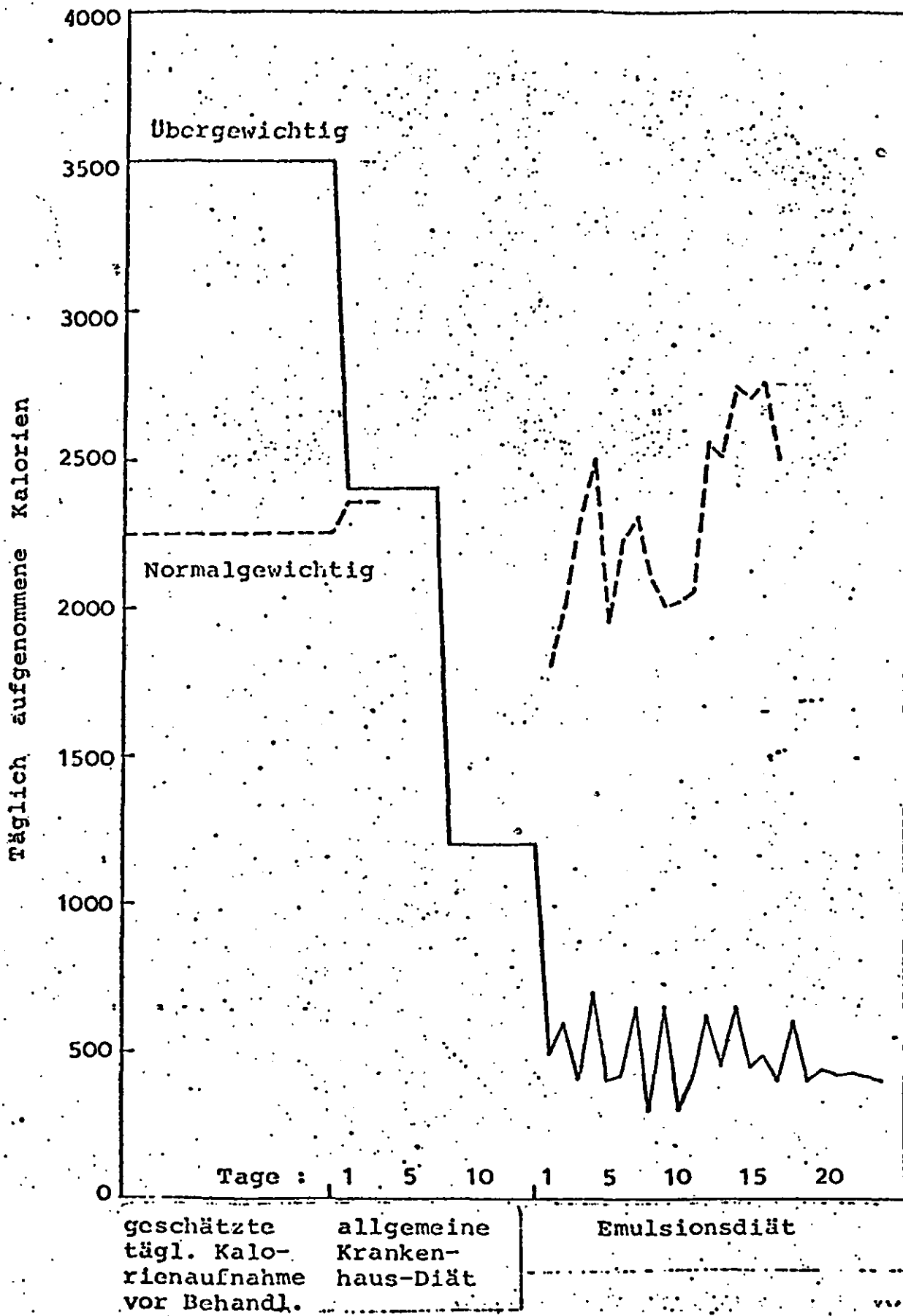


Abbildung 2: Die Auswirkungen einer Emulsionsdiät auf das Essverhalten eines Übergewichtigen und eines Normalgewichtigen (aus Hashim und Van Itallie, 1965).

samer ging. Von 48 untersuchten Vpn bemerkten lediglich zwei diese Manipulation. Ihre Ergebnisse kamen nicht in die Auswertung. Auf diese Weise beendete ein Teil der Vpn die erste Versuchsphase zu einem subjektiven Zeitpunkt von 17 Uhr 20, der zweite Teil um 18 Uhr 5. Für die College-Studenten, die sich als Vpn zur Verfügung gestellt hatten, war 18 Uhr die reguläre Zeit für das Abendessen. Danach betrat der Versuchsleiter wieder den Raum und prüfte die Vpn mit einem ersten psychologischen Test. Er brachte auch eine Schachtel mit Knabbergebäck mit und forderte die Vpn auf, sich daraus zu bedienen. Nach der Beendigung des ersten Tests, ließ der Versuchsleiter die Vpn mit dem Fragebogen und dem Knabbergebäck für weitere zehn Minuten allein. Danach nahm er die Schachtel mit dem Gebäck wieder weg und nachdem die Vpn die Fragebogen ausgefüllt hatte, wurde der Versuch beendet. Die abhängige Variable in dieser Untersuchung war das Gewicht der in den letzten zehn Minuten aufgegessenen Gebäckstücke.

Schachter und Gross (1968) hatten folgende Hypothese: Externe Hinweise haben für dicke Personen einen entscheidenden Einfluß auf die Nahrungsaufnahme, während Normalgewichtige sowohl von externen als auch von internen Reizen in ihrem Essverhalten gesteuert werden. Unter dieser Voraussetzung müssen Dicke, für die subjektiv viel Zeit vergangen ist und gerade Abendessenszeit sein sollte mehr aufnehmen als Übergewichtige, für die erst eine Viertelstunde vergangen ist. Für normale Vpn wäre kein Unterschied zu erwarten. In jedem Fall wäre eine Wechselwirkung zwischen dem Körpergewicht und dem Zeitfaktor anzunehmen. Die Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Untersuchung.

Tabelle 3: Der Einfluß unterschiedlich schnell verstrichener Zeit auf die aufgenommene Nahrungsmenge (in Gramm) (aus Schächter und Gross, 1968).

Gewicht	subjektiv verstrichene Zeit	
	Langsam	Schnell
Übergewichtig	19.9	37.6
Normalgewichtig	41.5	16.0

Varianzanalyse

Quelle	df	SS	MS	F
Gewicht (A)	1	0.17	0.17	0.01
Zeit (B)	1	19.28	19.28	0.05
A x B	1	447.74	447.74	19.94 ⁺⁾
Fehler	42		37.49	

⁺⁾ p = 0.002.

Während für die Übergewichtigen Vpn die Hypothese bestätigt wurde, ergab sich für die normalen Vpn ein entgegenläufiger Trend. Sie aßen unter der Bedingung "es sei erst 17 Uhr 20" wesentlich mehr als unter der Voraussetzung, daß es gerade Zeit zum Essen wäre. Dieses Ergebnis wird dadurch plausibel, daß viele normalgewichtige Vpn unter der ^{zweiten} Bedingung das angebotene Gebäck mit dem Hinweis darauf ablehnten, daß sie sich nicht den Appetit für das unmittelbar bevorstehende Abendessen verderben wollten.

Daß normalgewichtige Personen tatsächlich wesentlich stärker von objektiven Zeitabständen zwischen den Mahlzeiten und somit von intern entstandenen Hungergefühlen abhängig sind als Dicke, zeigt eine Untersuchung von Goldman, Jaffa und Schachter (1968), in der die Schwierigkeit der Zeitumstellung bei Transatlantikflügen in Beziehung zum Übergewicht gesetzt wurde.

Abbildung 3 zeigt, beklagen sich wesentlich mehr Normalgewichtige aus dem Flugpersonal über den Einfluß des Zeitonenwechsels auf ihre Nahrungsaufnahme, als ihre dicken Kolleginnen und Kollegen.

- Abbildung 3 -

Obwohl einige Ergebnisse ^{von} Schachter und seinen Mitarbeitern in sich widersprüchlich erscheinen, läßt sich aus Alltagsbeobachtungen eine gewisse Unabhängigkeit der dicken Personen von absoluten Zeitangaben bestätigen. Während Normalgewichtige zu den üblichen Essenszeiten Hunger verspüren und ihre Mahlzeiten zu sich nehmen, können Dicke zu jeder Tages- und Nachtzeit essen, egal ob sie gerade gegessen haben oder nicht. Sicherlich spielt dabei zusätzlich der Zeitabstand zur letzten Nahrungsaufnahme eine Rolle, der unabhängig von einem vorhandenen Hungergefühl ein auslösender Faktor für ein erneutes Essen ist.

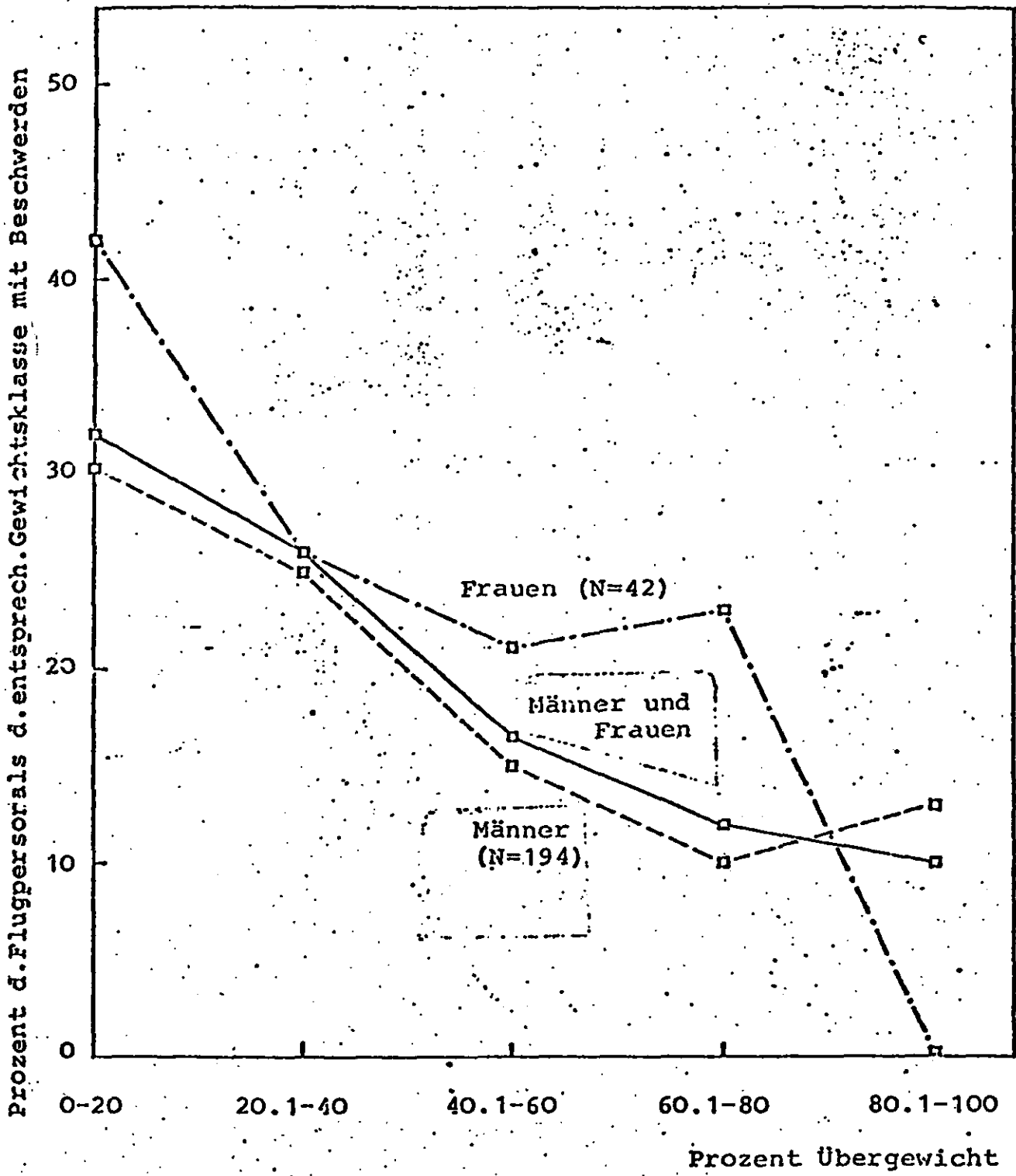


Abbildung 3: Zusammenhang zwischen Prozent Übergewicht und Eßbeschwerden bei der Überschreitung von Zeitzonengrenzen (aus Goldman, Jaffa und Schachter, 1968).

Eine weitere, wichtige Beobachtung betrifft die Umstände, unter denen jemand Nahrung zu sich nehmen kann oder nicht. In einem einfachen Experiment konnten Friedman und Schachter (1971) nachweisen, daß übergewichtige Personen relativ wenig essen, wenn sie in einer Testsituation (es sollten Persönlichkeitsfragen ausgefüllt werden) vor sich eine Schüssel mit ungeschälten Nüssen stehen hatten, während sie geschälte Nüsse fast ausnahmslos verzehrten. Normale Vpn aßen hingegen annähernd gleich viele geschälte Nüsse wie solche, die sie erst knacken mußten.

Schachter (1971) beschreibt eine weitere Differenz des Eßverhaltens unter bestimmten Umständen: Bei westlichen Besuchern von Chinesischen und Japanischen Restaurants, die aufgrund ihres Aussehens von ihm und zwei seiner Mitarbeiter in eine Gruppe Übergewichtiger und eine Gruppe Normaler eingeteilt wurden, stellte er fest, daß 22,4 % der normalen Vpn, aber lediglich 4,7 % der dicken Vpn mit Stäbchen aßen. Wiederum ein Hinweis dafür, daß Übergewichtige eher den Weg des geringen Widerstandes einschlagen, um zu essen, als Normalgewichtige.

1.3 Zusammenfassung

Aus den bisher beschriebenen Beobachtungen und experimentellen Ergebnissen läßt sich folgender Schluß ziehen: Übergewichtige tendieren unabhängig von ihrem internen, physiologischen Zustand dazu, permanent zu essen. Die aufgenommene Nahrungs- bzw. Kalorienmenge hängt aber im Gegensatz zu Normalen sehr stark vom Anblick, Geruch und Geschmack der Speisen ab. Sterile Eßsituationen und etwas schwierigere bzw. kompliziertere Eßvorbereitungen oder Nahrungsaufnahmen selbst verringern die aufgenommene Menge.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich zwei Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie des Übergewichts ableiten: Zunächst scheint es unbedingt notwendig zu sein, eine Methode zu finden, mit deren Hilfe man die für den Dicken wich-

tigen Reizparameter kontrolliert. Leider gibt es bis heute viel zu wenige Untersuchungen, die eine genaue, quantifizierte Aussage über den Einfluß bestimmter Reizstärken (etwa die Größe der Nahrung oder die Stärke des Hungers) auf die Menge der aufgenommenen Nahrung erlauben. Soweit Ergebnisse vorhanden sind, betreffen sie vor allem qualitative Unterschiede. Das heißt, man könnte einige oben zitierte Ergebnisse zu dem Satz zusammenfassen: Je mehr Nahrungsmittel aufgetischt werden, je besser sie schmecken und je leichter sie zu erreichen sind, desto mehr werden dicke Leute davon zu jeder Tageszeit essen. In diesem Satz ist der zweite problematische Faktor im EBverhalten dicker Leute schon enthalten, nämlich die Zeit. Das heißt, es läßt sich bei Übergewichtigen Personen keine Relation zwischen vergangener Zeit und dem Beginn einer erneuten Nahrungsaufnahme oder dem Auftreten von Hungergefühlen feststellen. Während sie auch ohne Magenbewegungen zu jeder Zeit Hunger angeben und abhängig von der subjektiv vergangenen Zeit in der sie nichts gegessen haben, mit zunehmender Essenspause immer mehr essen, bereitet ihnen die Umstellung auf eine verschobene Tageszeit keine Schwierigkeiten, da ihr subjektives Zeiterlebnis offensichtlich vom Hungerzustand unabhängig ist. Daher ist eine zweite Forderung an eine erfolgreiche Abmagerungskur, EBzeiten gerade für die Hauptmahlzeiten wieder einzuführen und gleichzeitig eine allmähliche Kontrolle über leichte Hungergefühle dazwischen zu gewinnen.

1.4 Literatur

- Bruch, H. The importance of over-weight. Norton 1957
- Cauffman, W. J. and Pauley, W. G., Obesity and emotional status. Pennsylvania Medical Journal 1961, 64, 505 - 507.
- Decke, E. unpublished, cit. in Schachter S. Emotion, obesity and Crime. Academic Press 1971.
- Friedman, L. and Schachter, S. A. in Schachter S. A. Some extraordinary facts about obese humans and rats. American Psychologist. 1971, 26, 135.
- Goldman, R., Jaffa, M. and Schachter, S. Yom Kippur, Air France, dormitory food and the eating Behavior of obese and normal Persons. Journal of Personality and Social Psychology, 1968, 10, (2), 117 - 123.
- Hashim, S. A. and Van Itallie, T. B. Studies in normal and obese subjects with a monitored food dispensing device. Annals of the New York Academy of Science, 1955, 131, 654 - 661.
- Kaplan, H. J. and Kaplan, H. S. The psychosomatic concept of obesity. Journal of Nervous and Mental Disease. 1957. 125, 181 - 201.
- Mayer, J. Exercise does keep the weight down. Atlantic Monthly 1955, 196, 66.
- Nisbett, R. E. Determinants of food intake in obesity. Science 1968, 159, 1254 - 1255.
- Ries, W. Fettsucht. J. A. Barth Leipzig 1970.
- Schachter, S. Cognitive effects on bodily functioning: Studies of obesity and eating. In. D. C. Glass (Ed.)
3 Biology and behavior: Neurophysiolog. and Emotion. New York: Rockefeller Univ. Press and Russell Sage Foundation, 1967.
- Schachter, S., Goldman, R. and Gordon, A. Effects of fear, food deprivation and obesity on eating. Journal of Personality and Social Psychology 1968, 10, 91 - 97.
- Schachter, S. and Gross, L. P. Manipulated time and eating behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 1968, 10, 93- 106.
- Schachter, S. Some extra ordinary facts about obese humans and rats. American Psychologist, 1971, 26, 129 - 144.
- Simon, R. J. Obesity as a depressive equivalent. American Medical Association Journal, 1963, 183, 208 - 210.

Stuart, R. B. A three-dimensional program for the treatment of obesity. Behavior Research and Therapy, 1971, 9, 177 - 186.

Stunkard, A. and Koch, C. The interpretation of gastric motility: I Apparent bias in the reports of hunger by obese persons Arch. Genet. Psychiat. 1964, 11, 74 - 82.

2. Kapitel: Die verhaltenstherapeutische Behandlung des Übergewichts durch Fremdkontrollverfahren.

..... Roman Ferstl

2.1 Einleitung

Die bisher bekannten Behandlungsmethoden der Verhaltenstherapie lassen sich danach einteilen, inwieweit bei der angestrebten Verhaltensveränderung die Bedingungen allein von der Umwelt oder vom Patienten selbst bestimmt werden. Beispielsweise kann ein Übergewichtiger in einem Krankenhaus auf eine Diät gesetzt werden, mit der er täglich 1000 Kalorien zu sich nimmt und jede weitere Nahrungsaufnahme durch eine strikte Kontrolle des Personals unterbunden wird. Ein anderes Beispiel wäre der Fall, in dem ein Dicker jedesmal dann von seiner Frau besonders gelobt wird, wenn er eine Mahlzeit ausfallen läßt oder anstelle von gezuckertem Kaffeeungezuckerten trinkt. In beiden Beispielen wird das kritische Eßverhalten von der sozialen Umwelt kontrolliert. Bestimmt der Patient selbst seine tägliche Kaloriengrenze und hält sie etwa dadurch ein, daß er den Kaloriengehalt der täglich zu sich genommenen Speisen und Getränke protokolliert, kontrolliert er seine Nahrungsaufnahme selbst. Belohnt er sich für das Einhalten der von ihm festgesetzten Kaloriengrenze indem er sich einen längst erwünschten Kinobesuch leistet, würde dies einer von ihm selbst gesetzten Konsequenz seines Verhaltens entsprechen. Selbstbeobachtung und Selbstbelohnung sind, wie später noch ausgeführt wird (vergleiche Kapitel 3) Bestandteile von Selbstkontrollprogrammen.

In diesem Kapitel sollen drei verschiedene Fremdkontrollverfahren beschrieben werden. Es beginnt mit der Beschreibung und den Ergebnisberichten aus aversionstherapeutischen Untersuchungen. Daran anschließend werden die Methoden und Ergebnisse mit sogenannten "verdeckten" Verfahren dargestellt. Dazu zählen die verdeckte Sensibilisierung und die Koverantenkontrolle. Sie nehmen eine Mittelstellung zwischen Selbst- und Fremdkontrollverfahren ein. Im dritten Teil werden die mit operanten Konditionierungsverfahren erzielten Erfolge beschrieben.

2.2 Aversionstherapie bei Übergewicht

Nach der Theorie des operanten Konditionierens werden Reaktionen, auf die angenehme Konsequenzen unmittelbar eintreten, sehr schnell ausgebildet und weiter aufrechterhalten. Unangenehme Konsequenzen verringern hingegen die Auftrittswahrscheinlichkeit der Reaktionen. Seit langem wurde daher bei Alkoholikern der Versuch unternommen, durch unangenehme Konsequenzen, die auf den Alkoholgenuß folgen, den übermäßigen Alkoholkonsum zu reduzieren (Franks, 1971). Diese Versuche waren von wechselhaftem Erfolg begleitet. Daß auch gegen nichtalkoholische Getränke eine Aversion aufgebaut werden kann, wies Moss (1924) in einem Experiment nach, indem er einem Kind die Augen verband und es löffelfeise mit Orangensaft fütterte. Ab und zu gab er dem Kind aber einen Löffel mit Essig zu trinken und betätigte dabei einen Kippschalter. In der Folge assoziierte das Kind das Klickgeräusch des Schalters mit dem unangenehmen Essiggeschmack. Einen Tag später verweigerte es jedesmal das Trinken, wenn der Experimentator den Schalter bewegte und das Klickgeräusch ausgelöst wurde. Damit war zwar der Nachweis gelungen, ein Vermeidungsverhalten gegenüber nichtalkoholischen Getränken aufzubauen, es war aber noch völlig unklar, ob dies auch gegenüber festen Nahrungsmitteln möglich ist. Diesen Versuch unternahm als erster Wolpe (1954).

Wolpe (1954) beschrieb die Behandlung einer Frau, die 16 Jahre lang ein übermäßiges Verlangen nach Nahrung gehabt hatte und mit verschiedenen Therapien erfolglos behandelt worden war. Die Therapie lief folgendermaßen ab. Der Therapeut befestigte am linken Unterarm der Patienten zwei Elektroden und instruierte sie, immer dann die rechte Hand zu heben, wenn sie sich in Gedanken mit irgendwelchen heißersehnten Speisen beschäftigte. Hob sie die Hand, erhielt sie einen starken elektrischen Schlag am linken Arm. Wie berichtet wird, verbesserte sich der Zustand der Patientin von Sitzung zu Sitzung. Die Frau erzählte davon, daß sie nun in dem Moment, in dem sie an Essen zu denken beginne, gleichzeitig ein unangenehmes Gefühl der Angst verspüre und innerhalb weniger Sekunden ihre Gedanken umstellen könne und an jene Gedanken anschließe, die sie

unmittelbar vor den zwanghaften Essensvorstellungen gehabt hätte. Stollak (1967) verglich Wolpes Methode bei drei behandelten Gruppen von Patienten mit den Ergebnissen von zwei Kontrollgruppen. Nach acht Behandlungswochen erbrachte die Aversionstherapie keinen statistisch absicherbaren Gewichtsverlust.

Meyer und Crisp (1964) berichteten von zwei Fällen, die sie ebenfalls mit einer elektrischen Aversionstherapie behandelt hatten. Beide Patientinnen (26 und 51 Jahre alt) wurden vor der Behandlung auf eine 1000 Kalorien-Diät gesetzt. Die Sitzungen liefen folgendermaßen ab: Es wurden sehr attraktive Speisen in das Zimmer der Patientin gebracht und auf einen Tisch gestellt. Die Patientin hatte an ihrem Arm Elektroden fixiert, über die sie immer dann einen unangenehmen elektrischen Schlag erhielt, wenn sie sich dem Essen näherte. Während die jüngere Patientin erfolgreich behandelt werden konnte - sie nahm während der Therapie 9 kg ab und verringerte auch danach ihr Gewicht bis sie ca. zwei Jahre nach der Behandlung ein konstantes Gewicht von 59 kg hatte - war die Behandlung des zweiten Falles erfolglos.

Kennedy und Foreyt (1968) behandelten eine 29jährige Patientin die 145 kg wog. Bisher waren alle therapeutischen Versuche in ihrem Fall erfolglos gewesen. Zunächst wurde bestimmt, welche hochkalorigen Speisen zu den Lieblingsspeisen der Patientin gehörten. Nach der Einlieferung in das Krankenhaus erhielt sie für neun Tage eine 1000 Kalorien-Diät. Am zehnten Tage begann die eigentliche Therapie. Die Patientin mußte in jeder Sitzung eine Sauerstoffmaske aufsetzen, in die sie unmittelbar nach dem Geruch ihrer Lieblingsspeisen den Gestank von Buttersäure hineingeblasen bekam. Dieser Vorgang wiederholte sich zwanzigmal in jeder Sitzung. Insgesamt wurden in einem Zeitraum von 22 Wochen 41 Sitzungen abgehalten. In dieser Zeit verlor die Patientin 13.5 kg.

Mit derselben Versuchsanordnung, die lediglich dadurch verändert war, daß statt eines üblen Geruchs verschiedene unangenehme Gerüche in die Maske geblasen werden könnten, damit eine Habituation an den Gestank verhindert wurde, behandelten Foreyt und Kennedy (1971) sechs Patientinnen im Alter von 18 bis 53 Jahren. Vor der Behandlung wogen sie im Durchschnitt 85.86 kg. Im Mittel erhielt jede der Teilnehmerinnen 21,3 Sitzungen. Die Behandlung dauerte insgesamt zwölf Wochen.

Abbildung 1 sind die kumulativen Gewichtsveränderungen der behandelten Gruppe und im Vergleich dazu diejenigen einer gleichgroßen unbehandelten Kontrollgruppe eingezeichnet.

- Abbildung 1 -

Daraus ersieht man, daß die Therapie nicht nur einen kurzfristigen Erfolg sondern auch eine über 36 Wochen, in denen das Gewicht weiter überprüft wurde, anhaltende Veränderung bewirkt hatte. Diese Untersuchung ist die bisher einzige bekannte Vergleichsstudie, die einen experimentell abgesicherten Langzeiterfolg einer Aversionstherapie bei Übergewicht nachweisen konnte. Gleichwohl sind die Autoren der Ansicht, daß es sich bei ihrer Methode lediglich um ein ergänzendes Verfahren zur Unterstützung der Gewichtsreduktion handeln kann.

Die Wirksamkeit aversionstherapeutischer Techniken, z. B. bei Alkoholikern, liegt vor allem darin, daß ein Vermeidungsverhalten gegenüber alkoholischen Getränken erlernt wird. Ein solches Vermeidungsverhalten ist jedoch in Bezug auf Essen undenkbar. Jeder Mensch muß täglich mindestens zwei oder dreimal essen. Für die richtige Differenzierung zwischen ^{Essen} und Zuviel-Essen bzw. "richtiger" und "falscher" Ernährungsweise ist die Aversionstherapie wenig geeignet. Deshalb mag es vielleicht sinnvoll sein, das Essen bestimmter, kalorien-

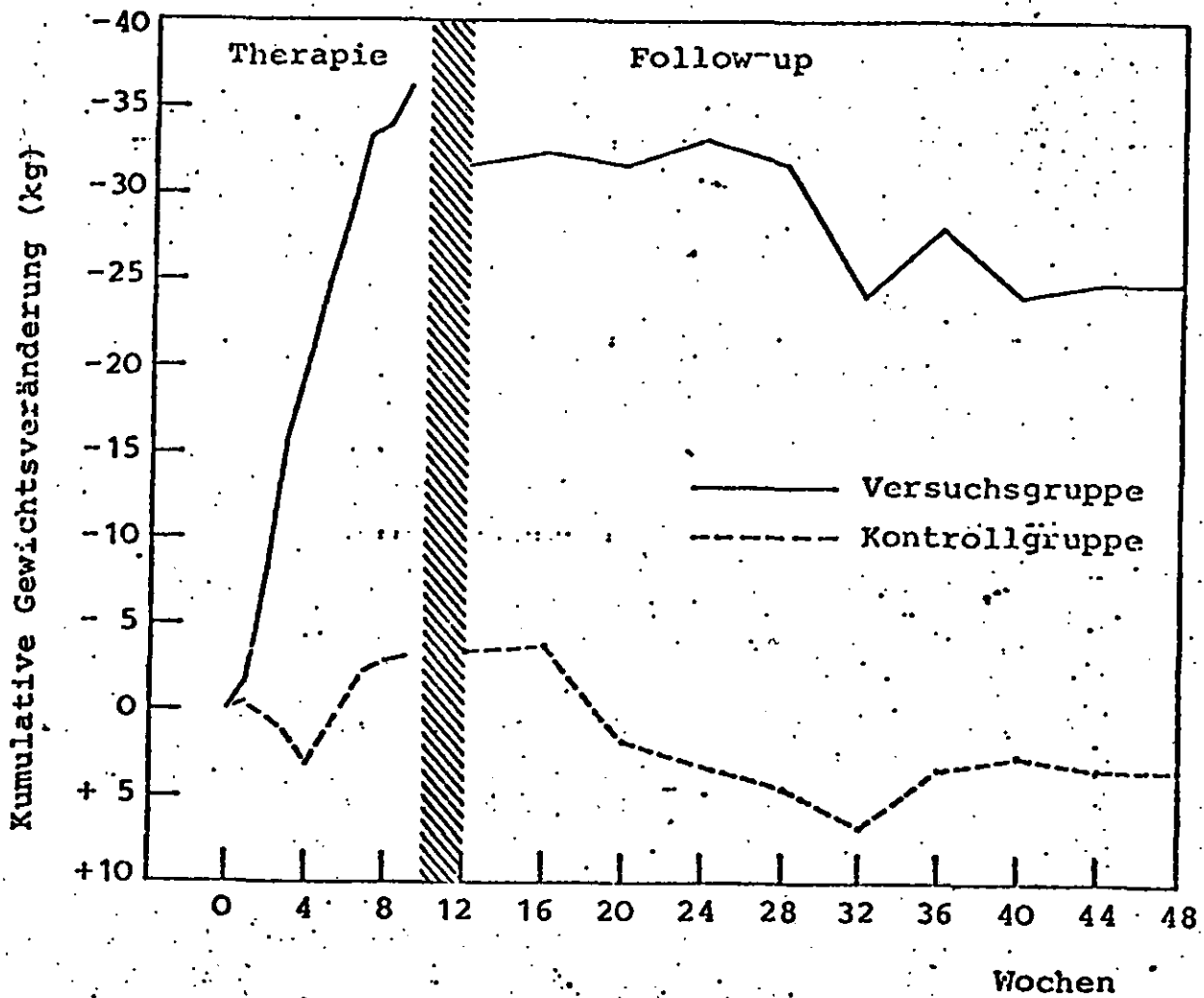


Abbildung 1: Kumulative Gewichtsveränderung in kg während der Therapie und der Follow-up-Zeit für eine aversionstherapeutisch behandelte und die Kontrollgruppe (aus Foreyt und Kennedy, 1971):

reicher Nahrungsmittel mit aversiven Konsequenzen zu behandeln. Als einzige Methode zur Behandlung des Komplexes falscher Essgewohnheiten bei dicken Menschen dürfte dies jedoch nur in den seltensten Fällen ausreichen. Zusätzlich läßt sich das Argument anführen, daß Aversionstherapien generell einen eher kurzfristigen Erfolg haben. Ziel einer Behandlung des Übergewichts ist aber eine langfristige wirksame Veränderung des Essverhaltens und damit des Körpergewichts.

2.3 Die Behandlung des Übergewichts mit verdeckter Sensibilisierung und Koverantenkontrolle

Cautela (1966) beschrieb die Behandlung einer 49-jährigen Lehrerin, die 90 kg wog. Die erste Aufgabe der Patientin bestand darin, zunächst für zwei Wochen ein genaues Protokoll über ihr gesamtes Essverhalten zu führen. Sie sollte alle Nahrungsmittel, die sie verzehrte, notieren, die Zeit festhalten und alle Essumstände so gut und detailliert wie möglich beschreiben. Dabei zeigte sich ein erstes interessantes Ergebnis der Behandlung. Während der ersten beiden Wochen nahm die Patientin bereits 2-3 kg ab. Da das Protokollführen offensichtlich die Essgewohnheiten der Patientin beeinflusste, wurde es für weitere vier Behandlungswochen beibehalten. Die Analyse der Protokolle ergab, daß sie hauptsächlich zwischen den Hauptmahlzeiten zusätzliche Nebenmahlzeiten zu sich nahm. Wäre sie in der Lage gewesen, diese Zwischenmahlzeiten auszulassen, hätte sie sicher weiter abgenommen. Ihre größte Schwierigkeit lag darin, daß sie während des Kochens der Hauptmahlzeiten acht bis neun Brote mit Erdnußbutter oder Marmelade verzehrte. Manchmal aß sie in dieser Zeit sogar einen ganzen Kuchen auf. Jemanden zu finden, der an ihrer Stelle die Hauptmahlzeiten vorbereitete, war nicht möglich.

Der nächste Schritt der Behandlung bestand im Training muskulärer Entspannung und der Instruktion, diese Entspannungsübung gerade während des Kochens als Ersatz für das Naschen einzusetzen. Dabei zeigte sich keinerlei Erfolg. Die Patientin nahm wieder 0.9 kg zu. Nun schlug man ihr eine andere Methode vor: Die Patientin sollte sich zunächst entspannen und sich dann folgendes vorstellen:

Sie sei gerade bei der Vorbereitung des Abendessens. Während des Kochens greift sie nach einem Stück Brot und der Erdnußbutter. Gerade in dem Moment, in dem sie die Brotschnitte in die Hand nimmt, wird ihr plötzlich übel und ihr Magen revoltiert. Sie fühlt, daß sie erbrechen muß und übergibt sich. Das Erbrochene fließt über die eben vorbereiteten Speisen und sie muß alles säubern.

Während dieser Vorstellung sollte die Patientin durch das Heben des linken Fingers anzeigen, wann sie sich tatsächlich übel fühlte. Die gesamte Vorstellung wurde noch dreimal wiederholt, wobei verschiedene andere attraktive Speisen in die Vorstellung mit eingebaut wurden.

Dann wurde die Behandlung verändert. Beim nächsten Versuch sollte sich die Patientin vorstellen, daß ihr während des Griffs nach ihrer Lieblingsspeise etwas übel würde, sie sich dann sage: "Nein, diesmal esse ich nichts" und sich unmittelbar darauf wieder besser und entspannt fühle. Diese Vorstellung wurde zehnmal wiederholt. Danach erhielt die Patientin die Aufgabe die Übungen zu Hause weiterzuführen. In der nächsten Sitzung - zwei Wochen später - erzählte sie, daß sie überhaupt keine Naschereien während des Kochens essen würde. Sie habe auch in der ersten Woche 2.7 kg abgenommen, habe dann aber nach den Hauptmahlzeiten genascht und nicht mehr weiter abgemagert. Aus ihren Aufzeichnungen ging hervor, daß sie nur mehr dann zusätzlich aß, wenn sie allein war. Nun sollte sie sich Szenen vorstellen, in denen sie allein war. Teilweise sollte sie dann in der Vorstellung ihrem Verlangen nachgeben und sich danach wie-

der in der Vorstellung übergeben, zum Teil sollte sie ihrem Verlangen nach Nahrung widerstehen und sich entspannt fühlen. Nach weiteren zwei Wochen hatte sie 4,5 kg abgenommen. Für die nächsten vier Sitzungen wurde die Behandlung fortgesetzt und ihr Gewicht reduzierte sich in dieser Zeit um ca. 1,4 kg wöchentlich. Danach kam sie für drei Monate zu regelmäßigen Sitzungen, bis sich ihr Gewicht bei 61 kg stabilisiert hatte. Eine Nach-Untersuchung nach weiteren sieben Monaten ergab ein konstantes, reduziertes Gewicht von 61 kg.

Cautela (1965, 1967) erklärt die Wirksamkeit des Verfahrens dadurch, daß unerwünschte Reaktionen nicht nur durch externe negative Konsequenzen wie elektrische Schläge oder unangenehme Gerüche allmählich abgebaut werden können, sondern daß ein Prozeß, der allein in der Vorstellung abläuft, denselben Effekt hat. Er nannte sein Verfahren covert sensitisation, was man am besten mit "verdeckte Sensibilisierung" oder "Sensibilisierung in der Vorstellung" übersetzen kann. Es wird von ihm, aber auch von anderen Autoren (z.B. Rachman und Toasdale, 1971) zu den aversionstherapeutischen Ansätzen gezählt. Die Wirksamkeit der Behandlung läßt sich aber auch noch auf eine völlig andere Weise erklären. Die Methode erfordert zunächst eine genaue Selbstbeobachtung des Patienten. Aus diesen Protokollen bestimmt er gemeinsam mit dem Therapeuten die einzelnen, zu behandelnden unerwünschten Verhaltensweisen. Das heißt, er bewertet sein eigenes Verhalten jeweils danach, ob es für sein Übergewicht verantwortlich ist oder nicht. Danach erlernt er in der eigentlichen Behandlung sich selbst für ein erwünschtes Verhalten (etwa das Widerstehen gegen verführerisches Essen) zu belohnen und sich als Folge eines unerwünschten Verhaltens eine unangenehme Konsequenz vorzustellen, sich also zu bestrafen. Diese drei Schritte, nämlich Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstbelohnung bzw. -bestrafung bilden nach Kanfer (1970) das Paradigma der

Selbstkontrolle, einem Behandlungsprinzip, das den bisher größten Erfolgen bei der Therapie des Übergewichts zugrunde liegt.

Cautela (1972) ergänzte seine Methode, indem er empfahl, den Abbau der unerwünschten Verhaltensweise durch den Aufbau erwünschten Verhaltens zu ergänzen. Dabei sollte man sich derselben Methode bedienen und mit "verdeckter" Belohnung arbeiten.

Die ersten Kontrolluntersuchungen dieser Behandlungsmethode bei Übergewichtigen waren nicht gerade erfolgversprechend. Während Meynen (1970) keinen Unterschied zum Erfolg anderer Therapiemöglichkeiten wie der systematischen Desensibilisierung und einem reinen Entspannungstraining feststellen konnte, berichteten Lick und Boozin (1971) von zwar geringen aber in absoluten Zahlen völlig bedeutungslosen Gewichtsreduktionen aufgrund der verdeckten Sensibilisierung.

Erst in jüngster Zeit wurden zwei Arbeiten publiziert, die positive Ergebnisse erzielten. Janda und Rimm (1972) verglichen den Erfolg einer Gruppe von sechs übergewichtigen Patienten, die sie mit verdeckter Sensibilisierung behandelt hatten, mit den Ergebnissen einer nichtbehandelten Kontrollgruppe und einer Gruppe von sechs Patienten, die sie in Muskelentspannung trainierten. Die Kontrollgruppe hatte nach sechs Wochen Behandlung und sechs Wochen Nachkontrollzeit im Mittel 0.41 kg abgenommen. Die Gruppe mit dem muskulären Entspannungstraining nahm in der selben Zeit ca. 1 kg zu. Die Patienten, die mit verdeckter Sensibilisierung behandelt worden waren, hatten ihr Gewicht um durchschnittlich 5.31 kg reduziert.

Manno und Marston (1972) verglichen in einer experimentellen Studie den Erfolg zweier Behandlungsgruppen mit derjenigen einer unbehandelten Kontrollgruppe von dreizehn Personen, die lediglich wie die Behandlungsgruppen über ihr EBverhalten Protokoll führen mußte und ebenfalls zu einer Diät, die sie sich selbst zusammenstellen sollte, angeregt wurden. Die erste Gruppe (N=15) erhielt eine verdeckte Sensibilisierung. Für die zweite Therapiegruppe (N=13) wurden jedoch lediglich positive Konsequenzen für die Unterbrechung oder das Vermeiden des Essens in die Vorstellungen aufgenommen. Es gab keine aversiven Konsequenzen. Die Autoren bezeichneten das Verfahren als "Covert Positiv Reinforcement" also "verdeckte Belohnung". Insgesamt gab es für alle Gruppen je sieben Sitzungen im Zeitraum von einem Monat. Die Nachkontrolle nach drei Monaten wurde telefonisch durchgeführt. Abbildung 2 zeigt die durchschnittliche Gewichtsreduktion in den einzelnen Gruppen.

- Abbildung 2 -

Die beiden Behandlungsgruppen reduzierten ihr Gewicht zunächst in unterschiedlichen Ausmaßen, wobei die Gruppe mit der "verdeckten Belohnungsbehandlung" den besten Erfolg hatte (Mittelwert 2,3 kg). Nach weiteren drei Monaten hatten beide Gruppen ihr Gewicht jeweils um 4,5 kg im Vergleich zum Ausgangsgewicht reduziert. Aber auch die Kontrollgruppe reduzierte in dieser Zeit ihr Gewicht, nämlich um weitere 2 kg. Eine varianzanalytische Auswertung dieser Ergebnisse erbrachte einen abgesicherten Unterschied der beiden Behandlungsgruppen zu der Kontrollgruppe.

In einer Studie von Ramsay und Jongmans (1975) wurde eine Versuchsgruppe von zehn Personen mit verdeckter Sensibilisierung behandelt. Die anderen Experimental- und Kontrollgruppen er-

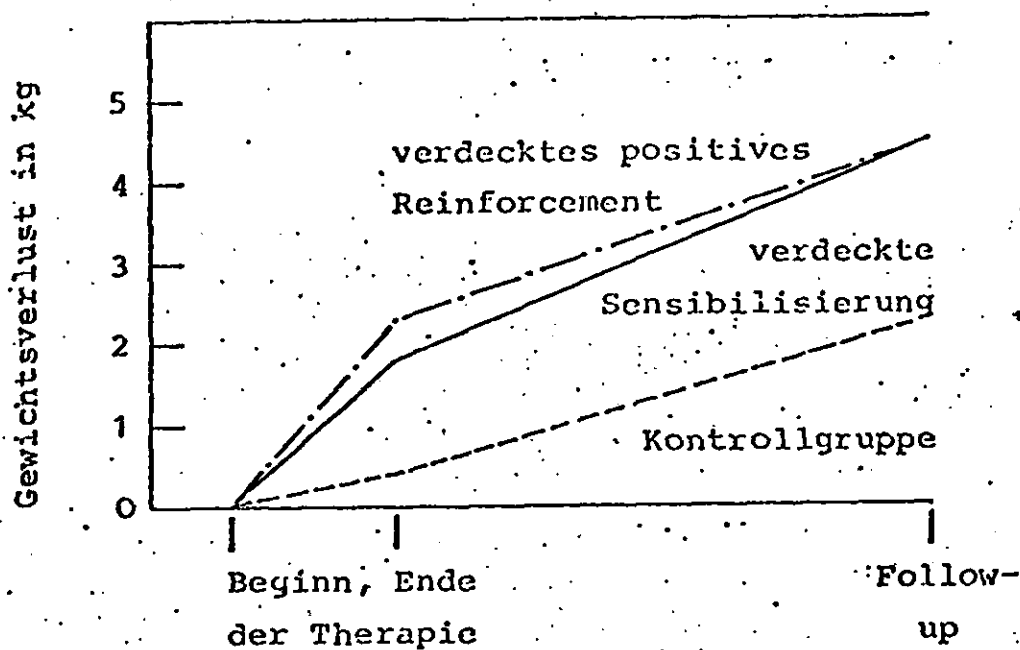


Abbildung 2: Durchschnittliche Gewichtsreduktion einer - mit verdeckter Sensibilisierung (N = 15), mit "verdeckter Belohnung" (N = 13) behandelte Gruppe und einer Kontrollgruppe (N = 13). Ergebnisse von Manno und Marston (1972).

hielten verschiedene Verhaltenskontrollschritte bzw. keine Behandlung gegen das Übergewicht. Die Arbeit wird später noch in anderem Zusammenhang genauer beschrieben werden. Nach fünfwöchiger Therapie lag der mittlere Gewichtsverlust nach → verdeckter Sensibilisierung bei 2 kg. Nach zehn Wochen hatten die Patienten ihr Gewicht nochmals um 0.53 kg reduziert, es blieb auch stabil über weitere 24 Wochen nach Therapieende (durchschnittlicher Gewichtsverlust 2.11 kg).

Die bisher beschriebenen Erfolge, die mit der Methode der verdeckten Sensibilisierung erreicht wurden, unterstützen die Hypothese, daß sich das Verfahren sehr gut als ergänzende Maßnahme für Gewichtsreduktionsprogramme eignet. Tatsächlich gibt es bisher zwei Arbeiten, in denen dieser Versuch unternommen wurde. Dort konnte allerdings kein zusätzlicher Effekt beobachtet werden. Sowohl Stuart (1967), als auch Harris (1969) konnten keinen gesicherten zusätzlichen Gewichtsverlust bei jenen Patienten feststellen, die sie im Vergleich zu Patienten mit Verhaltenskontrollprogrammen zusätzlich noch mit verdeckter Sensibilisierung behandelt hatten. Auch die Arbeiten von Wollersheim (1970) und Romanczyk et al. (1973), in denen Elemente der verdeckten Sensibilisierung enthalten waren, weisen nicht auf einen besonderen zusätzlichen Effekt dieser Methode hin.

Eine weitere Behandlungsmethode muß als "verdecktes" Verfahren noch erwähnt werden, nämlich die sogenannte Koverantenkontrolle. Im wesentlichen handelt es sich dabei um eine Erweiterung des Premack-Prinzips (Premack 1965) auf kognitive Lernprozesse. Das Premack-Prinzip besagt, daß Verhaltensweisen mit niedriger Auftrittswahrscheinlichkeit durch solche mit höherer Auftrittswahrscheinlichkeit gefördert werden, wenn diese unmittelbar folgen. Homme (1965) erweiterte dieses Kon-

st auch auf die unbeobachtbaren Verhaltensweisen wie Vorstellungen und Gedanken. Er nannte diese Vorgänge "covert contracts" oder "coverants". Wenn wir von der Koverantenkontrolle sprechen, so verstehen wir darunter die nach dem Premack-prinzip funktionierende Förderung von seltener auftretenden Gedanken durch die Koppelung an häufiger auftretende Verhaltensweisen. Homme (1965) beschrieb eine Anwendungsmöglichkeit dieser Technik im Rahmen der Gewichtskontrolle. Bei solchen Vorstellungen, die dicke Leute eher selten haben, die aber mit dem Essen unvereinbar sind (z.B. der Gedanke, daß man durch sein Übergewicht gesundheitlich gefährdet ist) durch Verhaltensweisen mit einer höheren Auftretenswahrscheinlichkeit bekräftigt und somit gefördert werden.

Mer und Straughan (1970) verglichen den Behandlungseffekt dieser Methode mit dem Erfolg nach muskulärer Entspannung als Hilfe gegen nervöse Spannungen und einer von Mees (1966) bei Kindern angewandten Atemanhaltetechnik (bei der die Patienten bei jedem Gedanken an Essen einmal tief Luft holen und den Atem möglichst lange anhalten sollten). Bei der Koverantenkontrolle ließen die Autoren zunächst von den Patienten drei Listen erstellen. In der ersten sollten alle jene Gedanken festhalten, die sich mit den unangenehmen Folgen des Dickseins befassen. Die zweite Liste sollte Vorstellungen beinhalten, die positive Konsequenzen des Abmagerns beschreiben und in der dritten Liste sollten alle jene Tätigkeiten enthalten sein, die mehrmals täglich durchgeführt werden (z.B. telefonieren). Die Patienten wurden instruiert, vor der Ausführung einer häufigen Tätigkeit - etwa wenn das Telefon klingelt - zunächst eine Vorstellung aus der ersten Liste einzudenken - z. B. daß Übergewicht gesundheitsgefährdend ist - dann einen Gedanken aus Liste zwei zu wiederholen - z.B. wie angenehm es wäre, wenn man wieder die schlanken Zeit tragen

könnte - und dann die Tätigkeit aus Liste drei durchzuführen (in unserem Beispiel den Telefonhörer abzunehmen und zu sprechen). Insgesamt wurde jede der drei Versuchsgruppen neun Wochen lang behandelt. Die Ergebnisse waren allerdings enttäuschend: keine der Gruppen hatte einen signifikanten Gewichtsverlust zu verzeichnen. Die Resultate einer zweiten Untersuchung von Horan und Johnson (1971) weisen ebenfalls keinen Erfolg nach. Damit ist aber lediglich bewiesen, daß die Coveranten-Kontrolle als einzige Technik für die Gewichtsreduktion ungeeignet ist. Wie wir später noch zeigen werden, kann sie durchaus als unterstützendes Verfahren zusätzlich zu anderen Methoden eingesetzt werden.

neue Ziele

2.4 Die Gewichtsreduktion durch operantes Konditionieren

Während die Methode der verdeckten Sensibilisierung ein Verfahren darstellt, das zum Teil auch die Eigenaktivität des Patienten erfordert, arbeiten operante Konditionierungsverfahren nach dem Prinzip der ^{alleinigen} externen Belohnung oder Bestrafung. Dabei setzt der Therapeut entweder allein oder mit dem Klienten gemeinsam bestimmte Verhaltens- bzw. Gewichtskriterien fest und belohnt den Patienten beim Erreichen des Kriteriums mit einer bestimmten, vorher festgelegten Punktezahl, dem Auszahlen von Geld oder verbal durch ein Lob. Erreicht der Patient das Kriterium nicht, werden ihm Geld bzw. Punkte abgezogen oder der Therapeut beachtet ihn überhaupt nicht. Bei ambulanten Behandlungen kann man dieses Prinzip in der Form von Kontrakten, die mit dem Patienten abgeschlossen werden, anwenden. Darüber wird später noch ausführlich berichtet. Stationär durchgeführte Gewichtsreduktionsprogramme bieten für eine solche Behandlungsform mehrere Vorteile: 1. läßt sich das Verhalten des Patienten leichter kontrollieren, 2. besteht die Möglichkeit, unmittelbar nach dem Erreichen von bestimmten Verhaltenskriterien

zu belohnen oder zu bestrafen und dadurch die Behandlung effektiver zu gestalten und 3. kann man statt Geldbeträgen oder verbaler Verstärkung ein Punktsystem entwickeln, in dem gegen eine bestimmte vorher festgelegte Anzahl von Punkten verschiedene Vorrechte in der Station oder kleinere Belohnungen wie z. B. Zeitschriften oder Zigaretten eingetauscht werden können. Den gezielten Einsatz von Punkten als sekundäre Verstärker beschrieben Ayllon und Azrin (1968) als ein Punktökonomiesystem.

Die unten beschriebenen Einzelfallstudien und systematisch kontrollierten Untersuchungen über Gewichtsreduktionen mit Hilfe operanter Techniken wurden an psychiatrischen Kliniken durchgeführt.

Ayllon (1963) beschrieb ein Verhaltenstherapieprogramm, mit dessen Hilfe eine schizophrene Patientin 17 % ihres Körpergewichts reduzierte. Ihr Übergewicht (98 kg) war dadurch zustande gekommen, daß sie bei Mahlzeiten von den Tellern ihrer Nachbarinnen immer einige Bissen heimlich wegnahm und aß. Dieses Stehlen wurde in ihrer Krankheitsgeschichte als chronisch beschrieben. Während der Behandlung mußte sie jedesmal, wenn sie erneut vom Teller neben ihr aß, den Speisesaal verlassen. Nach zwei Wochen stahl sie nicht mehr von den Tellern der Nachbarinnen und ihr Gewicht hatte sich auf 81 kg verringert. [Zwei weitere Fallberichte *neu zu* (Bernard, 1968; Upper und Newton, 1971) beschrieben den Erfolg eines Punktökonomiesystems bei der Behandlung von Übergewicht bei schizophrenen Patienten. In beiden Untersuchungen wurden die Patienten auf eine Diät gesetzt und das Abnehmen mit Punkten und sozialer Zuwendung belohnt. Ähnliche Verfahren verwendeten auch Moore und Crum (1969) bei einer hospitalisierten schizophrenen Patientin, und Dinoff

Rickard und Colwick (1972) bei einem Knaben in einem Ferienlager. In jedem Fall konnten die Autoren eine deutliche Gewichtsreduktion erzielen.

Harmatz und Lapuc (1968) beschrieben als erste eine systematische Untersuchung, in der sie den Erfolg einer operanten Konditionierung mit demjenigen von Gruppentherapie und reiner Diätbehandlung verglichen. Die Patienten waren 21 männliche Schizophrene, die nach dem Zufall einer der drei Behandlungsbedingungen zugeordnet wurden. Jede Gruppe wurde sechs Wochen lang behandelt, und erhielt während dieser Zeit eine 1800 Kalorien-Diät.

Die erste Versuchsgruppe wurde lediglich mit der Diätkost behandelt. Dabei kontrollierten die Autoren aber nur zu den Hauptmahlzeiten die Kalorienmengen, in der Zwischenzeit bestand keine Kontrolle, d. h. die Patienten konnten sich auch zusätzlich Essen beschaffen. Während der 6 Behandlungswochen wurden die Patienten einmal wöchentlich gewogen.

Die Behandlung der zweiten Gruppe bestand aus der Diätkost und einmal wöchentlich abgehaltenen gruppentherapeutischen Sitzungen. In diesen einstündigen Zusammentreffen wurde zunächst jeder Patient gewogen und das Gewicht an einer Wandtafel eingetragen. Der Therapeut lobte nun nur diejenigen Patienten, die seit dem letzten Mal abgenommen hatten. Patienten, die ihr Gewicht nicht reduziert hatten, wurden nicht beachtet. Das Gruppengespräch drehte sich vor allem um das Problem Übergewicht, wobei der Therapeut auch einige der möglichen Ursachen erläuterte und die Patienten immer wieder aufforderte, etwas gegen ihr Gewicht zu unternehmen. Im übrigen war das Gespräch in einer sehr allgemeinen Form gehalten.

Patienten der dritten Gruppe erhielten ebenfalls die 1800 Kalorien-Diät. Darüber hinaus traf man mit ihnen folgendes Abkommen:

jedem Patienten wurde am Beginn der Behandlung ein möglicher Gewinn von ^{fünf} Dollar in Aussicht gestellt. Blieb sein wöchentlich gemessenes Gewicht konstant oder nahm er zu, verlor er ^{fünf} Dollar. Nahm er ab, versicherte ihm der Therapeut, daß es dabei bleiben würde, daß er nach sechs Wochen fünf Dollar ausbezahlt bekäme. Wenn ein Patient z. B. zunahm und einen Dollar verloren hatte, so daß er am Ende der Behandlung nur ^{vier} Dollar ausbezahlt bekommen hätte, mußte er unter das Gewicht der Vorwoche kommen, um wieder auf seinen Gewinn von ^{fünf} Dollar zu kommen. So konnten auch vorübergehende Zunahmen wieder von dem Patienten wettgemacht und vom Therapeuten belohnt werden.

- Abbildung 3 -

Abbildung 3 zeigt das Ergebnis der Untersuchung.

Während die lediglich mit einer Diät behandelte Gruppe keinerlei Veränderung des Gewichts zeigte, erbrachte die Gruppentherapiebedingung eine leichte, wenn auch nur kurzfristige Gewichtsreduktion. Die verhaltenstherapeutisch betreute Gruppe zeigte den besten Erfolg. Sie nahm auch nach Beendigung der Behandlung weiter ab, d.h. bei ihr hatte die Behandlung auch einen zumindestens über weitere ^{vier} Wochen nachweisbaren Effekt erzielt.

Vergleicht man die Resultate der Behandlung mit operanten Verfahren mit den Ergebnissen aus anderen verhaltenstherapeutischen Gewichtsreduktionsprogrammen, so fällt auf, daß die erzielten Gewichtsverluste bei operant gesteuerter Abmagerung vergleichsweise hoch liegen. So reduzierten die Patienten von Ayllon (1963) ihr Gewicht um 17 kg, die von Moore und Crum (1969) um 16 kg und die von Bernard (1968) um 40 kg. Die Patienten von Harmatz und Lapuc (1968) hatten

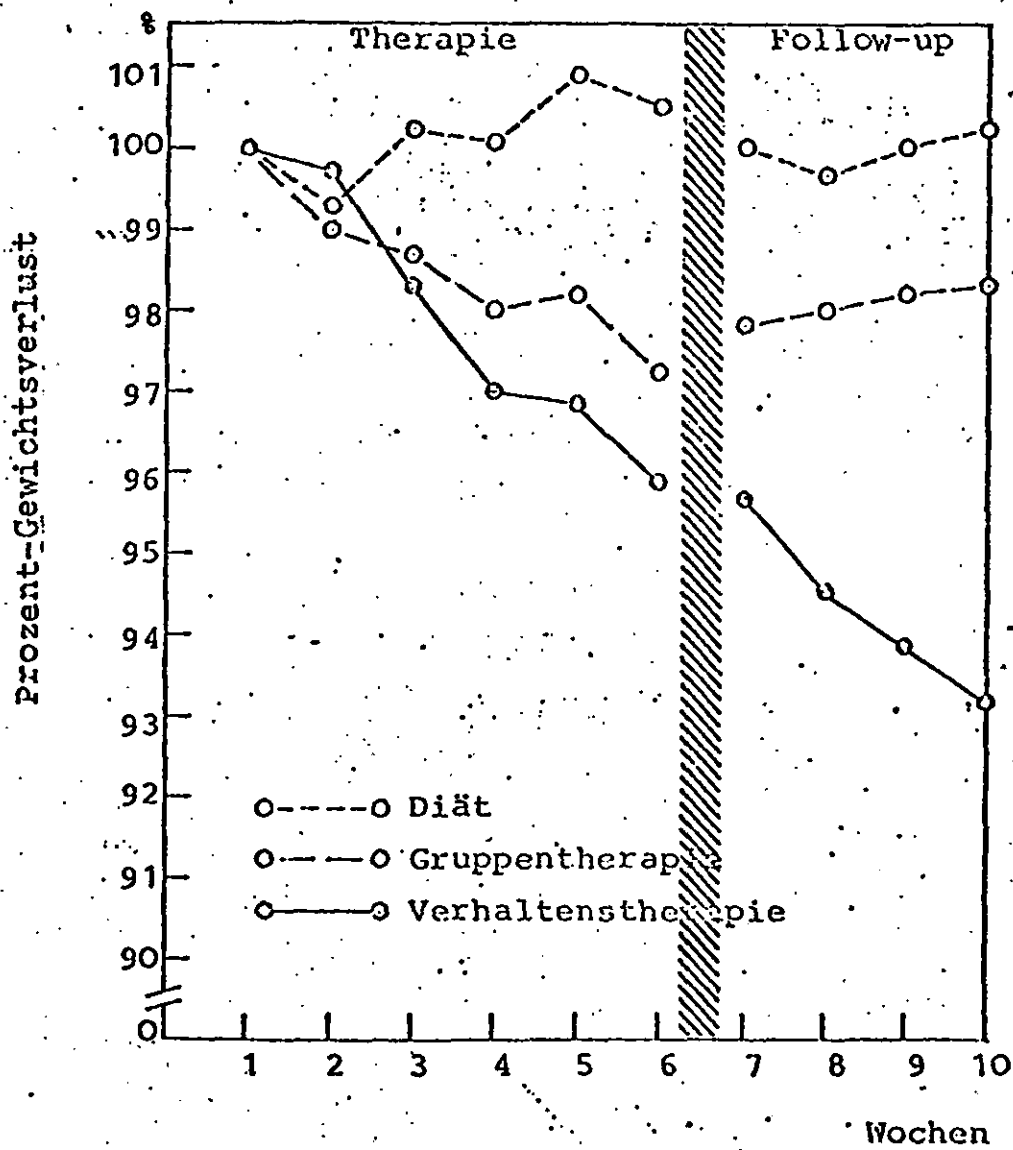


Abbildung 3 : Prozent-Gewichtsverlust bei Diät, Gruppentherapie und Verhaltenstherapie während der Therapie- und der Follow-up-Zeit (aus Harmatz und Lapuc, 1968).

unter der verhaltenstherapeutischen Bedingung innerhalb von sechs Wochen im Durchschnitt 6 kg abgenommen. Diese Erfolge wären wahrscheinlich unter weniger kontrollierten Bedingungen - es handelte sich in jedem Fall um hospitalisierte Patienten - kaum erzielt worden.

Für die ambulante Therapie ist diese Methode jedoch wenig geeignet, da eine exakte Fremdkontrolle kaum zu erreichen ist. Hier sind die Methoden der Selbstkontrolle, die im nächsten Kapitel besprochen werden, erfolgversprechender.

2.5 Literatur

- Ayllon, T. Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement. *Behav. Res. and Therapy*, 1963, 1, 53 - 61.
- Ayllon, T. and Azrin, N. H. The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation. New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.
- Bernard, J. L. Rapid treatment of gross obesity by operant techniques. *Psychol. Reports* 1968, 23, 663 - 666.
- Cauffman, W. J. and Pauley, W. G. Obesity and emotional status. *Pennsylvania Medical Journal*, 1961, 64, 505 - 507.
- Cautela, J. R. Treatment of Compulsive Behavior by Covert Sensitization. *Psychological Record*, 1966, 16, 33 - 41.
- Cautela, J. R. Covert sensitization. *Psychological Report*. 1967, 20, 459. - 468.
- Cautela, J. R. The Treatment of over-eating by covert conditioning Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1972, 9, 211 - 216.
- Dinoff, M., Rickard H. C. and Colwick, J. Weight reduction through successive contracts. *Am. J. Orthopsychiat.* 1972, 42, 211 - 216
- Foreyt, J. P. and Kennedy, W. A. Treatment of overweight by aversion therapy. *Behav. Res. and Therapy*, 1971, 9, 29 - 34.
- Franks, C. M. Alcoholism. In: Costello, Ch. G. (Ed.): Symptoms of Psychopathology. Wiley, New York, 1970.
- Harmatz, M. G. and Lanuc, P. Behavior modification of overeating in a Psychiatric population. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1968, 32, 583 - 587.
- Harris, M. B. Self-directed program for weight control: A pilot study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, (2), 263 - 270.
- Homme, L. E. Perspectives in Psychology: XXIV. Control of coverants, the operants of mind. *Psychological Record*, 1965, 15, 501 - 511.
- Horan, J. J. and Johnson R. G. Coverant conditioning through a self-management application of the Premack Principle: Its effect on weight reduction. *J. Beh. Therapy Exp. Psychiat.* 1971, 2, 245 - 249.

Janda, I. H. and Rimm, D. C. Covert Sensitization in the treatment of obesity. Journal of Personality and Social Psychology, 1972, 80, 37 - 42.

Kanfer, F. H. Self-regulation: Research, issues and specualtions, In: C. Neuringer and J. L. Michael (Eds.): Behavior modification in clinical psychology, New York: Appleton, 1970.

Kennedy, W. A. and Forevt, J. P. Control of Eating Behavior in Obese Patients by Avoidance Conditioning. Psychological Report 1968, 22, 571 - 576.

Lick, J. and Bootzin, R. Covert sensitization for the treatment of obesity. Paper presented in the Midwestern. Psychological Assoc. Convention, 1971.

Manno, B. and Marston, A. R. Weight reduction as a function of negative covert reinforcement (sensitization) versus positive covert reinforcement. Behavior, Research and Therapy, 1972, 10, 201 - 207.

Mees, H. Placebo effects in aversive control: A preliminary report. Washington State Psychol. Association, 1966.

Meyer, V. and Crisp, A. H. Aversion therapy in two cases of obesity. Behavior Research and Therapy, 1964, 2, 143 - 147.

Meynen, G. E. A comparative study of three treatment approaches with the obese: relaxation, covert sensitization and modified systematic desensitization. Diss Abstr Int 1970, 31, (5-B), 2958 (Abstract).

Moore, C. H. and Crum, B. C. Weight reduction in a chronic schizophrenic by means of operant conditioning procedures; a case study. Beh. Res. and Therapy 1969, 7, 129 - 131.

Moss, F. A. Note on building likes and dislikes in children. Journal of Experimental Psychology, 1924, 7, 475 - 478.

Premack, D. Reinforcement theory. In D. Levine (Ed.): Nebraska symposium on motivation. Lincoln: Univ. of Nebraska Press, 1965.

Rachman, S. and Teasdale, J. D. Aversion therapy Roudleage and Kegan, 1971.

Ramsay, R. W. and Jongmans, H. Self control techniques and obesity. In Progress in Behavior Therapy, Springer, Heidelberg, 1975.

Romanczyk, R. G., Tracev, D. A., Wilson, G. T. and Thorpe, G. L. Behavioral techniques in the treatment of obesity: A comparative analysis. Behavior, Research and Therapy, 1973, 11, 629 - 640.

Stollak, G. F. Weight loss obtained under different experimental procedures. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1967, 4, 61 - 64.

Stuart, R. B. Behavioral control of overeating. *Beh. Res. and Therapy*, 1967, 5, 357 - 365.

Tyler, V. O. jr. and Straugham, J. R. Coverant control and breath. *Psychol. Record*, 1970, 20, 473 - 478.

Upper, D. and Newton, J. G. A weight-reduction program for schizophrenic patients on a token economy unit: Two case studies. *J. Behav. Therapy, Exp. Psychiat.* 1971, 2, 113 - 115.

Wollersheim, J. P. Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, (3), 462 - 474.

Wolpe, J. Reciprocal nihilition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Arch. Neurol. Psychiat.* 1954, 72, 205 - 226.

3. Kapitel Der verhaltenstherapeutische Ansatz der Selbstkontrolle zur Modifikation des Übergewichts

Renate de Jong

3.1 Das theoretische Konzept "Selbstkontrolle"

3.1.1 Einordnung und Definition des Konzepts

3.1.1.1 Der Selbstkontrollansatz als Erweiterung des lerntheoretischen Modells

Menschen können nicht nur ihre Umgebung, sondern auch sich selbst ändern und das nicht nur durch beobachtbares Verhalten sondern auch durch "symbolische" Akte wie Denken und Sprechen. Lerntheoretiker haben sich bemüht, auch solche Phänomene durch relativ einfache Lerngesetze zu erklären. Das Selbst oder die Persönlichkeit definiert zum Beispiel Skinner (1953) als "einfach einen Sammelbegriff, der für ein funktional einheitliches System von Reaktionen steht". Diese Erklärung ist derart allgemein, daß man sie wohl schwer als falsch zurückweisen kann, daß sie aber andererseits auch kaum etwas zum Verständnis der Rolle und der Mechanismen von "verdecktem Verhalten" beiträgt. Auch der Schwierigkeit, die darin liegt, Ereignisse zu erfassen, in denen dieselbe Person sowohl Subjekt als auch Objekt der Handlung bei schnell wechselnder Rolle ist, wird eine derart einfache Erklärung nicht gerecht. Kanfer (1970) sieht eine Erweiterung um sogenannte private oder nicht unmittelbar beobachtbare Ereignisse deshalb als wesentliche Voraussetzung für die Zukunft lerntheoretischer Modelle an. Die Annahme, daß auch "verdecktes" Verhalten gelernt wird durch die Einflüsse der sozial-verbalen Umgebung, daß subjektive Erfah-

rungen durch solche Umgebungseinflüsse entstehen und auch verändert werden können, muß noch weiter erhärtet werden.

3.1.1.2 Selbstkontrolle als Spezialfall von Selbstregulation

Für pragmatisch arbeitende klinische Verhaltenstherapeuten stellt sich das Problem etwas anders. Sie müssen sich fragen, wie kann ich einem Patienten, den ich nicht dauernd kontrollieren kann, helfen, sein eigenes Verhalten zu ändern; wie bringe ich ihn dazu, sich für eine Änderung selbst anzustrengen; welche Methoden kann ich ihm als Hilfe dazu anbieten und welches Ziel soll er sich setzen? Allgemein stehen sie vor einem Problem der Selbstregulation. Insbesondere Kanfer hat den Mechanismen selbstregulatorischen Verhaltens viel Beachtung geschenkt und sich auch um begriffliche Klarheit des Konzepts bemüht. Um eine reflektierte Antwort auf das Problem der Selbstregulation zu finden, werden wir deshalb das Modell Kanfers kurz beschreiben.

Selbstregulatorische Prozesse laufen nicht kontinuierlich ab. Sie setzen ein, wenn eine Person sich selbst beobachtet und dabei feststellt, daß sie sich außerhalb eines allgemein akzeptierten Verhaltensspielraums bewegt und dadurch unangenehme Folgen für sie auftreten könnten. Das sich selbst bewußte Beobachten tritt eher auf in kritischen Situationen, bei Diskrepanzen zwischen Verhalten und Erwartungen oder bei einem Konflikt zwischen unterschiedlichen Handlungstendenzen und hängt ab von der Lerngeschichte der Person und den Eigenarten der momentanen Situation. Die Selbstbeobachtung stellt eine Voraussetzung selbstregulierenden Verhaltens dar. Die Selbstbeobachtung kann zu einer Verhaltensänderung führen, die die Person wieder in den allgemein akzeptierten Spielraum eingliedert und ihr hilft, negative Konsequenzen zu vermeiden, entweder durch Modifikation des eigenen Verhaltens oder dadurch, daß sie die Situation in der Umgebung verändert. Es handelt sich entweder um eine Anpassung an die Situation oder um eine Veränderung der Situation gemäß

den eigenen Ansprüchen (nach Piaget, 1947) Assimilations- bzw. Akkomodationsprozesse, die im Laufe der Sozialisation erworben werden). Es handelt sich auf jeden Fall um Handlungen, die den Nutzen oder die Effektivität für das Individuum erhöhen. ^{Interessanter} ist der Fall, wo ein Individuum sich nicht so verhält, wie es momentan am befriedigendsten wäre. Dies ist der Spezialfall von Regulation, den Kanfer als Selbstkontrolle bezeichnet. Von Selbstkontrolle spricht er in zwei Arten von Situationen: Erstens dann, wenn ein Individuum die Möglichkeit hat, etwas zu tun, was es gern tut bzw. was belohnt wird und sich doch nicht entsprechend verhält und zweitens, wenn ein Individuum weiß, daß ein bestimmtes Verhalten zu unangenehmen Konsequenzen führt und sich trotzdem so verhält. Beide Verhaltensweisen wären paradox, wenn es sich nicht um einen Konflikt handeln würde, nämlich im ersten Fall um einen Konflikt zwischen unmittelbar angenehmen aber auf lange Sicht unangenehmen Konsequenzen und im zweiten Falle um einen Konflikt zwischen unmittelbar unangenehmen und auf lange Sicht erstrebenswerten Folgen. Ein Beispiel für den ersten Fall von Selbstkontrolle wäre, wenn ein Mensch, der gern Süßigkeiten isst, auf diese Süßigkeiten verzichtet, weil er sich langfristig vom Verzicht ein besseres Aussehen verspricht. Ein Beispiel für den zweiten Fall wäre ein Mensch, für den Treppensteigen eine unangenehme Tätigkeit ist, der aber dennoch jetzt nicht den Fahrstuhl benutzt, weil er gehört hat, daß körperliche Bewegung für seine Gesundheit langfristig günstiger ist. Charakteristisch für Selbstkontrolle ist, daß ein Verhalten, das sehr wahrscheinlich ist, unterlassen wird zugunsten eines Verhaltens mit geringerer Wahrscheinlichkeit, und daß es sich um einen Konflikt zwischen diesen Verhaltensweisen handelt, der sich aus den unterschiedlichen Konsequenzen und dem Zeitpunkt, wann diese Konsequenzen einsetzen, ergibt.

3.1.2 Charakteristische Variablen des Selbstkontrollprozesses

Kanfer und andere haben nun diesen Prozeß der Selbstkontrolle näher untersucht und auf Grund zahlreicher Experimente lassen sich einige Prozeßcharakteristika aufweisen, die die Probleme des Therapeuten lösen helfen können.

3.1.2.1 Selbstbeobachtung

Das erste Merkmal ist die Selbstbeobachtung. Menschen beobachten sich nicht permanent selbst. Das tägliche Routineverhalten ist selten Gegenstand detaillierter Reflektion. Unter normalen Bedingungen interessiert es keinen Menschen, Überlegungen darüber anzustellen, wie er sich die Zähne putzt, in welcher Haltung er am Frühstückstisch sitzt und die Zeitung liest, wieviel Schritte er täglich zurücklegt usw. Wahrscheinlicher wird das Einsetzen von Selbstbeobachtung, wenn Personen der Umgebung das eigene Verhalten positiv oder negativ bewerten. Ein Mann, der in einem Ehestreit den Vorwurf hört, seine Hauptfreizeitbeschäftigung bestehe im Essen und sein Bauch sei abstoßend, wird wahrscheinlich eher in Zukunft beobachten, was und wie häufig er wirklich isst. Auch wird jemand, dessen Arbeit kritisiert wurde, sich wahrscheinlich mehr Gedanken darüber machen, wie er arbeitet. Außergewöhnliche Stimmungs- und Aktivitätszustände dürften ebenfalls die Selbstbeobachtung begünstigen. Aufgeregtheit, Langeweile, bedrückte Stimmung, allgemein Zustände, die man bei sich als nicht normal empfindet, führen dazu, sich mit sich selbst zu beschäftigen. Solange alles wie erwartet läuft, sind Selbstbeobachtungen seltener als dann, wenn man mit unerwarteten oder ungewohnten Reaktionen der Umwelt konfrontiert wird. Situationen, in denen man sich auf irgendeine Weise entscheiden muß, regen eher zu Überlegungen an, als ein selbstverständlich ablaufendes Verhalten.

Diese Hinweise darauf, wann Selbstbeobachtung wahrscheinlicher wird, erlauben natürlich noch keine gesicherte Aussage, ob bei einem bestimmten Individuum ein Selbstbeobachtungsvorgang auch wirklich abläuft. Ob eine Kritik anderer Leute etwas bei einem bewirkt, welche Situationen für einen Menschen

unvertraut sind, welche Erwartungen bestehen und enttäuscht werden können usw. hängt von der individuellen Lerngeschichte jedes einzelnen ab. Auch die Schwelle, ab der jemand sich selbst beobachtet und über sich nachdenkt, dürfte im Laufe der Sozialisation erworben und gesellschaftlichen und sozio-ökonomischen Normen unterworfen sein.

3.1.2.2 Selbstbewertung

Noch stärker abhängig vom soziokulturellen Hintergrund und der aktuellen sozialen Umgebung ist wohl das, was jeder für sich selbst als "richtiges Verhalten" definiert. Wir haben vorher schon den Prozeß der Selbstregulation in Abhängigkeit von einem allgemein akzeptierten Verhaltensspielraum beschrieben. In der Regel hat jemand, der über sich selbst nachdenkt bzw. sein Verhalten beobachtet, eine Ahnung oder auch eine feste Meinung darüber, was in seiner Umgebung und in bestimmten Situationen als angemessen oder richtig gilt und was allgemein nicht mehr akzeptiert wird. Er hat aber meistens darüber hinaus noch einen persönlichen Maßstab, nach dem er das Verhalten, das er bei sich beobachtet, beurteilt. Ein mögliches Ergebnis eines Selbstbeobachtungsprozesses könnte z. B. im Falle des wegen Zuviel-Essens kritisierten Ehemanns lauten: "Es gibt viele Menschen, die genauso viel und mehr essen als ich und die auch dicker sind. Eigentlich empfinde ich meine Figur aber auch als ziemlich unförmig und deshalb sind auch schon meine sechs Schnitten am Abend, die vier Bier und das Käsegebäck zum Fernsehen zuviel, vor allem angesichts dessen, daß ich meine Frau damit ärgere. In Zukunft werde ich also versuchen, weniger zu essen, nämlich vielleicht nur drei Schnitten und zwei Bier und kein Knabbergebäck". Dieser Mann hat also jetzt ein Ziel bzw. ein Kriterium für "richtiges" Eßverhalten am Abend für sich festgesetzt. Er hat dann auch einen Vorsatz gefaßt. Nach einer gewissen Zeit sind unter anderem folgende Ergebnisse denkbar:

- Das Problem verliert an Interesse. Das Verhalten ändert sich nicht, es wird aber auch nicht mehr kritisiert.
- Er ist genausoviel, seine Frau kritisiert, aber es macht ihm nichts mehr aus, weil andere Probleme momentan wichtiger sind.
- Er ist genausoviel, seine Frau kritisiert aber nicht mehr, nur er selbst findet sein Verhalten falsch und ärgert sich über sich.
- Er ist weniger und ist selbst stolz auf sich, weil er auch bemerkt, daß der Bauch verschwindet.

Diejenigen Fälle, in denen der Mann sein Verhalten weiter beachtet und sich entweder ärgert, weil er sich nicht geändert hat oder aber stolz auf sich ist, weil er eine Veränderung bemerkte, die in die gewünschte Richtung ging, kann man als Selbstbewertung bezüglich des eigenen Ziels bzw. Kriteriums bezeichnen. Positive eigene Reaktionen wie etwa Stolz gelten als Selbstbelohnung, negative eigene Reaktionen wie z. B. Ärger als Selbstbestrafung. Sowohl die Selbstbeurteilung als auch die Selbstbelohnung bzw. Selbstbestrafung stellen wesentliche Merkmale der Selbstkontrolle dar.

3.1.2.3 Selbstverstärkung

Es gilt in der Lerntheorie als erwiesen, daß die Konsequenzen von Handlungen darüber entscheiden, wie wahrscheinlich diese Handlungen in der Zukunft sind. Die Lerngesetze sind aus Experimenten gewonnen worden, bei denen die Konsequenzen von außen gesetzt wurden. Wenn man nun beweisen kann, daß selbstgesetzte Konsequenzen den gleichen Lerngesetzen folgen wie die von außen gesetzten, so könnte man vorhersagen: Selbstbelohnung erhöht die Wahrscheinlichkeit, daß das betreffende Verhalten wieder auftritt, Selbstbestrafung senkt diese Wahrscheinlichkeit. Diese Gesetzmäßigkeiten fanden Kanfer und andere in zahlreichen Experimenten. Sie entsprechen auch der alltäglichen Erfahrung, daß Menschen über lange Zeiträume hin-

weg Dinge tun können, für die sie von ihrer Umgebung weder belohnt noch bestraft werden. Die Standards allerdings, nach denen ein Mensch sich z. B. selbst belohnt, hat er durch Modell-Lernen und Übernahme der Belohnungsweisen, wie sie von außen gesetzt wurden, erworben. Sie können auch geändert werden auf Grund der Einflüsse der Umgebung. Außerdem hängen sie davon ab, wie genau das Kriterium definiert ist, und wie genau man sich daran hält und zusätzlich davon, wieviel Selbst- und auch Fremdbelohnung man erwartet. Wenn man den gesamten Selbstkontrollvorgang angefangen von der Selbstbeobachtung als Einheit betrachtet, so dürfte Selbstbelohnung auch dazu führen, daß in Zukunft selbstkontrollierendes Verhalten öfter ausgeführt wird und zwar sowohl in ähnlichen Ausgangssituationen als auch über das Prinzip der Generalisation in zunehmend verschiedenen Situationen.

3.1.3 Bedingungen, die Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung beeinflussen.

Eine solche Analyse von Selbstkontrollprozessen dürfte in praktisch arbeitenden Therapeuten viele Hoffnungen wecken. Man muß, so könnten sie schlußfolgern, nur Leute dazu bringen, sich selbst zu beobachten, mit ihnen Maßstäbe für erwünschtes Verhalten aufstellen, einen Selbstbewertungsprozeß fördern und sie darauf hinweisen, wie wichtig es ist, sich richtig zu belohnen, wenn sie sich nach ihrem Maßstab "erwünscht" verhalten haben. Wenden sie dann diese Methode richtig an, brauchten diese Patienten keinen Therapeuten mehr und auch bei zukünftigen andersartigen Problemen bräuchten sie nur wieder auf die erprobten Schritte zurückzugreifen. Daß die Sache nicht so einfach ist, beweisen die vielen nach Selbstbeobachtung gefaßten Vorsätze, bei denen es bleibt. Außerdem hätte man damit das ganze Problem der Motivation zu Selbstbeobachtung und Verhaltensänderung vernachlässigt. Warum sind denn Verhaltensweisen wie Rauchen, Trinken, Zuviel-Essen usw. so hartnäckig, obwohl hier einige Voraussetzungen für das Einsetzen von Selbstbeobachtung eigentlich erfüllt sind?

Anhand der praktischen Techniken oder Maßnahmen, die zur Förderung von Selbstkontrolle von Verhaltenstherapeuten entworfen und überprüft wurden, möchten wir einige Bedingungen erörtern, die Selbstkontrolle wahrscheinlicher machen.

3.1.3.1 Bedingungen bei der Selbstbeobachtung

a) Selbstbeobachtung als Bestandteil von Diagnostik und Therapiekontrolle

Zu den Voraussetzungen einer Verhaltenstherapie gehört die Erfassung des problematischen Verhaltens. Dies ist bei nichtstationären Patienten nur möglich, indem man den Patienten selbst bittet, sein Verhalten zu registrieren, und zwar in der Regel bezüglich Dauer, Intensität, Häufigkeit, den situativen Umständen, in denen es einsetzt und den Konsequenzen, die es hat. Auch bei therapeutischen Techniken, die nicht eigentlich auf die Förderung von Selbstkontrolle abzielen, sondern durch äußere Kontrolle Verhaltensänderungen erreichen wollen (z. B. Aversionstherapie) steht am Anfang die Aufforderung des Therapeuten an den Klienten, sein "kritisches" Verhalten genau zu registrieren. Meist werden dazu Diagramme vorgegeben, in die der Patient seine beobachteten Verhaltensdaten einträgt. Die Verhaltensdaten vor Beginn der eigentlichen Therapie dienen als Grundlinie. Während der Therapie gelten sie als therapiebegleitende Kontrolle und Möglichkeit einer Rückmeldung über positive oder negative Veränderungen für den Patienten und den Therapeuten. Die Daten nach Abschluß der Therapie vergleicht man dann mit denen davor, um die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen - den Erfolg also - abzulesen.

Aus Therapieexperimenten, die die Selbstbeobachtung als verhaltensdiagnostische Methode anwandten, geht hervor, daß die Zuverlässigkeit der Beobachtung davon abhängt, was beobachtet wird. Aus Experimenten, bei denen man zusätzlich zu Selbst-

beobachtung Fremdbeobachtung einsetzte, ist zu entnehmen, daß die Registrierung von objektiv zu beobachtenden Ereignissen wie Anzahl der gerauchten Zigaretten, Anzahl der zu sich genommenen Kalorien und ähnliches ziemlich zuverlässig ist. Zudem ist es bei den genannten Beispielen möglich, daß man aus den Folgen des Verhaltens noch einmal Rückschlüsse auf die Richtigkeit der Angaben machen kann (z. B., indem man die Kippen im Aschenbecher zählt oder im Eisschrank prüft, was noch da ist und was fehlt). Schwieriger ist die Zuverlässigkeit der Registrierung von nicht objektiv beobachtbarem Verhalten, z. B. dem Wunsch, jetzt in eine Konditorei zu gehen, zu überprüfen. Auch hier kann man wiederum von den Folgen her urteilen und das Ereignis "tatsächlicher Besuch einer Konditorei" zur Abschätzung der subjektiven Angaben heranziehen. Über das Auftreten und die möglichen Häufigkeitsänderungen der "privaten" Gedanken bleibt aber als einzige Informationsquelle die subjektive Angabe.

b) Selbstbeobachtung als Bestandteil der Therapie

Aus den Ergebnissen zahlreicher verhaltenstherapeutischer Arbeiten ergab sich nun, daß schon die beschriebene Registrierung des eigenen Verhaltens zu einer Verhaltensänderung führte. Zum Beispiel stellte Cautela (1966) bei einer übergewichtigen Patientin fest, daß die Registrierung dessen, was und wie sie täglich Nahrung zu sich nahm, auch ohne Therapie zu einem Gewichtsverlust führte. Wir haben diesen Effekt bei der Arbeit von Cautela schon beschrieben. Ähnliche Ergebnisse liegen vor über den Effekt des Registrierens von Zigaretten bei Rauchern, die sich das Rauchen abgewöhnen wollen (Ober, 1968).

Ein wichtiger Gesichtspunkt ist der Zeitpunkt der Registrierung. Angenommen, das Therapieziel besteht in der Reduzierung von Nahrungsaufnahme und der Patient wird von dem Therapeuten aufgefordert, bevor er etwas ißt, zu registrieren, was er jetzt essen wird, so wird damit zumindest erreicht, daß der Patient die ablaufende Verhaltenskette für einen Moment unterbricht, um seine Angaben zu machen. Sein Vorhaben wird ihm bewußter. Dieses Bewußtwerden wirkt in manchen Fällen schon als Anstoß zu einem Alternativverhalten oder kann zu einem Aufschieben

der Handlung bzw. zu einer Reduzierung der geplanten Essensmenge führen.

Bei einer nachträglichen Aufzeichnung unerwünschten Verhaltens ist die Unterbrechung der ablaufenden Verhaltenskette nicht möglich, wohl aber eine Konfrontation mit dem eigenen Verhalten. Setzt dann ^{ein} Prozeß der Selbstbewertung oder einer Bewertung von außen ein, ist es auch hier möglich, daß durch die Selbstbeobachtung schon eine Verhaltensänderung initiiert wird, je eher, je genauer ein Verhaltensziel oder ein Kriterium für "erwünschtes Verhalten" definiert wurde. Eine Konfrontation mit dem eigenen ^{genau} beobachteten Verhalten kann ^{Sinn} eine Überraschung darstellen. Jemand, der sicher glaubte, am Tag um 2500 Kalorien zu essen und nun feststellt, daß es tatsächlich 3500 sind, wird vielleicht versuchen, diese beiden unterschiedlichen Selbstwahrnehmungen in die gewünschte Richtung wieder in Kongruenz zu bringen (kognitive Dissonanz-Theorien). Dies wäre auch wieder ein Effekt, der sich im Sinne einer Verhaltensänderung auswirkt.

Es gibt erst relativ wenig Arbeiten, die Selbstbeobachtung als Technik anwandten und mit den Ergebnissen einer Kontrollgruppe verglichen. Erfolge zeigten sich in diesen Arbeiten dann, wenn das Selbstbeobachten zu einem diskriminativen Stimulus für ein erwünschtes Verhalten wurde, das heißt, wenn mit der Selbstbeobachtung die unerwünschte Verhaltenskette unterbrochen und dann nicht mehr weitergeführt wurde, und ^{stattdessen} ^{positiv} ein mit dem Therapieziel vereinbartes Verhalten einsetzte. Zusätzlich wirkte die Verstärkung des Therapeuten bei Annäherung an das Therapieziel sowie die eigene Befriedigung darüber, wenn man die Änderung des eigenen Verhaltens in die gewünschte Richtung beobachten konnte. Voraussetzung ist wiederum die Motivation des Patienten, sich zu ändern. Auch erscheint es wichtig, daß mit dem unerwünschten Verhalten nicht zu vereinbarende alternative Reaktionsweisen schon vorhanden sind und auch einen Belohnungswert haben.

c) Bedingungen, die Selbstbeobachtung fördern

Bei der Erstellung eines Selbstbeobachtungsprogramms kommt es nach den bisherigen Erfahrungen vor allem darauf an,

drei Ziele zu beachten:

1. Zuverlässigkeit und objektive Rückmeldung für den Patienten und den Therapeuten
2. Unterbrechung einer ablaufenden Verhaltenskette und Bewußtmachung des eigenen Verhaltens
3. Anstoß zu einem Selbst- und Fremdbewertungsprozeß, auf den hin Verstärkung einsetzt.

Für das ^{erste} Ziel sollten außer der Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit auf Seiten des Patienten folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Begrenzung des zu beobachtenden Verhaltens auf wenige, genau definierte und abgrenzbare Verhaltensweisen;
- Bevorzugung objektiv beobachtbarer Ereignisse vor nur subjektiv zu erfassenden;
- bei Registrierung subjektiver oder privater Vorgänge der Versuch, aus den Konsequenzen einen zusätzlichen objektiven Gültigkeitsnachweis zu finden;
- übersichtliche Diagramme.

Für das zweite Ziel dürfte wesentlich sein, daß

- das beobachtete Verhalten möglichst früh in einer Verhaltenskette vorkommt,
- das beobachtete Verhalten deutlich zu isolieren ist,
- man nicht nur Verhaltensweisen beobachtet, die innerhalb der nichterwünschten Verhaltenskette liegen, sondern auch das Auftreten alternativer Handlungen,
- die Selbstbeobachtung eher einsetzt als das tatsächliche Verhalten.

(drittes Ziel)

Selbstbeobachtungsprogramme, die das Selbstbewerten fördern, sind solche, bei denen nicht nur das zu beobachtende Verhalten genau definiert ist, sondern auch das Ziel oder die Unterziele der Änderung schon festliegen und zwar auf der gleichen Ebene oder Dimension, auf der die Beobachtung verläuft, nämlich auf der Verhaltensebene.

Praktische Beispiele, wie man bei der Kontrolle des Übergewichts solche Hinweise übersetzt hat in praktische Handlungsanweisungen, finden sich bei der Beschreibung der Selbst-

kontrollarbeiten und im Anhang.

3.1.3.2 Bedingungen bei der Selbstbewertung

Selbstbewertung ist die eigene Beurteilung, ob das eben beobachtete Verhalten sich innerhalb der sozialen und der eigenen Normen bewegt oder nicht, ob es in dieser Situation "richtig" oder "falsch" war.

a) Genauigkeit der Ziel- bzw. Kriteriumsbestimmung

Diese Komponente hängt eng zusammen mit der Formulierung eines Therapieziels und entsprechender Unterziele, die Voraussetzung dafür sind, daß das Therapieziel auch erreicht werden kann. Oben wurde beschrieben, daß der Selbstbewertungsprozeß nicht kontinuierlich abläuft und durch bestimmte Bedingungen wahrscheinlicher wird. Diese Bedingungen dürften zunächst für einen Patienten, der einen Therapeuten aufsucht, gegeben sein. Entweder durch Druck aus der Umgebung oder durch eigene Unzufriedenheit ist er darauf gekommen, einen bestimmten Teil seines Verhaltens als schlecht, falsch, unerwünscht, unbefriedigend zu empfinden. Möglicherweise hat er auch schon Vorstellungen darüber, was besser, richtiger oder erwünschter ist. Eine genaue Definition des erwünschten und des unerwünschten Verhaltens ist jedenfalls notwendig, damit Selbstbewertung als therapeutischer Schritt in ein Selbstkontrollprogramm eingebaut werden kann.

Als nächste Frage ergibt sich, wie verbindlich die Festsetzung eines Ziels bzw. die Änderung des früheren Verhaltens für den Patienten ist und wie sich die Verpflichtung auch über eine länger dauernde Therapie hinweg aufrechterhalten läßt. Als fördernd haben sich sogenannte Kontrakte erwiesen.

b) Kontrakte zur Förderung der Verbindlichkeit von Zielen

Ein therapeutischer Kontrakt ist meist ein schriftlicher Vertrag zwischen dem Patienten und dem Therapeuten. In ihm werden die erwünschten Verhaltensweisen des Patienten - sein

neuer Verhaltensspielraum - spezifiziert. Zusätzlich enthält er die Verpflichtungen des Therapeuten und Konsequenzen dafür, wenn die Verhaltensziele erreicht bzw. nicht erreicht werden. Beide Vertragspartner unterzeichnen den Vertrag. Kontrakte können von einer Person auch mit sich selbst geschlossen werden. Dann definieren sie die Bedingungen von Selbstbewertung und Selbstbestrafung bzw. -belohnung. Ein Effekt des Kontrakts liegt darin, daß die Standards der Selbstbewertung klar definiert sind. Ist für eine Person die Kongruenz zwischen Vorsatz und tatsächlichem Handeln erstrebenswert, so liegt in der Erfüllung des Kontraktes zusätzlich eine Selbstverstärkung. Durch eine Reihe von Experimenten wurde bewiesen, wie wichtig es ist, eine Person genau darüber zu informieren, was man von ihr erwartet. Je genauer die Information, umso eher sind Menschen in der Lage, sich entsprechend den Erwartungen zu verhalten. Eine weitere wichtige Variable in Kontrakten ist die Verstärkung bei Erreichung der Vertragsbedingungen, sei sie nun fremd- oder selbstgesetzt, wobei wiederum der Zeitpunkt eine große Rolle spielt.

Oft erlebt ein Mensch, der anderen erzählt, ab morgen werde er nur noch 1500 Kalorien essen, daß die Zuhörer ihn ermunternd an gucken, für seinen Vorsatz loben usw. Generell bekommt man dadurch daß man sagt, man wolle sich selbst ändern, sehr oft soziale Zuwendung. Da der Änderungsprozeß in der Regel weniger angenehm ist und Anstrengungen erfordert, die Zuwendung anderer aber relativ leicht dadurch zu erreichen ist, daß man sagt, man "wolle", bleibt es meistens bei guten Vorsätzen. Bei den Kontrakten jedoch werden nicht die Vorsätze oder Ziele belohnt, sondern nur die Schritte, die bereits in die gewünschte Richtung unternommen worden sind. Ähnliche Gesetzmäßigkeiten dürften gelten bei Vereinbarungen, die man mit sich selbst trifft. Auch hier sollte eine positive Selbstbewertung der eigenen Anstrengungen erst dann einsetzen, wenn

Anstrengungen auch wirklich unternommen worden sind.

Nicht immer wird in Selbstkontrollprogrammen mit expliziten Verträgen gearbeitet. Die Festlegung der Ziele und Unterziele geschieht jedoch meist auf der Ebene des beobachteten Verhaltens, in dem Patient und Therapeut zusammen ^{genau} die Verhaltensweisen definieren, die in die gewünschte Richtung führen. Der Patient hat dann die Möglichkeit, seine tatsächlichen Verhaltensweisen im Hinblick auf diese Ziele zu bewerten. Verhaltensschritte und Kontrakte bei Übergewichtsprogrammen werden noch genauer beschrieben.

3.1.3.3 Bedingungen bei der Selbstverstärkung

Variablen, die die Selbstverstärkung modifizieren, sind vor allem in drei Arten von Experimenten untersucht worden.

a) Kanfer und Mitarbeiter gaben in der Regel eine Lernaufgabe und belohnten die Versuchspersonen, bis sie die Aufgabe in etwa beherrschten. Anschließend bekamen die Versuchspersonen die Instruktion, sich selbst zu belohnen, wenn sie nach ihrer Selbstbewertung richtig reagiert hatten.

b) Bandura und Kupers (1964) ließen die Versuchspersonen (Kinder) zunächst Modelle beobachten, die sich selbst für ihr Abschneiden bei einem Spiel bewerteten und entsprechend belohnten. Danach hatten die Kinder Gelegenheit, dasselbe Spiel zu spielen. Beobachtet wurde, ob sie die Belohnungsweisen des Modells übernommen hatten.

c) Bei der dritten Art von Experimenten besteht eine "Versuchungssituation". Es gibt Belohnungen zur freien Verfügung. Nachdem der Versuchsleiter eine Lernaufgabe erklärt und auch die Kriterien für Selbstbewertung und Selbstbelohnung festgelegt hat, verläßt er den Raum. Aus bestimmten Registrierappareturen kann abgelesen werden, wie häufig sich die Versuchspersonen selbst adäquat belohnen und wie häufig sie "mogeln".

Bei einem Versuch, einige Ergebnisse aus diesen experimentellen Arbeiten auf Patientenprobleme zu übertragen, ergeben sich

folgende Konsequenzen:

Es ist wichtig, daß man gelernt hat, sich selbst zu belohnen. Modelle können diesen Lernprozeß fördern, Personen aus der Umgebung der Patienten können den Grad der Selbstbelohnung modifizieren, indem sie positiv oder negativ darauf reagieren. Belohnung, die von außen kommt, beeinflußt die Selbstbelohnungsrate, ebenso die Genauigkeit der vorher festgesetzten Kriterien. Je häufiger man sich selbst belohnt, um so häufiger wird es auch in Zukunft sein. Selbstbelohnung kann unabhängig von Selbstbewertung sein und ist unter Umständen auch unabhängig davon therapeutisch zu beeinflussen. Selbstbestrafung folgt nicht den gleichen Gesetzmäßigkeiten.

Verschiedene Veröffentlichungen liegen vor über die Möglichkeiten zur Förderung von Selbstbelohnung insbesondere bei depressiven Patienten, da hier die Annahme naheliegt, daß Depression eine Folge von ungenügender Selbst- und Fremdverstärkung darstellt. Homae (1965) konnte z.B. beweisen, daß Selbstbelohnungen ansteigen, wenn der Patient die Instruktion befolgt, sich positive Statements über sich selbst immer unmittelbar vor normal häufig ausgeführten Tätigkeiten (Rauchen, Kaffeetrinken) vorzusagen. Mit der Steigerung der Selbstbelohnungsrate ging bei diesen Patienten auch eine Verbesserung des depressiven Zustandes einher.

Da Modelleinflüsse und von außen gesetzte Belohnungsschemata, die gelernt wurden, eine so wesentliche Rolle zu spielen scheinen, beginnt selten ein Programm damit, den Patienten lediglich Selbstbelohnung zu empfehlen. Meist werden Belohnungen wie Geld oder soziale Zuwendung und Lob zunächst vom Therapeuten nach Erreichung ganz bestimmter Kriterien von außen gesetzt bzw. es wird geübt und festgesetzt, wann genau der Patient sich selbst in welcher Art belohnt und für

die Selbstbelohnung wird dann wieder eine Belohnung von außen festgesetzt Häufig werden auch Kotherapeuten eingesetzt, die am Anfang das Belohnungsprogramm einleiten und übernehmen.

3.2 Übertragung des Selbstkontrollansatzes auf die Modifikation des Übergewichts

Zunächst ist festzustellen, ob übermäßiges Essen ein im Sinne der Selbstkontrolle kritisches Verhalten darstellt, also einen Konflikt zwischen unmittelbar angenehmen und langfristig unangenehmen Konsequenzen oder umgekehrt. Unter der Voraussetzung, daß ein Bissen Essen im Mund unmittelbar angenehm empfunden wird und auch die weiteren Konsequenzen wie Sättigungsgefühl, Entspannung etc. verstärkend sind, andererseits das zunehmende Körpergewicht, das veränderte Aussehen, gesundheitliche Beschwerden etc. langfristig als Belastung negativ erlebt werden, kann man von einem Selbstkontrollkonflikt sprechen.

3.2.1 Erste Entwicklung und Erprobung von Strategien der Selbstkontrolle an übergewichtigen Patienten: Das Programm von Ferster, Nurnberger und Levitt.

Ferster, Nurnberger und Levitt (1962) haben als erste Autoren versucht, Wege zur Förderung der Selbstkontrolle bei Überessen zu entwickeln. Als Ziel definierten die Autoren einen Gewichtsverlust von einem Pfund pro Woche. Dies relativ bescheidene Ziel ergab sich aus Erfahrungen und experimentellen Ergebnissen, denn ein Deprivationszustand, wie er durch eine strengere Reduzierung erreicht würde, erhöht das Eßbedürfnis und erschwert die Selbstkontrolle. Eine Einschränkung des Essens auf bestimmte Nahrungsmittel führt zu bestimmten Arten von "Heißhunger", der wiederum Selbstkontrolle fast unmöglich macht. Die Bestandteile ihres Programms werden im folgenden ausführlich beschrieben.

3.2.1.1 Koppelung der negativen Konsequenzen des Überessens an den Eßvorgang.

Der erste Schritt bestand darin, die letztlich unangenehmen Konsequenzen des Überessens, die in der Regel erst sehr verzögert einsetzen, unmittelbar mit dem Essensvorgang zu verbinden. Die Patienten sollten lernen und üben, ein verbales Repertoire aufzubauen, das die für sie aversiven Folgen des Essens beschrieb und das so präsent war, daß es sich unmittelbar vor dem Essensvorgang einsetzen ließ. Bei schriftlichen und mündlichen Übungen stellte sich heraus, daß vielen die Verbalisierung der negativen Folgen des Essens nicht oder nicht konkret genug bewußt war. In Gruppensitzungen wurde die Verbalisierung von entsprechenden Feststellungen weiter geübt. Die Folgen, die hier und jetzt das Leben der Patienten betrafen (z. B. kritische Bemerkungen von Freunden und Bekannten, berufliche Beeinträchtigung usw.) erwiesen sich als bedeutsamer für die Patienten als weiter in der Zukunft liegende oder nur wahrscheinliche Konsequenzen wie Zucker- und Herzkrankheiten u. ä..

3.2.1.2 Informationen über Ernährung und Kalorien

Einen weiteren Trainingsabschnitt stellten Informationen über Nahrungsmittel und ihren Kaloriengehalt dar. In der Gruppe übten die Patienten, Konsequenzen des Essens bestimmter Nahrungsmittel zu formulieren. Anstatt zu behaupten: "Alles, was ich esse, macht mich dick", sollten sie Formulierungen üben wie z. B.: "Wenn ich jetzt Kuchen esse, der 400 Kalorien hat, dann entspricht das einem Abendessen bestehend aus einem mittelgroßen Steak plus einer ansehnlichen gebackenen Kartoffel mit Butter und bedeutet, daß ich ein Zehntel Pfund zunehme!"

3.2.1.3 Training in Selbstbeobachtung

Die Beobachtung und Registrierung der täglich zu sich genommenen Nahrung übten die Autoren ebenfalls, da sich herausstellte, daß die Patienten ohne Training nicht in der Lage

waren, mit der erforderlichen Genauigkeit anzugeben, was sie nun wirklich aßen. Auch die Kalorienumrechnungen speziell bei zusammengesetzten Speisen wie Saucen, Eintopfgerichten u. ä. gelang erst nach ausführlichen Instruktionen und einiger Übung.

3.2.1.4 Verhaltensregeln zur Kontrolle der Essenszeit und situativer Umstände des Essens

Die ersten Schritte, die das Eßverhalten unter Kontrolle bringen sollten, zielten noch nicht direkt auf einen Gewichtsverlust ab. Sie bestanden darin, aus den Eßprotokollen der Patienten und entsprechenden Tabellen die Kalorienmenge auszurechnen, mit der das aktuelle Gewicht beibehalten werden kann. Außer der Empfehlung, konzentrierte Fette und Zucker zu reduzieren, wurde keine spezielle Diät empfohlen. Diese festgesetzte Kalorienmenge sollte nun während dreier fester Mahlzeiten pro Tag eingenommen werden. Da aus den Daten der Patienten hervorging, daß sie oft zwischen den Mahlzeiten aßen, führte das dazu, daß während der drei festen Mahlzeiten, besonders zum Frühstück, nun mehr gegessen wurde als vorher.

Der Sinn dieser Maßnahme liegt darin, die Wahrscheinlichkeit des Essens bei allen anderen Gelegenheiten außerhalb der Mahlzeiten zu verringern. Es ist ein Schritt in Richtung Kontrolle der situativen Einflüsse und der Zeit des Essens. Begänne man ein Selbstkontrollprogramm ohne diese Maßnahme, so hätte man eine Vielzahl von zeitlichen und situativen Bedingungen zu beachten, denn übergewichtige Leute essen zu vielen Gelegenheiten. Außerdem wird durch die Verbindung des Essens mit anderen häufigen Verhaltensweisen wie Lesen, Fernsehen, Vorbereitung von Mahlzeiten, Spazieren gehen, sich mit anderen unterhalten etc. das Essen verstärkt (Premack, 1965). Reduziert man die Situationen und Zeiten des Essens, fällt die Kontrolle über diese zusätzlich verstärkten Nebentätigkeiten leichter. Erleichtert wurde das Durchführen dieses Schrittes dadurch, daß die gestatteten Mahlzeiten überreichlich ausfielen und meistens jeweils eine Zeit danach ein geringeres Bedürfnis nach Essen bestand. Patienten, die nicht von heute auf morgen jegliches Dazwischenessen aufgeben konnten, wurden angewiesen, etwas Obst oder geringe Mengen von Knabbergebäck zu festen Zeiten und unter festgesetzten Bedingungen zu sich zu nehmen, damit die für Essen kritischen Situationen auch hier ziemlich reduziert werden.

Essen

Die nächste Gruppe von Schritten, die die Autoren einführten und durch die Patienten zuhause üben ließen, betraf die Unterbrechung der Verhaltenskette Essen. Es dürfte einleuchtend sein, daß die Wahrscheinlichkeit, einen Bissen, der im Mund ist, auch zu schlucken, ziemlich hoch ist. An diesem Punkt der Verhaltenskette noch einen Selbstkontrollschritt zugunsten eines alternativen Verhaltens, nämlich nicht zu essen, einzuführen, ist kaum erfolgversprechend. Nun liegen aber vor jedem EBakt eine unterschiedliche Anzahl von Vorschriften. Es sind relativ wenige, wenn z.B. eine Pralinenschachtel schon vor einem steht. Man braucht sie nur öffnen, eine Praline aussuchen, eventuell noch auspacken, sie in den Mund stecken und runterschlucken. Relativ zahlreiche Vorschriften sind nötig, wenn man eine Mahlzeit vorbereiten möchte, die nötigen Lebensmittel dazu aber noch einkaufen muß. Eine Verlängerung der Verhaltenskette erhöht die Wahrscheinlichkeit, daß Selbstkontrolle wirksam wird und senkt die Wahrscheinlichkeit, daß das Endglied Essen auftritt. Die praktischen therapeutischen Schritte waren:

- keine "fertigen" Nahrungsmittel zuhause aufbewahren
- nicht auf Vorrat einkaufen
- nur Nahrungsmittel einkaufen, die vor dem Essen einer längeren Vorbereitung bedürfen
- Aufbewahrung der Lebensmittel nicht sichtbar und an Plätzen, die umständlich zu erreichen sind
- Umgang mit den Nahrungsmitteln (z.B. Kochen, Einkaufen) dann, wenn kein Hunger bzw. Deprivationszustand besteht, also etwa im Anschluß an die letzte Mahlzeit.

Während der erlaubten Mahlzeiten selbst sollte die Verhaltenskette allerdings bis zu Ende ablaufen. Aus Vergleichsuntersuchungen über normalgewichtige und übergewichtige Esser wußten die Autoren aber über die Tatsache, daß die Übergewichtigen wesentlich schneller essen als Normalgewichtige. Das Endglied der Verhaltenskette tritt bei ihnen häufiger auf. Um die Essgeschwindigkeit zu reduzieren und dadurch die Verhaltenskette

zu verlängern, übten die Patienten als erstes, erst dann eine neue Portion Essen auf die Gabel zu nehmen, wenn sie den vorigen Bissen heruntergeschluckt hatten. Eine Unterbrechung des früheren Eßrhythmus, war die Folge. Endziel dieser Übungen war, die Fähigkeit aufzubauen, Essen jederzeit und unter jeder Bedingung unterbrechen zu können.

Die Unterbrechungen wurden systematisch verlängert. Eine Er-schwerung der Übungen fand auch dahingehend statt, daß zunächst längere Unterbrechungen nur gegen Ende der Mahlzeiten, also bei relativer Sätttheit trainiert wurden, dann auch zunehmend in der Mitte und am Anfang der Mahlzeiten. Eine weitere Verlängerung der Verhaltenskette versuchten die Autoren zu erreichen, indem sie mit den Patienten Listen über bevorzugte und weniger bevorzugte Nahrungsmittel erstellten. Die weniger bevorzugten Nahrungsmittel sollten sie essen, wenn sie stark hungrig waren, die bevorzugteren, also von der Art her schon wahrscheinlicheren Nahrungsmittel nur dann, wenn sie nicht besonders hungrig waren.

Schritte wie sie oben beschrieben wurden - zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit für Selbstkontrolle durch Verlängerung der Verhaltenskette - zielten im Programm der Autoren schon auf den angestrebten Gewichtsverlust von einem Pfund pro Woche ab, ohne die Lebensbedingungen der Patienten gravierend zu verändern.

3.2.1.6 Verhaltensregeln zur Förderung von Alternativ-Verhalten

Die nächsten Maßnahmen im Programm betrafen die Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Aktivitäten, die mit dem Essen weniger oder gar nicht vereinbar sind bzw. helfen, das Essen zu reduzieren. [Zum Beispiel wurde Patientinnen, die kurz nach dem ^{neue Zeile} Frühstück in der Regel anfangen, irgendetwas zu knabbern, empfohlen, statt dessen mit einer Freundin zu telefonieren oder die Zeitung zu lesen. Dabei ist schon ein erhebliches Training an Selbstkontrolle erforderlich, denn das planmäßige Einsetzen anderer Aktivitäten anstelle von Essen, erfordert,

daß man sie vorher zurückstellt, damit sie im kritischen Moment noch einen Anreiz haben. Ein anderes Beispiel ist *neue Zeile* das bewußte Ausführen von Aktivitäten, die befriedigen und eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen, während der das Essen eine unpassende Unterbrechung darstellt, etwa ins Theater oder ins Konzert gehen, einen Spaziergang oder eine Fahrt außerhalb der Stadt unternehmen, sich ein Kleid nähen usw. Dabei ist wichtig, dafür zu sorgen, daß die Plätze, die aufgesucht werden, keinen Anreiz für Essen bieten, bzw. dort in der individuellen Lerngeschichte keine Verbindungen zum Essen bestanden haben. Selbst wenn bei einem Spaziergang durchaus die Möglichkeit gegeben ist, einfach bei einem Restaurant haltzumachen und dort zu essen, dürfte die Wahrscheinlichkeit, das zu tun für jemand, der gewöhnlich zuhause ißt, weniger stark sein und deshalb der Selbstkontroll-Schritt, an dem Restaurant vorbeizugehen, leichter fallen.

Die Planung und Übung dieser Art von Schritten wurde für jeden Patienten individuell festgelegt. Auch berücksichtigten die Autoren, daß emotionale Faktoren gerade diese Art von Maßnahmen stark beeinflussen können. Für jemanden, der depressiv, traurig oder verstimmt ist, dürfte es schwieriger sein, Aktivitäten zu planen, die das Essen verhindern, da meist in seiner Lerngeschichte Essen zu den bevorzugten Strategien gehörte, um mit solchen Stimmungen fertig zu werden. Bei solchen Patienten kam es darauf an, die Selbstkontrolltechniken durch Übung und Verstärkung so stabil zu machen, daß auch eine emotionale Störung ohne "Einbruch" überwunden werden konnte. In schweren Fällen, wo man sicher war, daß die Selbstkontrolle bei bestimmten Stimmungszuständen zusammenbrechen würde, übten die Autoren mit den Patienten, eine kontrollierte Steigerung der Nahrungsaufnahme zu planen.

Abschließend betonen Ferster et al., daß die theoretischen Überlegungen, die hier zum ersten Mal an kleinen Patientengruppen über 15 Sitzungen in die Praxis umgesetzt wurden, es noch nicht erlauben, irgendwelche Zahlen zu nennen, daß es sich jedoch nach den gemachten Erfahrungen lohnt, nun systematisch Selbstkontrollprogramme zu entwickeln.

3.2.2 Systematisierung der Selbstkontrollstrategien und erste experimentelle Überprüfungen an Patientengruppen

Dieser Anregung folgte eine Reihe von Forschern, deren Arbeiten im folgenden beschrieben werden. Die Überlegungen und praktischen Schritte von Ferster, Nurnberger und Levitt (1962) haben wir deshalb so ausführlich beschrieben, weil die wesentlichen Strategien zur Förderung von Selbstkontrolle hier zumindestens theoretisch schon fast vollständig anklängen. Das Verdienst der folgenden Arbeiten liegt in einer systematischeren Ausarbeitung von Programmen, die nachvollziehbar und überprüfbar sind und aus denen auch Daten hervorgehen.

Die meisten dieser Programme weisen untereinander eine große Ähnlichkeit auf. Insbesondere der Rahmenablauf: Selbstbeobachtung und Restriktion von Kalorienaufnahme und Eßgewohnheiten, Information über Nahrungsmittel, Informationen über Strategien der Reiz- und Verhaltenskontrolle sowie die Umsetzung dieser Informationen in bestimmte praktische Übungsschritte, wurde fast überall durchgehalten.

Die dem oben beschriebenen Ansatz von Ferster, Nurnberger und Levitt ähnlichsten Untersuchungen sind die Arbeiten von Stuart (1967, 1971), die von Harris (1969), Harris und Bruner (1971), Harris und Hallbauer (1973), Hall (1972) sowie die holländischen Arbeiten Ramsay und Jongmans (1975), die sich ausdrücklich auf das Programm von Stuart beziehen.

3.2.2.1 Die Programme von Stuart

neue Z. 1

Beide Arbeiten von Stuart (1967, 1971) sind Fallberichte. [1967 be-
delte er acht weibliche Patienten über einen Zeitraum von vier bis
f Wochen bei drei wöchentlichen individuellen Sitzungen, die
jeweils 30 Min. in Anspruch nahmen. Weitere individuell
festgesetzte Sitzungen gab es in den anschließenden zwölf Wochen
chen, Nachkontrollen nach drei, sechs, neun und zwölf Monaten. In sei-
ner Arbeit wird der Verlauf der einzelnen Sitzungen detail-
liert beschrieben: [

Arbeit

Erste Sitzung: Die Patienten wurden über Selbstbeobachtung und
Analyse und Registrierung des eigenen Essverhaltens informiert.

Mehrere Arten von Diagrammen wur-
den eingeführt und erklärt:

- a) Esskarten, auf denen die Zeit, Art, Menge und die situati-
ven Umstände jeglicher Nahrungsaufnahme einzutragen waren;
- b) Gewichtskarten, auf denen 4 Wiegetermine pro Tag vorge-
sehen waren (vor dem Frühstück, nach dem Frühstück, nach dem
Mittagessen und vor dem Schlafengehen);
- c) Listen, auf denen die Patienten Verhaltensweisen eintra-
gen sollten, die sie gern und häufig machen
- d) Listen, auf denen die unangenehmen Folgen des Essens bzw.
mit dem Essen verbundene Ängste und Befürchtungen aufgeführt
waren.

neue Z. 1
Arbeit

[Die beiden letzten Listen wurden, obwohl deren Infor-
mation erst später in der Therapie nötig war, schon jetzt er-
hoben, um eventuell noch Zeit zu haben, sowohl befriedigen-
de Alternativen als auch die Verbalisierung unangenehmer

Konsequenzen aufzubauen und zu fördern. [In der Art eines the-
rapeutischen Kontrakts vereinbarte der Therapeut, nachdem
die Patienten den Verlauf der Behandlung und ihren Sinn genau
erklärt bekommen hatten, das Ziel pro Woche: 1-2 Pfund ab-

neue Z. 2

nehmen. [Ein erster Verhaltensschritt lautete: Hauptmahlzei-
ten für 2-3 Min. unterbrechen. Dieser Schritt sollte den Pa-
tienten das Gefühl geben, eine kleine Kontrollmöglichkeit
über ihr Essen schon jetzt zu besitzen. Da es außerordent-
lich wichtig war, daß dieser erste Schritt erfolgreich er-

neue Z. 1

lebt würde, sollten Patienten, die Schwierigkeiten hatten, auf jeden Fall den Therapeuten anrufen und eventuell mit ihm ein kleineres Ziel vereinbaren. Die nächsten Sitzungen liefen nach folgendem Schema ab: 1. Diskussion der EB- und Gewichtskarten; 2. Diskussion über die Verhaltensschritte, die vorher gegeben worden waren, wobei Erfolg vom Therapeuten sozial verstärkt wurde; 3. Diskussion über Nahrungsmittel und Änderung dessen, was man isst (nicht vom Therapeuten initiiert, aber von ihm verstärkt, wenn in die gewünschte Richtung); 4. Besprechung eventuell in Zukunft für den Patienten schwieriger Situationen und Planung, wie man das Selbstkontrollprogramm für Essen trotzdem aufrechterhalten kann; 5. Neue Verhaltensschritte zur Förderung von Selbstkontrolle.

In der zweiten Sitzung gab es folgende Schritte:

- Nahrungsmittel nur noch in der Küche aufbewahren
- Nur Nahrungsmittel zuhause haben, die Vorbereitung erfordern
- Immer nur eine Portion vorbereiten
- Essen zu einer "reinen" Erfahrung machen, d.h. nichts mehr nebenher tun, wenn man isst.

Es gab zu diesem Zeitpunkt noch keine Schritte in Richtung Einschränkung der Art oder Menge der Nahrung. Ziel der obigen Selbstkontrollschritte war zunächst lediglich eine Bewußtmachung und Isolierung des EBvorgangs, um ihn für Selbstkontrolle zugänglicher zu machen.

In der dritten Sitzung erhielten die Patienten keine neuen Schritte. Inhalt dieser Sitzung war die individuelle Ausarbeitung, Verfeinerung und u.U. Erschwerung der vorher gegebenen Schritte.

Die vierte Sitzung fand zu Beginn der zweiten Rapiewoche statt. Es wurde ein Diagramm verteilt, in das wöchentliche Gewichtsveränderungen eingetragen werden sollten.

Ein neuer Verhaltensschritt lautete:

- Nur wenig Essen auf die Gabel nehmen, zum Mund führen, und dann das Besteck wieder weglegen, bis der Bissen gekaut und heruntergeschluckt ist.

In der fünften Sitzung hielten die Therapeuten die Klienten dazu an, eine Liste von "kritischen" Zeiten aufzustellen, in denen sie zwischen den Mahlzeiten zum Essen neigten. Die nächsten Verhaltensschritte betrafen die Planung und Durchführung von Aktivitäten, die statt des Essens in diesen kritischen Situationen eingesetzt werden können (mit Hilfe der Liste c) aus der ersten ^{Sitzung}. Vor jeder Alternativhandlung sollten sich die Patienten im Sinne der "Korverantwortungskontrolle" (Houme, 1965) den Satz vorsagen: "Ich kann mein Essen kontrollieren, indem ich andere Dinge tue, die mir Spaß machen". Der Sinn dieses Schrittes liegt darin, in Situationen, die früher das Essen auslösten, nun andere Verhaltensweisen zu setzen, die verstärkend für den Patienten sind. Erfolgreiche Durchführung dieses Schrittes verstärkt zudem die Fähigkeit zur Selbstkontrolle.

Die sechste Sitzung lief ab wie die dritte Sitzung, also ohne neue Verhaltensschritte.

In der siebten bis zwölften Sitzung planten die Therapeuten mit den Patienten weitere individuelle Verfeinerungen des Programms. Bei zwei Patienten wandte Stuart als weitere Technik die verdeckte Sensibilisierung an, um es ihnen zu erleichtern, bestimmte Nahrungsmittel zwischen den Mahlzeiten vermeiden zu lernen.

Die Ergebnisse, nämlich ein fast linearer Abfall des Gewichts über den Behandlungs- und Nachkontrollzeitraum bei einer durchschnittlichen Abnahme von knapp 0.5 kg pro Woche (siehe Abbildung 1) darf als guter Erfolg angesehen werden.

- Abbildung 1 -

Abbildung

In der zweiten Arbeit versuchte Stuart (1971) eine größere Systematisierung seines Vorgehens, wobei er die Reizkontrolle über die Umgebung betont.

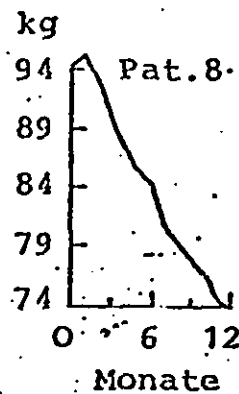
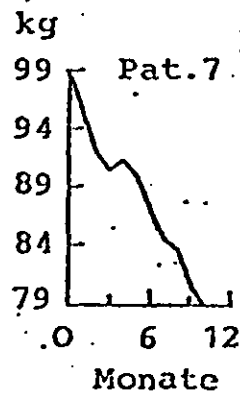
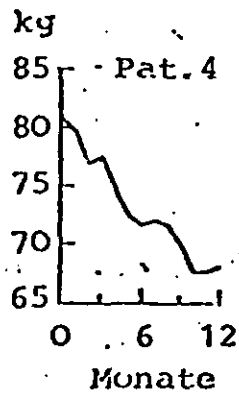
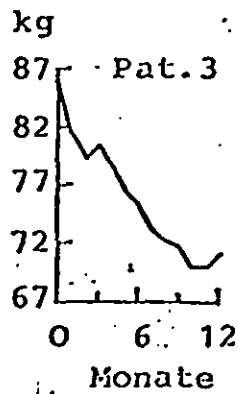
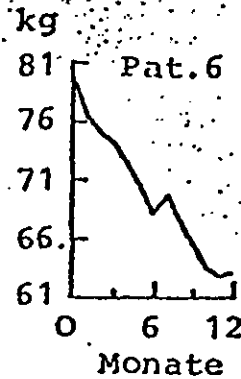
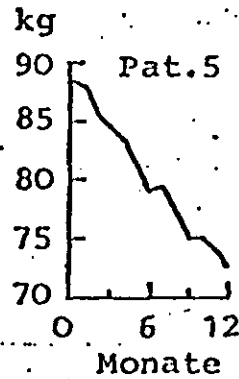
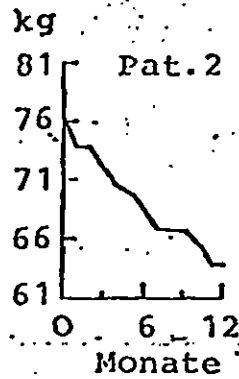
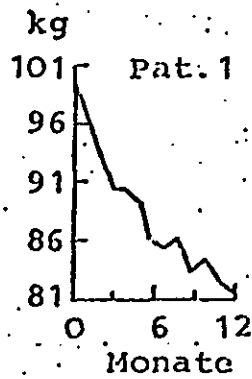


Abbildung 1: Gewichtsreduktion von acht Patientinnen nach Selbstkontrollinstruktionen; die Patientin drei und Patientin sechs wurden zusätzlich mit verdeckter Sensibilisierung behandelt; (aus Stuart, 1967).

Außerdem erweiterte er seine Maßnahmen um ein Programm der Energieausgabe, also um Verhaltensschritte in Richtung "mehr Bewegung", und arbeitete für jeden Patienten ein ausgewogenes Diätprogramm aus.

Die erste "Dimension" des Programms, die Veränderung der Umwelt und der Essgewohnheiten durch Verhaltensschritte teilte er noch einmal auf in drei Unterziele. *Unter das erste Unterziel:* "Verhinderung von Umgebungsreizen, die das Essen begünstigen", fallen Verhaltensschritte wie:

- Nur in einem Raum essen
- Nichts tun außer essen
- Nur nach Listen einkaufen
- Nur einkaufen, wenn gerade gesättigt
- Essensreste direkt wegwerfen. *✓*

✓ Heutz

Unter das zweite Unterziel: "Reduzierung der das Essen begünstigenden Einflüsse" subsummierte er die Schritte

- Nicht alleine essen
- Immer nur kleine Mengen vorbereiten und servieren
- Langsam essen *davon*
- Etwas von den Portionen aufbewahren, um *✓* später zu essen
- Auf keinen Fall fertig zubereitete, hochkalorige Nahrungsmittel im Hause haben.

Für beide Unterziele gemeinsame Schritte lauten:

- Erst herunterschlucken, bevor neues Essen aufgenommen wird
- Nur mit Besteck essen
- Während der Mahlzeiten wenig trinken. *✓*

✓ Absatz

Das dritte Unterziel lautete: "Bewußtmachung von Hinweisreizen, die erwünschtes Verhalten - also kontrolliertes Essen - begünstigen". Folgende Verhaltensschritte sollen dieses Ziel fördern:

- Führen von Diagrammen über Nahrungsaufnahme und Gewicht
- Abwechslungsreiche und ausgewogene Diät
- Etwas mehr Geld ausgeben für besondere Speisen
- Raffiniertere Kochrezepte ausprobieren für besondere Diätgerichte
- Abbildungen von modischen Kleidern herumliegen haben
- Liste von Aktivitäten aufstellen, die Spaß machen.

Weiter wird dieses Ziel durch bewußtes, langsames, öfter mal unterbrochenes Essen begünstigt. ✓

Stuart

Auch die Konsequenzen der einzelnen Maßnahmen können wieder in Verhaltensschritten geplant werden. Für die Steigerung der erwünschten Verhaltensweisen plante Stuart hier Schritte wie:

- Personen der Umgebung in das Programm einschalten, die je-
→ den kleinen Erfolg beachten und verstärken. → anerkennen
- sich selbst u. U. täglich bestimmte Unterziele im Rahmen
→ der Verhaltensschritte setzen und sich bei Erfolg der Ziele selbst belohnen. ✓ *Substanz*

Die zweite "Dimension" des Programms, die Diät.

Das Diätprogramm wurde aufgrund einer vierzehntägigen Grundlinien-erhebung geplant. Man setzte für jeden Patienten ein für ein allmähliches Abnehmen günstiges Kalorienniveau fest, schlüsselte dann auf nach den erwünschten Bestandteilen der Nahrung und modifizierte das "erlaubte" Essen je nach der Intensität des Bewegungsprogramms des Patienten. Um genügend Abwechslung in den individuellen Möglichkeiten zu schaffen, bediente sich Stuart einer bestimmten Art von Umrechnungstabelle (siehe Tabelle 1)

- Tabelle 1 -

Die dritte "Dimension" des Programms war auf das Ziel "mehr ^{Bewegung} gerichtet. Innerhalb des Bewegungsprogramms achtete man darauf, möglichst keine Übungen zu empfehlen, die völlig außerhalb der Gewohnheiten der Patienten lagen. Die entsprechenden Verhaltensschritte lauteten etwa:

- Keinen Fahrstuhl benutzen
- Zu Fuß zur Arbeit gehen
- Das Auto bei Besuchen oder Besorgungen weiter weg parken
- Sportarten aktivieren, die die Patienten auch normal ausführen. ✓

Stuart

Die Ergebnisse eines Versuchs, dieses Programm bei sechs Patientinnen in die Praxis umzusetzen, waren erfolgversprechend.

Stuart verwandte ein "cross-over-design". Alle sechs Patientinnen führten eine Grundlinie bezüglich Nahrungsaufnahme und Gewicht. Dann behandelte er die ersten drei (individuelle ^{Wochen} Sitzungen) über fünfzehn / zweimal wöchentlich wie oben be-

geschrieben. Die übrigen drei Patientinnen registrieren in dieser Zeit weiter und bekamen lediglich Informationen über das Diät- und das Bewegungsprogramm sowie die Instruktion, "kontrolliert" zu essen, jedoch nicht die entsprechenden Verhaltensschritte. Nach fünf ^{Wochen} begannen sie dann das volle Behandlungsprogramm. In dieser Zeit führten die ersten drei Patientinnen das Programm für sich alleine weiter. Eine Nachkontrolle fand statt sechs ^{Monate} nach Beendigung des Programms bei den ersten drei, rund drei ^{Monate} nach Beendigung bei den anderen drei Patientinnen. Die erste Gruppe verlor durchschnittlich 14 kg an Gewicht, die zweite 9,4 kg (Ausgangsgewicht bei den ... zwischen 77 kg und 95 kg). Interessant ist noch, daß die Selbstbeobachtung zunächst bei beiden Gruppen schon zu einer Reduzierung des Gewichts führte, daß sich jedoch bei der zweiten Gruppe mit zunehmender Zeit ohne volle Behandlung dieser Effekt verlor.

3.2.2.2 Therapieexperimente, die die Programme von Stuart überprüften:

a) Die Experimente von Ramsay und Jongmans

In zwei Untersuchungen von Ramsay und Jongmans (1975) wurde das Vorgehen von Stuart (1967) repliziert. Die Autoren behandelten ^{neue Ziele}

im ersten Experiment 49 durch Anzeigen geworbene Versuchspersonen, meistens Studenten, die fünf ^{Gruppen} zugeteilt wurden:

Gruppe A: Programm Stuart (1967)

Gruppe B: Programm Stuart (1967) ^{sowie} ausführliche Kalorientabellen und Hinweise, wie sie am besten zu benutzen sind.

Gruppe C: Verdeckte Sensibilisierung

Gruppe D: Unspezifische, non-direkte Gesprächstherapie

Gruppe E: Wartelisten-Kontrollgruppe

Die Behandlung fand zweimal pro Woche für fünf ^{Wochen} statt. ^{neue Ziele}

und vierundzwanzig ^{Wochen} später gab es Nachkontrollen. Die Gruppen A, B und C unterschieden sich bezüglich ihres Gewichtsverlustes jeweils signifikant von den beiden Kontrollgruppen. Außerdem unterschieden sich die Gruppen bezüglich des Zeitfaktors, nicht jedoch bezüglich des Gewichts verglichen vor und nach der Therapie. Wegen methodischer Unzulänglichkeit und unterschiedlicher, immer sehr kleiner Gruppengröße läßt sich bei

Experiment
diesem V lediglich festhalten, daß beim zweiten Nach-
kontrolltermin Gruppe A 2,20 kg, Gruppe B 4,5 kg abgenommen
hatte, also eine leichte Überlegenheit des Verhaltensprogramms
plus der Ernährungstips gegeben war.

Beim zweiten Experiment behandelten die Autoren wieder eine
Gruppe wie die obige Gruppe B, ^{sowie} keine weitere mit dem gleichen
Programm, aber ohne therapeutischen Kontakt; d.h. die Ver-
suchspersonen bekamen sämtliche Instruktionen und Schritte
per Post und wurden zur Rückmeldung ihrer Daten aufgefordert
(außerdem noch eine reine Diät- und eine Kontrollgruppe).

Das durchschnittliche Übergewicht bei allen ^{Gruppen} ~~Belief~~ sich auf
^{Patienten} 8,4 kg. Die ~~V~~ wurden nach dem Grad des Übergewichts paralleli-
siert den Gruppen zugeteilt, jede Gruppe bestand aus
zwölf Personen.

Die Therapie dauerte vier ^{Wochen} ~~V~~ mit Nachkontrollen nach
sechs Wochen und sechs Monaten.

Die beiden den anderen überlegenen Verhaltenskontrollgruppen
unterschieden sich nach Ende der Therapie nicht bedeutsam
voneinander: die Kontaktgruppe hatte nach Ende der Therapie
4 kg, die Nicht-Kontaktgruppe etwa 3 kg verloren, nach sechs Mo-
naten stabilisierte sich der Gewichtsverlust beider Gruppen
auf 3,5 kg. Dieses Ergebnis hat, wenn es sich replizieren
läßt, weitreichende Folgen für gesundheitspolitische Pro-
gramme, da man mit einem Programm ^{Post} per~~ioder~~ unter Einsatz der
Massenmedien viele Einflußmöglichkeiten auf Probleme dicker
Menschen gewinnen würde.

b) Das Programm von Hall

Auch Hall (1972) ging bei der Entwicklung ihres Programms di-
rekt von den Programmschritten von Ferster et al. (1962) und
Stuart (1967) aus. Sie wollte zusätzlich den Effekt von

untersuchen

mäßig gesetzten Belohnungen ~~V~~ und behandelte deshalb eine
zweite Gruppe von Patienten mit einer Art Kontrakt. Diese

Patienten durften sich irgendeinen Gegenstand aussuchen, der nicht mehr als ^{zwanzig Dollar} $\sqrt{}$ kosten sollte, den sie gerne haben wollten und der für sie Gewichtsverlust repräsentiert. Sie bekamen zunächst ^{fünf} $\sqrt{}$ Dollar geschenkt, die sie beiseitelegen sollten. Wenn sie nach ^{fünf} $\sqrt{}$ Wochen ihr individuell gesetztes Gewichtsziel erreicht hatten, bekamen sie die restlichen zehn Dollar. In den Sitzungen wurde außer Gewichtskontrolle lediglich immer wieder auf den erwünschten Gegenstand hingewiesen.

Versuchsplan von Hall enthält im Unterschied zu anderen Arbeiten eine ^{zwölf} $\sqrt{}$ wöchige Gewichtsgrundlinie (die Patienten waren in dieser Zeit Mitglieder von Diätclubs, von wo die Angaben erhoben wurden). Während der Wochen dreizehn bis vierzehn sich dann die Patienten selbst täglich. In der fünfzehnten und ~~sechszehnten~~ ^{sechszehnten} Woche machten sie zusätzlich Selbstbeobachtungen bezüglich ihrer genauen Essgewohnheiten und trugen diese Angaben auf Diagramme ein. Instruktionen und Übungen bezüglich dieser Selbstbeobachtungen fanden noch in den Diätclub-sitzungen statt. Erst in der ^{sieben} $\sqrt{}$ Woche begann das eigentliche Programm. Für $\sqrt{}$ Patienten begann es mit den Selbstkontrolltechniken nach Stuart, für ^{sieben} $\sqrt{}$ andere mit dem oben beschriebenen vom Therapeuten kontrollierten Belohnungssystem. Nach ^{fünf} $\sqrt{}$ Behandlungswochen wechselten die Patienten das Programm. Es gab für jeden in diesen insgesamt zehn Wochen je zwei wöchentliche individuelle Sitzungen. Das Selbstkontrollprogramm begann mit einem Training in "Koverantenkontrolle", d.h. die Patienten sollten sich negative Folgen des Essens überlegen und aufschreiben ^{sowie} $\sqrt{}$ zusätzlich positive Folgen des Abnehmens. In Versuchungssituation ^{en} sollten sie dann zunächst jeweils eine negative Folge ^{des Essens} formulieren (laut oder leise je nach Situation), dann eine positive Folge des Nichtessens. Auf diese Weise wurde das Denken in negativen Folgen noch zusätzlich durch das anschließende Aussprechen positiver Er-

eignisse nach dem Abnehmen verstärkt.

Danach wurden die Verhaltensschritte gegeben ~~.....~~ um einerseits die Reize, die mit dem Essen in Verbindung stehen, zu reduzieren, das Essen ^{zu} ~~also~~ ^{und um} ~~isoliere~~ ⁿ andererseits die Verhaltenskette Essen zu verlängern und alternative Aktivitäten planvoll in kritischen Situationen einzusetzen. Das Verständnis über Prinzipien und Techniken wurde in jeder Sitzung in einer Art Quiz überprüft.

Einen Eindruck von den Ergebnissen gibt Abbildung 2.

- Abbildung 2 -

Insgesamt war der erreichte Gewichtsverlust bei allen Patienten wenig beeindruckend. Lediglich das Belohnungsprogramm hatte einen Mediengewichtsverlust von 03 kg pro Woche zur Folge und zwar fast unabhängig davon, ob dieser Programmbestandteil zuerst oder an zweiter Stelle stand.

Es gelang Hall (1973) nach Jahren eine Nachkontrolle des größten Teils der Patienten. Einzelfallstatistiken konnten nicht nachweisen, daß sich das Gewicht zwei Jahre nach Beendigung der Therapie von dem vor Beginn der Therapie unterschied. Ein Langzeiteffekt des Programms bei diesen Patienten muß demnach verneint werden.

C) Die Experimente von Harris und Mitarbeitern ⁽⁻¹⁹⁵⁷⁾ Harris (1969) behandelte im Unterschied zu Stuart und Ramsay und Jongmans (1975) ähnlich wie Ferster et al. (1962). In Gruppen das Programm aber ~~.....~~ individuell zugeschnitten wurde. Ihre Kriterien für die Teilnahme (ähnlich denen der übrigen Untersuchungen) lauteten: keine medizinischen oder psychotischen Probleme; mindestens 7 kg Übergewicht. Zwei Gruppen

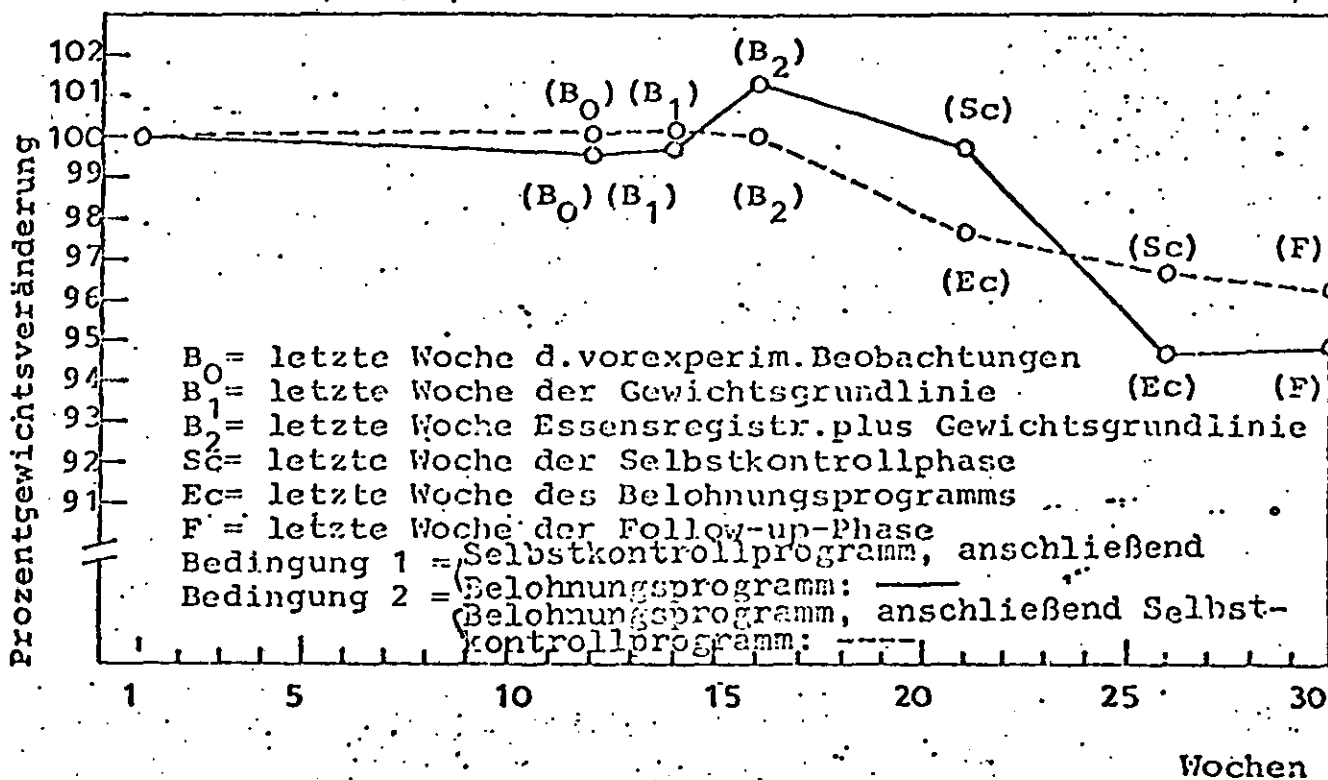


Abbildung 3: Der Verlauf der Prozentgewichtsveränderung (Medianwerte) nach einer Kombination von Selbstkontroll- und Belohnungsprogramm; (aus Hall, 1973).

1. acht Teilnehmer trafen sich zweimal wöchentlich für zwei Monate. Außer den schon beschriebenen Registrierungsprogrammen füllten die Patienten am Beginn und nach ^{drei} Wochen Behandlung Fragebögen, die sich auf die Stimmung, auf die Versuchung, bestimmte Dinge zu essen, und auf Gedanken an Essen bezogen.

In den Informationen und Diskussionen über das Programm wurde betont, daß drei generelle Aspekte von den Patienten zu beachten seien: 1. Es geht um die Entwicklung neuer Essgewohnheiten, die unbeschränkt beibehalten werden können; 2. Es kommt darauf an, sich das Essen (Kalorien, Nährwert), die Gründe für das Essen und die Situationen des Essens dauernd bewußt zu machen; 3. Es wird ein allmählicher, kein abrupter Gewichtsverlust angezielt.

Ein Teil des Programms bestand in ^{Verhaltensregeln}, die bei anderen Arbeiten schon beschrieben wurden (Kontrolle der Esssituationen bezüglich Ort, Umständen, Dauer; Verlängerung der Verhaltenskette Essen, Essen als "keine Erfahrung usw.). Die Patienten von Harris bekamen allerdings im Unterschied zu anderen Programmen explizit die Empfehlung, sich immer nur einige wenige, für sie passende Verhaltensschritte herauszusuchen und nicht alles nebeneinander auszuprobieren. Eine Erweiterung der Überlegungen von Stuart ^{Sneve et al.} und Ferster et al. stellte die Information über positive und negative Verstärkung am Anfang des Programms dar. Die Patienten sollten Listen darüber erstellen, welche Konsequenzen ihr Essen aufrechterhalten und insbesondere, welche Konsequenzen sie bewogen haben, nun therapeutische Hilfe zu suchen. Für jeden Teilnehmer wurden in der Gruppe Vorschläge erarbeitet, wie er sich für weniger und richtiger essen sofort belohnen und wie er die unangenehmen Konsequenzen des Zuviel-Essens unmittelbar an das Essen binden könnte (z.B. Auswendiglernen und Aufsagen der Liste mit negativen Konsequenzen in

Versuchungssituationen; ein Bild ansehen, auf dem man sich selbst sehr unvorteilhaft dick im Badeanzug sieht). Für gute Eßgewohnheiten und verlorene Pfunde sollten sich die Patienten selbst belohnen, z. B. mit Ins-Kino-gehen, neue Kleider kaufen etc.

ich bekamen die Patienten von Harris bekamen Diät- und Kalorieninformationen, aber keine Vorschriften. Sie hatten Gelegenheit, einen Ernährungsplan mit einem Diätassistenten zu besprechen. Als weitere therapeutische Technik wandte Harris Entspannungsübungen an. Diese Übungen sollten außerhalb der therapeutischen Sitzungen als Alternative zum Essen dann gezielt durchgeführt werden, wenn etwa Langeweile oder Depressionen auftraten.

Nach zweieinhalb Monaten wurde das Programm aufgesplittet, die Hälfte der Patienten traf sich weiterhin und diskutierte die Verhaltensschritte und sonstige Probleme, die mit dem Essen zusammenhingen. Sie verstärkten sich gegenseitig für erwünschte Änderungen. Die andere Hälfte der Patienten wurde mit der verdeckten Sensibilisierung behandelt. Eine abschließende Gewichtskontrolle vier Monate nach Beginn des Programms ergab einen signifikanten Therapieerfolg im Vergleich mit einer nicht behandelten Wartegruppe. Während diese Kontrollgruppe ngfügig zunahm, hatten die behandelten Patienten im Durchschnitt ca. 5 kg abgenommen.

Es zeigte sich, daß die behandelten Männer signifikant schlanker geworden waren als die Frauen. Die Einführung der verdeckten Sensibilisierung hatte keinen zusätzlichen Einfluß auf den Gewichtsverlust. Die Analyse der Fragebögen ließ nicht erkennen, daß Spannungen bzw. Depressionen sich während des Programms verändert ^{hätten} ✓ Die Versuchung, sehr viel zu essen, nahm aber ab.

Die beiden anschließenden Arbeiten, die Harris und Bruner (1971) veröffentlichten, setzten sich vor allem zum Ziel, langfristige Effekte von Verhaltensmodifikationsprogrammen zu untersuchen. Eine Gruppe von ... nach dem Harris-Programm von 1969 therapiert, wie üblich vor Beginn mit einer ausführlichen Information über die Strategien und Ziele des Programms, Erklärungen zu richtiger Ernährung, Kalorienkarten usw. Die Selbstregistrierung umfaßte Gewichtsangaben, Kalorienzahl und EBumstände. Nach ausführlichen Diskussionen, vor allem über die Prinzipien und Anwendungsmöglichkeiten von Selbstkontrolltechniken und Lernprinzipien konnten die Patienten sich selbst ihre individuellen Verhaltensschritte und die Art ihres Selbstbelohnungs- bzw. Selbstbestrafungsprogramms zusammenstellen. Auch die Implikationen der Arbeiten von Schachter (1967, 1971) wurden diskutiert.

ebenfalls

Die zweite Gruppe von Patientinnen bekam Informationen über sinnvolle Diätplanung und das Selbstregistrierungsprogramm. Mit ihnen wurde außerdem ein Kontrakt geschlossen. Abhängig von der Zahl der Pfunde, die sie verlieren wollten, sollten sie ein Dollar-Deponat abgeben. Für jedes verlorene Pfund bekamen sie einen Dollar zurück. Für jedes Nichterscheinen an den wöchentlichen Gewichtskontrollterminen wurde ein Dollar einbehalten.

Wochen

Nach zwölf $\sqrt{1}$ Behandlung hatten beide Gruppen signifikant an Gewicht verloren, wobei die Kontraktgruppe bedeutsam stärker abgenommen hatte als die Gruppe, die Verhaltensschritte zur Änderung ihrer EBgewohnheiten bekommen hatte. Bei einer Nachkontrolle nach zehn $\sqrt{1}$ ^{Monaten} zeigte sich aber, daß sich weder die behandelten Gruppen untereinander noch diese von den nichtbehandelten bzw. sehr früh ausgefallenen und dann doch noch nachkontrollierten Patienten unterschied. $\sqrt{1}$ Ein ähnlich ^{Abgabe}

Ergebnis brachte das zweite Experiment. Hier

unterschied sich die mit dem Selbstkontrollprogramm behandelte Gruppe von sechs ^{Patienten} \checkmark nicht einmal nach dem unmittelbaren Ende der Therapie von einer mit unspezifischer Gesprächstherapie behandelten Kontrollgruppe.

Bemerkenswert an diesen beiden Arbeiten ist eine hohe Ausfallrate, insbesondere bei den oben beschriebenen Kontraktgruppen und bei den Kontrollgruppen.

1973 versuchten Harris und Halbauer das Kontraktverfahren mit den üblichen Selbstkontrolltechniken zu verbinden, um so den offenkundigen Selektionsprozeß - sie vermuteten, ein Geldkontrakt selektiere die "Motivierteren" aus - und den Kurzeffekt des Kontraktsystems mit dem erstrebten Langzeiteffekt von Selbstkontrollverfahren zu verbinden. Außerdem führten sie das von Stuart ⁽¹⁹⁷¹⁾ empfohlene Bewegungsprogramm bei einer ihrer Gruppen zusätzlich ein. Nach ^{zwölf} \checkmark Wochen Behandlung hatten die elf mit Kontrakt und Verhaltensschritten therapierten Patienten durchschnittlich 3,4 kg abgenommen, diejenigen, die ^{mit} zusätzlichem Bewegungsprogramm 4,1 kg und diejenigen, die lediglich unspezifische Gesprächstherapie erhalten hatten, 3,1 kg. Damit unterschieden sie sich nicht voneinander und auch gemessen an verlorenen Pfunden nicht von den während der Therapie ausgefallenen Patienten. Lediglich, wenn man den Prozentsatz des verlorenen Körpergewichts als Kriterium nahm, ergab sich ein Unterschied zwischen Teilnehmern und Nichtteilnehmern des Programms. Etwa ^{vier} \checkmark Monate danach zeigte sich allerdings die Überlegenheit sowohl generell der Behandlung als auch der beiden Verhaltenstherapiegruppen über die unspezifische Kontrollgruppe. Diejenigen Patienten, die das Übungsprogramm zusätzlich mitgemacht hatten, konnten zu diesem Zeitpunkt einen größeren Gewichtsverlust verzeichnen als diejenigen, die ihre Essgewohnheiten geändert und einen Kontrakt gemacht hatten. Da der durchschnittliche Gewichtsverlust aber lediglich 3,5 kg bzw. 5,9 kg betrug (nach insgesamt ^{sieben} \checkmark Monaten) kann auch dieses Ergebnis noch nicht zu dem Schluß führen, man habe nun das ideale Programm Übergewicht gefunden.

3.2.3 Experimentelle Überprüfung von Breitbandprogrammen mit dem Schwerpunkt auf Selbstkontrollansätzen

Die nächsten Arbeiten stellen Versuche dar, Selbstkontrollansätze zu optimieren in der Art von Breitbandprogrammen und an einer größeren Anzahl von Patienten zu überprüfen, wobei größeres Gewicht auf experimentelle Kontrollierbarkeit und Replizierbarkeit gelegt wurde.

3.2.3.1 Das Therapieexperiment von Wollersheim

Wollersheim (1970) bezog drei Kontrollgruppen in ihren Versuch ein:

- eine erste, die keine Therapie erhielt;
- eine zweite, die nicht-spezifische Gruppentreffen besuchte, um Effekte wie Zuwendung, Erwartung einer Besserung, Glaube an Institutionen usw. zu kontrollieren;
- eine dritte, die in der Art bekannter amerikanischer Diätklubs ablief. In dieser Art Diätklubs verpflichtet sich jeder Teilnehmer öffentlich auf ein Ziel und wird dann von den anderen Gruppenmitgliedern und dem Therapeuten sozial verstärkt, wenn er sich in Richtung seiner Ziele bewegt. Es gibt außerdem Plaketten und Karten in Abhängigkeit von der Größe des Erfolges. Bei Gewichtszunahme werden die Patienten von der Gruppe und von dem Therapeuten getadelt.

Die Patienten, die sich als "motiviert" meldeten, wurden entsprechend dem Prozentsatz ihres Übergewichts stratifiziert zufällig entweder einer dieser Kontrollgruppen oder der eigentlichen Behandlungsgruppe zugeteilt. Die Therapie fand in Kleingruppen à fünf Personen statt. Jeder der beteiligten Therapeuten behandelte eine Kleingruppe aus jeder der Behandlungstypen, nachdem er sorgfältig trainiert war und zudem ⁱⁿ einem Manual der Inhalt jeder Sitzung einschließlich der Zeit für einzelne Maßnahmen genau festgesetzt war. Konstant für alle Patienten waren folgende Schritte:

1. Sachliche Information über Übergewicht, Gesundheit und Ernährung
2. Erklärung der Tatsache, daß Gewichtsreduzierung nur möglich ist, wenn man entweder die Kalorienzufuhr einschränkt oder die Energieausgabe steigert oder beides

3. Festlegung eines Kalorienziels zwischen 1000 und 1500 Kal. am Tag und eines Gewichtsabnahmeziels von zwei Pfund pro Woche
4. Kalorientabellen
5. Vor Beginn und nach Ende der Therapie wurden folgende Angaben erhoben:
 - a) Größe und Gewicht
 - b) Fragebogen über Essgewohnheiten
 - c) ein Fragebogen bezüglich körperlicher Aktivitäten
 - d) ein Fragebogen zur Messung von Extra- und Introversion
 - e) verschiedene Angstfragebogen
 - f) (nur am Ende) Einschätzung der Therapeuten nach Können und Sympathie.

Für diejenigen, die das Selbstkontrollprogramm erhielten, lie-
zehn bis zwanzig — Minuten einer Sitzung so ab wie bei der
in der Art eines Diätclubs geführten Kontrollgruppe, also mit
öffentlicher sozialer Belohnung und entsprechenden Plaketten.
Am Ende jeder 90minütigen Sitzung übten diese Patienten Mus-
kelentspannung. Dazwischen lief das eigentliche Programm ab,
das nach den Vorschlägen von Ferster et al. (1962) durchgeführt wur-
de. In der ^{sechsten} ~~vierten~~ Sitzung wurde bei manchen Patienten als Zusatz-
technik eine verdeckte Sensibilisierung nach ~~dem~~ eingeführt.
Danach bis zur ^{zehnten} ~~vierten~~ Sitzung diskutierte man Verfeinerungen und
Konsequenzen der individuellen Verhaltensprogramme, ohne neue
Schritte einzuführen.

Die Patientenstichprobe von Wollersheim bestand aus 79 Studen-
tinnen, die durchschnittlich 28,63 % Übergewicht hatten, zum
großen Teil schon seit ihrer Kindheit, und die schon zahlrei-
che erfolglose Versuche unternommen hatten, ihre Pfunde zu
verlieren.

Die Ergebnisse nach Ende der Therapie weisen klar die Über-
legenheit des Verhaltensprogramms gegenüber den drei anderen
Gruppen auf. Die beiden behandelten Kontrollgruppen schnit-
ten noch signifikant besser ab als die nichtbehandelte Kon-

trollgruppe, unterschieden sich aber nicht signifikant untereinander. Auch bei den Nachkontrollen ^{acht} Wochen nach Ende der Therapie war der Gewichtsverlust der mit Verhaltensprogramm behandelten Gruppe bedeutend größer als der der beiden anderen therapierten Gruppen, obgleich ein leichter Gewichtsanstieg zu verzeichnen war. Eine graphische Darstellung der Ergebnisse ist aus Abbildung 3 ersichtlich.

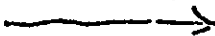
- Abbildung 3 -

Aus einer weiteren Datenanalyse geht hervor, daß 50 % der mit dem Verhaltensprogramm behandelten Patienten einen signifikanten Gewichtsverlust ^{acht} Wochen nach Ende der Therapie zu verzeichnen hatten (gegenüber 21 % und 33 % bei den anderen behandelten Gruppen). Bei der Analyse der Fragebogen zeigte sich zudem, daß nur bei der Verhaltensgruppe Änderungen bezüglich der Faktoren "emotionales und unkontrolliertes Zuviel-Essen", "Essen als rein isolierte Tätigkeit", "Essen als Belohnung und zwischen den Mahlzeiten essen" in die erwartete Richtung eingetreten waren und auch noch bis zum Nachkontroll-Termin bestehen blieben.

Bemerkenswert ist außer der methodischen Klarheit von Versuchsplan und Auswertung bei dieser Arbeit eine außergewöhnlich niedrige Ausfallrate und der immerhin ansehnliche Erfolg nach zwölf Wochen Therapie.

3.2.3.2 Das Therapieexperiment von Hagen

Repliziert wurde dieser Erfolg in einer Arbeit von Hagen (1970). Dieser Autor behandelte eine Gruppe von achtzehn Patienten nach dem ^{Selbstkontrollprogramm} von Wollersheim; eine weitere Gruppe mit der gleichen Therapie, aber ohne therapeutischen Kontakt, sondern durch schriftliche Instruktionen; und eine dritte, in der schriftliche Instruktionen und therapeutischer Kontakt kombiniert wurden. Daneben gab es bei dieser Arbeit noch eine Wartelistenkontrollgruppe.

Die Therapie erstreckte sich über einen Zeitraum von drei Monaten. Bei den Nachkontrollen, die vier Wochen nach Ende der Therapie stattfanden, 

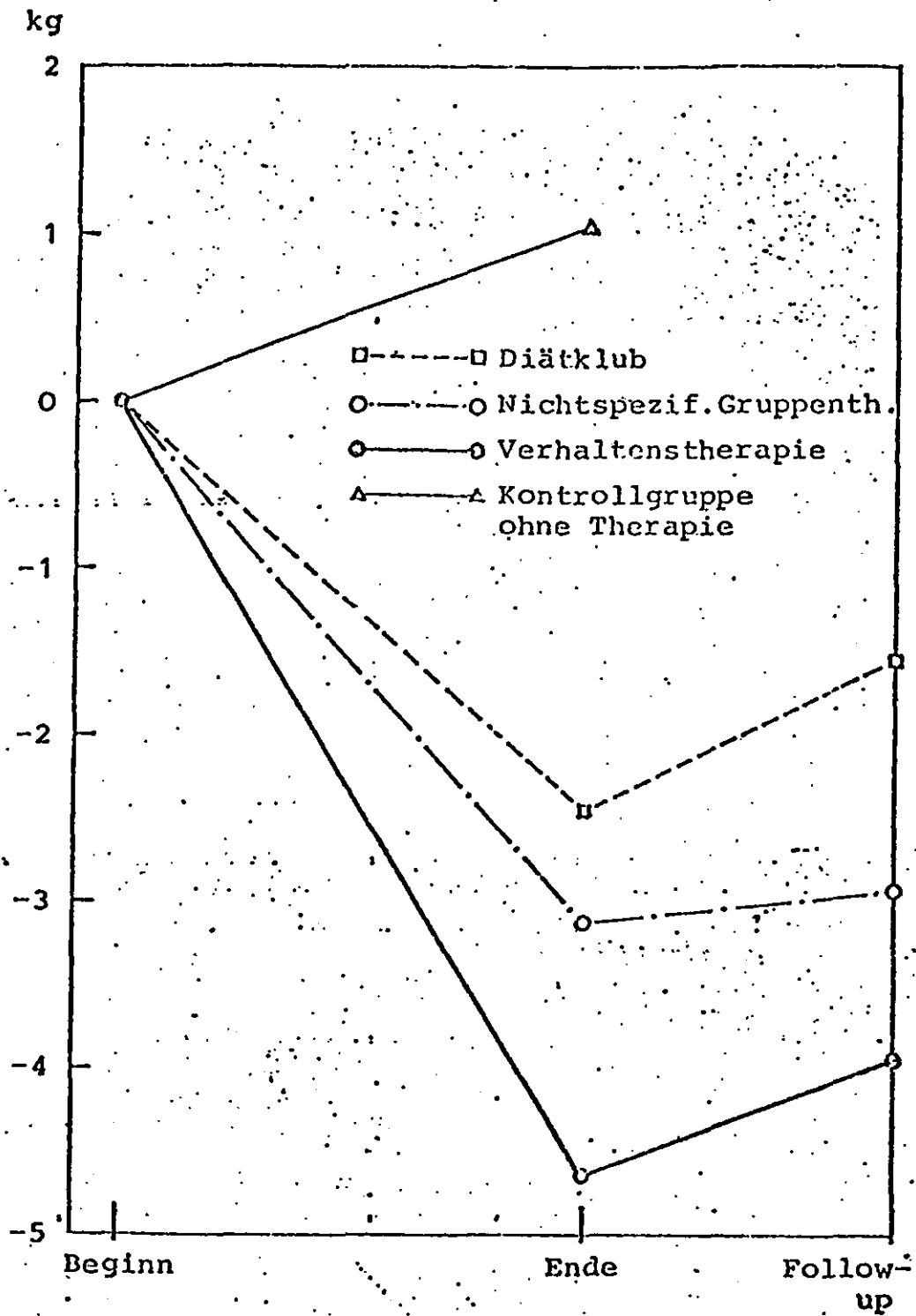


Abbildung 3: Verlauf der durchschnittlichen Gewichtsveränderung nach einem verhaltenstherapeutischen Breitbandprogramm mit dem Schwerpunkt auf Selbstkontrollschritten, verglichen mit drei Kontrollgruppen; aus Wollersheim (1970).

ergab sich ein durchschnittlicher Gewichtsverlust von 5.6kg bei der reinen Kontaktgruppe, von 4.9kg bei der schriftlich instruierten Gruppe, von 6.1kg bei der kombinierten Gruppe und von etwa 0.5 kg bei der nicht behandelten Kontrollgruppe.

3.2.4 Überprüfung einzelner Bestandteile von Breitbandprogrammen

Nachdem die beiden letztbeschriebenen Arbeiten die Wirksamkeit von Breitbandprogrammen mit dem Schwergewicht auf Selbstkontrollansätzen nachgewiesen haben - zumindest einen mittelfristigen Erfolg - ergibt sich als eine der nächsten Forschungsfragen: Welche Bestandteile eines solchen breitangelegten Programms tragen am meisten zum Erfolg bei bzw. kann man einige Bestandteile auch weglassen und dann noch zu ähnlichen Ergebnissen kommen?

3.2.4.1 Das Therapieexperiment von Romanczyk

Dieser Frage ist eine Arbeit von Romanczyk et al. (1973) gewidmet.

Als häufigste Bestandteile eines Breitspektrumprogramms zur Therapie von Übergewicht nannte er:

- Selbstbeobachtung und Registrierung
- Reizkontrollstrategien
- Verhaltenssteuernde Methoden
- Vorstellungstechniken
- Entspannungstraining
- Selbst- oder fremdgesteuerte Verstärkungsprogramme für Gewichtsverlust.

Durch seinen Versuchsplan wollte er die relative Effizienz jedes einzelnen dieser Bestandteile überprüfen. Er bildete deshalb folgende Therapiegruppen: $\sqrt{1}$. eine Wartelistenkontrollgruppe; $\sqrt{2}$. eine Gruppe, die täglich ihr Gewicht registrierte und zusätzlich Informationen über gute Ernährung, Diätvorschläge und Kalorientabellen bekam (diese Informationen wurden schriftlich gegeben. Die Patienten hatten keinen Therapeutenkontakt); $\sqrt{3}$. eine Gruppe, die wie die ^{zweite} Gruppe behandelt wurde, aber außerdem täglich kumulativ die zu sich genom- - neue Zeit

menen Kalorien aufzeichnete.

Die vierte Behandlungsgruppe bekam die Instruktion, ihre Nahrungsaufnahme und ihre Kalorienanzahl so wie Gruppe drei zu registrieren. Außerdem wurde ein Kalorienziel definiert und zwar bei weiblichen Patienten etwa 1200, bei männlichen etwa 1500 Kalorien pro Tag. Diese Selbstbeobachtungsdaten wurden während der Therapiesitzungen eingesammelt, die weitere Behandlung bestand bei dieser Gruppe in verdeckter Sensibilisierung.

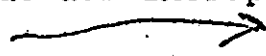
Die Behandlung von Gruppe fünf schloß das Programm der Gruppe vier ein. Dazu kam ein Entspannungsprogramm.

Zusätzlich zu den Maßnahmen von Gruppe fünf wurde mit der sechsten Gruppe das Verhaltensprogramm nach Stuart (1967) eingeführt.

Bei Gruppe sieben wurde außerdem noch durch Auszahlungen aus einem vorher eingezahlten Fond in Abhängigkeit vom Gewichtsverlust ein Fremdverstärkungsprogramm hinzugefügt.

Während die ersten drei Gruppen keinen Therapeutenkontakt hatten und ihnen die Maßnahmen als Vorstufe zu einer Therapie ohne das explizite Ziel eines Gewichtsverlustes gegeben wurden, trafen sich die Gruppen vier bis sieben für vier Wochen lang einmal pro Woche.

Nach Ablauf der vier Wochen bestellten die Autoren dann die Gruppen eins bis drei ein und behandelten sie nach dem Programm von Gruppe sechs für sechs Wochen. Nachkontrollsitzen lagen zwei und acht Wochen nach Ende der therapeutischen Maßnahmen.

Unmittelbar nach Ende der Therapie gab es weder Unterschiede im absoluten und relativen Gewichtsverlust zwischen den Gruppen eins und zwei, noch zwischen den übrigen Gruppen. Das bedeutet: zwar unterscheidet sich der Effekt des bloßen Registrierens des täglichen Gewichts nicht von "überhaupt keiner" Maßnahme, registriert man jedoch täglich zusätzlich kumulativ seine Kalorien, so wirkt das ebenso wie eine vierwöchige Therapie. Sowohl zwei Wochen als auch acht Wochen nach Ende der Therapie wurden keine statistisch signifikanten Unter- 

schiede zwischen den Gruppen vier bis sieben deutlich, die zum
ersten Zeitpunkt zwischen 1.2kg und 4 kg abgenommen hatten.

Wegen der relativ kurzen Nachkontrollzeit und fehlender Nachkontrollen bei der Gruppe ^{drei} plante Romanzcyk im Anschluß eine neue Studie, in der er ^{zwei} Gruppen von Patienten mit folgenden Maßnahmen konfrontierte: ^{Gruppe 1:} Selbstregistrierung des täglichen Gewichts plus der kumulativen Kalorienzufuhr; Informationen ^{über} ^{Gruppe 2:} Eßgewohnheiten von Übergewichtigen Personen nach Schachter (1971) und Entspannungstraining. Die Patienten trafen sich wöchentlich für ^{vier} Wochen. Sie bekamen keine Verhaltensschritte. ^{Gruppe 2:} Behandlung ^{Gruppe 1:} analog der Gruppe ^{sechs} der ersten Untersuchung. [neue Zil]

Unmittelbar nach Ende der Behandlungszeit unterschieden sich die Gruppen im Erfolg signifikant voneinander, ebenso noch deutlicher werdend bei den Nachkontrollen danach (siehe Tabelle 2).

- Tabelle 2 -

Im Unterschied zu der ersten Arbeit erwies sich also hier das volle Verhaltensprogramm wirksamer als ein Programm, das lediglich Information, Selbstbeobachtung und eine zusätzliche Hilfstechne wie das Entspannen kombinierte. Der erreichte Gewichtsverlust ist für eine so kurze Behandlungszeit und angesichts der Population (Frauen im Durchschnittsalter von 42 Jahren und einem durchschnittlichen prozentualen Übergewicht von 42 %) beachtlich.

3.2.4.2 Therapieexperimente, die den relativen Effekt von überprüften Verstärkungsprogrammen innerhalb von Selbstkontrollansätzen
Die nächsten Arbeiten, die beschrieben werden sollen, unterscheiden sich weniger von der Komplexität des Ansatzes her von den obigen, sondern vor allem durch das relative Gewicht, das dem Verstärkungsprogramm innerhalb der gesamten Therapie

Tabelle 2: Gewichtsverlust sowie prozentuale Reduktion des Übergewichts nach einer Kombination von Selbstbeobachtung, Information über Essgewohnheiten und Entspannungstraining (Gruppe 1) verglichen mit einem Breitband-Selbstkontrollprogramm (Gruppe 2); aus Romanzcyk (1973).

Gruppe	Therapiebeginn		Therapieende			3. Wochen nach Therapieende			12 Wochen nach Therapieende		
	N	kg Übergewicht	N	kg verloren	Übergewichtsverlust (%)	N	kg verloren	Übergewichtsverlust (%)	N	kg verloren	Übergewichtsverlust (%)
1	18	24.7	11	2.49	10.3	9	2.20	8.3	9	2.75	12.0
2	23	21.9	18	3.62	19.2	17	4.41	23.8	11	3.97	25.6

gegeben wird. Bei Verstärkungsprogrammen kann man sich ein Kontinuum vorstellen, das von reiner fremdkontrollierter Verstärkung (siehe Ferstl ^{Kap. 2} "Gewichtsreduktion durch Fremdkontrolle") über eine Kombination von Fremd- und Selbstkontrollplänen zu reiner Selbstverstärkung bzw. Selbstbestrafung reicht. Mittlere Ansätze auf diesem Kontinuum stellen etwa die Arbeiten von Jeffrey und Christensen (1972) und Penick et al. (1971) dar, ebenso wie einige schon beschriebene Therapiegruppen bei Hall (1972) ^{und} Romanczyk et al. (1973).

a) Das Therapieexperiment von Jeffrey und Christensen

Neben einer Wartelistenkontrollgruppe und einer Gruppe, die zwar die gleichen Informationen und Instruktionen erhielt wie die Haupttherapiegruppe, jedoch ohne Belohnungssystem und ohne Therapievertrag allein durch Willenskraft versuchen sollte, abzunehmen, gab es bei Jeffrey und Christensen (1972)

zehn Patienten, die ein Breitbandprogramm mit verhaltenstherapeutischen Techniken erhielten. Dieses Programm wurde in kleinen Gruppen durchgeführt. Am Beginn der Therapie sollten die Patienten einen Geldbetrag hinterlegen, der je nach individueller Situation zwischen 20 und 200 Dollar betrug. Der Geldbetrag wurde in wöchentliche Belohnungssummen aufgeteilt: 50 % der wöchentlichen Summe konnten die Patienten zurückbekommen, wenn sie bei den Gruppensitzungen sorgfältig ausgefüllte Selbstbeobachtungsdiagramme mitbrachten. Die restlichen 50 % des Betrags bekamen sie zurück, wenn sie in der vorangegangenen Woche zwischen 5 und 1 kg verloren hatten. "Verlorenes" Geld wurde für wohltätige Zwecke auf ein Konto überwiesen. Außerdem wurde jeder Patient einzeln vom Therapeuten und von den anderen Gruppenmitgliedern systematisch dann gelobt, wenn er a) erfolgreich seine Essgewohnheiten verändert hatte; b) sein Energieausgabe- und Bewegungsprogramm durchgeführt hatte und c) für erfolgreichen Gewichtsverlust.

Außer diesem Belohnungssystem folgten die Autoren im wesentlichen dem dreidimensionalen Ansatz von Stuart (1971),

wobei nach einer zweiwöchigen Grundlinienerhebung in den Therapiesitzungen explizite Ziele in allen drei Dimensionen (Kalorien bzw. Diät; Eßverhalten; Bewegung) für jeden Patienten vereinbart und in einem schriftlichen Kontrakt mit dem Therapeuten fixiert wurden. Ab der ^{zehnten} 10. Woche wurde die bisherige Sitzungsfrequenz (45-minütige Sitzungen pro Woche) auf 30 Minuten reduziert, dann ab der ^{vierzehnten} 14. Woche auf ^{achtzehnten} 18-tägige Treffen. Ab der ^{sechs} 6. Woche gab es lediglich Nachbehandlungssitzungen alle ^{fünfzehn} 15 Wochen je ¹⁵ 15 Minuten und telefonische Gewichtskontrollen. Die letzte Sitzung fand in der 36. Woche statt. Das Belohnungssystem endete mit der ^{achtzehnten} 18. Woche.

aus Abbildung 4 wird deutlich, daß die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten einen ansehnlichen Gewichtsverlust erzielten, der auch über die Nachbehandlungszeit aufrechterhalten werden konnte.

- Abbildung 4 -

Die Unterschiede zu den beiden Kontrollgruppen sind signifikant. Außerdem ist hervorzuheben, daß diese Unterschiede auch in Analysen, in denen die "Ausfälle" der Verhaltenstherapiegruppen miteinbezogen wurden (^{sechs} 6 Patienten von ursprünglich ^{neunzehn} 19), bestehen blieben.

b) Das Therapieexperiment von Penick und Mitarbeitern

Penick, Filion, Fox und Stunkard (1971) setzten ebenfalls zusätzlich zu den Selbstkontrollschritten ein Verstärkerprogramm ein. Insgesamt nahmen an der Untersuchung 32 Personen teil. erhielten das durch das Verstärkungsprogramm ergänzte Übergewichtsprogramm von Stuart. (es wurden Untergruppen mit bzw. Klienten gebildet). Vpn nahmen an Psychotherapiegruppen teil (je bzw. Vpn), in welchen auch Diät- und Ernährungsfragen diskutiert wurden. Je nach Wunsch erhielten sie auch Appetitzügler vom Arzt verschrieben.

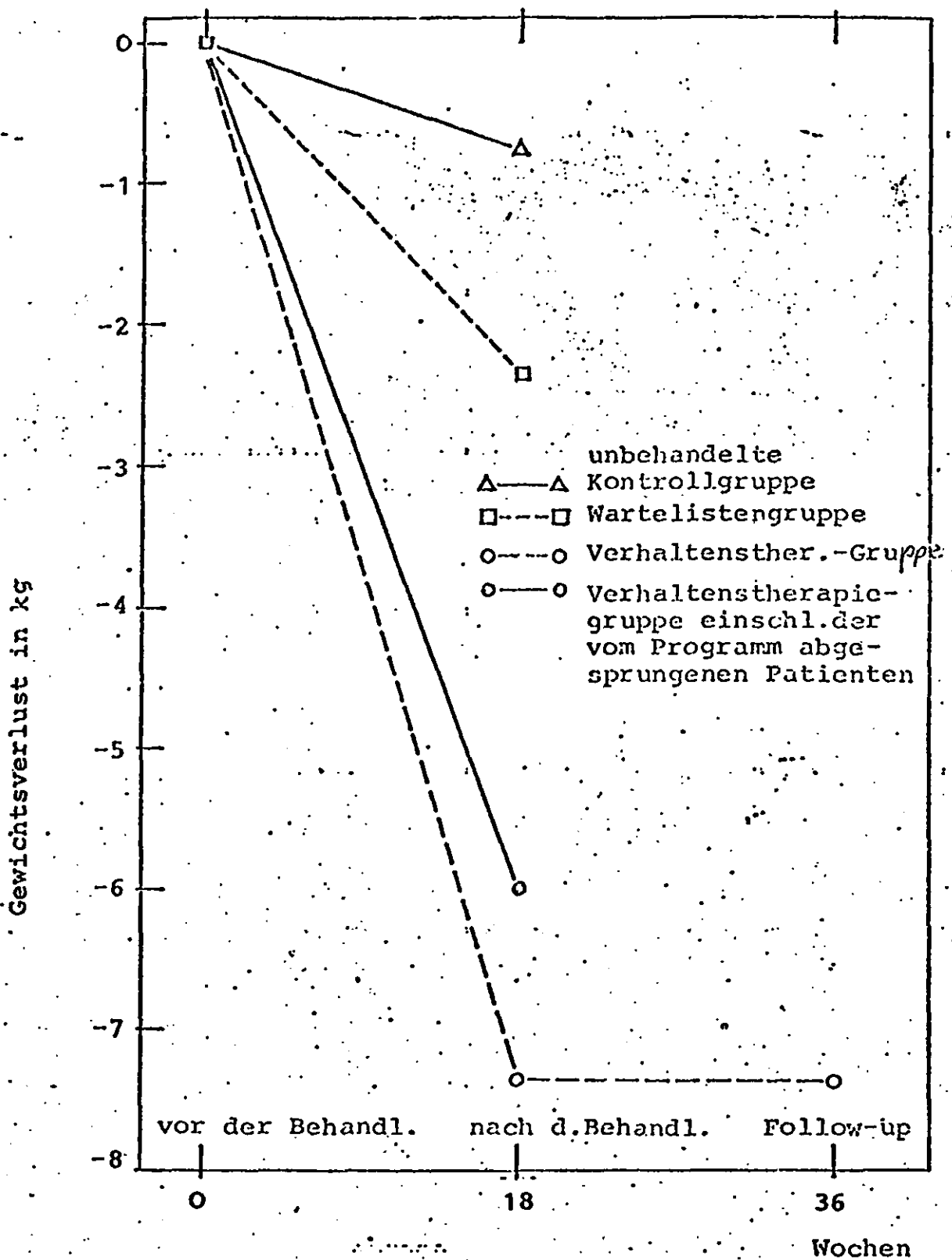


Abbildung 4: Durchschnittlicher Gewichtsverlust nach einer Kombination von dreidimensionalem Selbstkontrollprogramm nach Stuart mit einem Kontakt- und Verstärkungsprogramm mit und ohne Berücksichtigung der "Ausfälle" verglichenen mit zwei Kontrollgruppen; aus Jeffrey und Christensen (1972).

Das Verstärkungsprogramm war so aufgebaut, daß das Einhalten bestimmter Eßverhaltensregeln und das erfolgreiche Widerstehen gegen verlockende Speisen mit einer bestimmten Punktzahl belohnt wurde. Jeder Teilnehmer sollte dann vor der nächsten Sitzung seine verdienten Punkte in einen entsprechenden Geldbetrag umrechnen, den er zu den Treffen mitbrachte. In der Sitzung wurde dann durch einen Gruppenbeschluß bestimmt, welchem wohltätigen Zweck das gesammelte Geld zugeführt werden sollte. Die erste Verhaltenstherapiegruppe (N = 8) spendete ihren Betrag jede Woche der Heilsarmee. Die zweite Verhaltenstherapeutisch behandelte Gruppe stiftete ihr gesammeltes Geld einer bedürftigen Familie. Insgesamt dauerten die Programme für jeden Teilnehmer zwölf Wochen. Nach weiteren drei bzw. sechs Monaten wurde eine Nachuntersuchung durchgeführt. Abbildung 5 zeigt die Gewichtsveränderungen der Patienten.

- Abbildung 5 -

Die Ergebnisse der Nachuntersuchung sind in Tabelle 6 zusammengestellt. Danach war die verhaltenstherapeutisch behandelte Gruppe der zur Kontrolle mit Psychotherapie behandelten eindeutig überlegen (siehe Tabelle 3).

- Tabelle 3 -

3.2.5 Explizite Überprüfung der Variablen des Kanfer'schen Selbstkontroll-Modells: Die Experimente von Mahoney und Mitarbeitern.

Mahoney, Moura und Wade (1973) berichten über Experimente, die explizit auf dem Kanfer'schen Modell der Selbstkontrolle aufbauen. Sie wollten den Effekt der Komponenten Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung untersuchen, insbesondere das Gewicht, das die Komponente Selbstverstärkung hat. Zusätzlich fragten sie sich, ob es einen Unterschied macht, ob Selbstverstärkung an Gewichtsverlust oder an veränderte Verhaltensweisen gebunden wird.

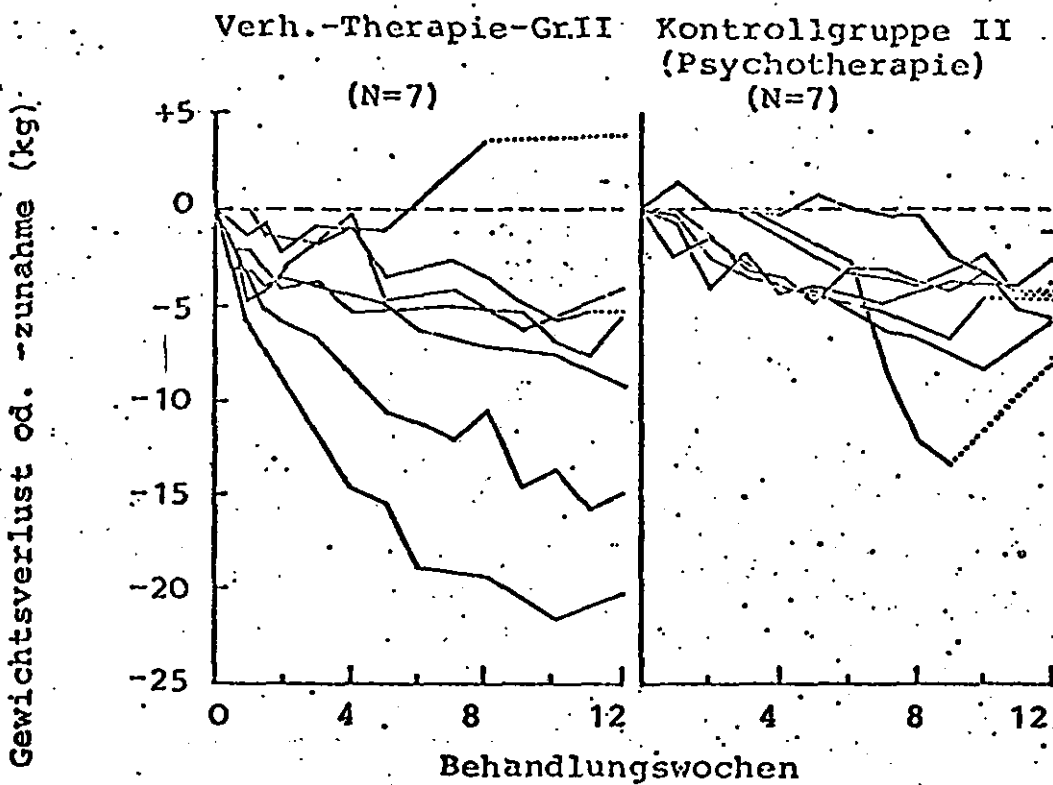
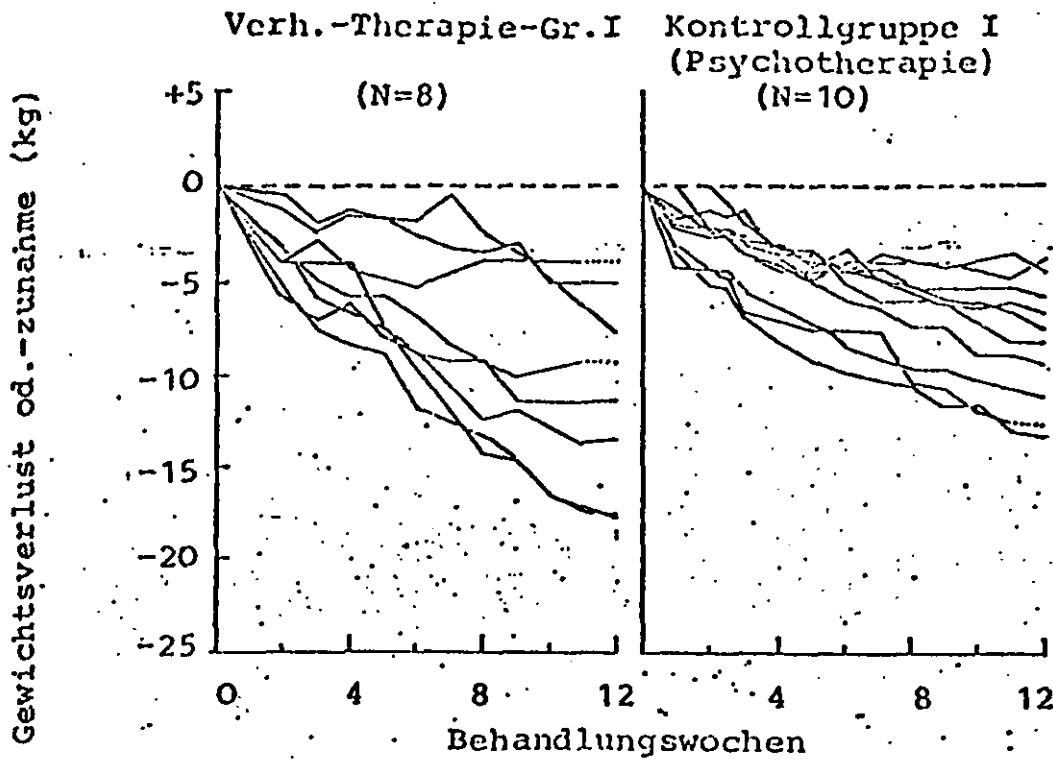


Abbildung 5 : Gewichts- bzw. -abnahme der einzelnen Versuchspersonen nach einer Kombination von Selbstkontrollschritten und einem Verstärkungsprogramm (Verhaltenstherapiegruppen I und II) verglichen mit zwei Kontrollgruppen, die an psychotherapeutischen Sitzungen teilnahmen; aus Perick et al. (1971).

Tabelle 3: Nachuntersuchungsergebnisse - Prozentsatz jener Versuchspersonen, die nach Selbstkontroll- und Verstärkungsprogrammen einen bestimmten Gewichtsverlust erzielten, verglichen mit den Ergebnissen psychotherapeutisch behandelter Kontrollpatienten; aus Penick et al. (1971).

Gewicht	Verhaltenstherapeutische Gruppen (%) (N = 15)	Kontrollgruppen (%) (N = 17)
Mehr als 18 kg	27	12
Mehr als 13.5 kg	40	18
Mehr als 9 kg	53	29

3.2.5.1 Die Effekte von Selbstbeobachtung und auf zwei verschiedene Kriterien bezogene Selbstverstärkung

In einem ersten Experiment gab es eine Wartegruppe, eine Gruppe, die lediglich Selbstbeobachtungs- und Informationsmaterial erhielt und zwei Selbstverstärkungsgruppen. Von jedem Patienten forderten die Therapeuten am Anfang einen Geldbetrag von 35 Dollar für spätere Verstärkung und um die Ausfälle gering zu halten. Die Selbstbeobachtungs- und Selbstverstärkungsgruppen erhielten ausführliches Material zur Strategie der Verhaltensänderung, nämlich das Buch von Stuart und Davis (1972) "Slim chance in a fat world". Nach einer zweiwöchigen Grundlinienerhebung (Gewicht und Eßgewohnheiten) erhielten die Selbstbeobachtungspatienten bei den sechswöchentlichen Treffen standardisierte Gewichts- und Verhaltensänderungsziele. Ansonsten registrierten sie lediglich weiter. Diese Ziele waren auch für die Selbstverstärkungsgruppen identisch, nur daß bei der einen Gruppe die Belohnungen laut Instruktion nur dann gewährt werden sollten, wenn das Gewichtsziel erreicht war, bei der anderen Gruppe nur dann, wenn die angestrebten neuen Eßgewohnheiten erfolgreich eingeführt waren. Es gab zwei Arten von Belohnungen:

- a) Anteile aus dem selbsteingezahlten Fond;
- b) Gutscheine für Geschenke, die aus einer Urne bezogen werden konnten, ohne daß der Therapeut Einblick hatte, welcher Patient von dieser Gelegenheit Gebrauch machte.

Für die Wartegruppe begann die Therapie nach acht Wochen mit einem Programm, das beide Selbstverstärkungsgruppen kombinierte, also Selbstverstärkung in Abhängigkeit sowohl von Gewichtsverlust als auch von erfolgreicher Verhaltensänderung.

Während der zweiwöchigen Grundlinienerhebung nahmen alle drei Gruppen ohne Unterschied signifikant ab. Nach sechs Wochen Behandlung erwies sich die Überlegenheit der Gruppe Selbstverstärkung bezogen auf Verhaltensänderung über die rein selbst-

beobachtende und die sich für Gewichtsverlust belohnende Gruppe. Der durchschnittliche Gewichtsverlust betrug nach acht Wochen für die Kontrollgruppe 1.25 kg, für die Selbstbeobachtungsgruppe 1.5 kg, für die sich für Gewichtsverlust verstärkende Gruppe 2.5 kg und für die sich für Verhaltensänderung verstärkende Gruppe 4.5 kg. Bei den Behandlungsgruppen war bei der Nachkontrolle nach weiteren neun Wochen Stabilität festzustellen. Auch die nachbehandelte ursprüngliche Kontrollgruppe verlor in ihrem kombinierten Verstärkungsprogramm signifikant an Gewicht (vgl. Abbildung 6.).

- Abbildung 6. -

3.2.5.2 Die Effekte von Selbstbeobachtung, Selbstbelohnung und Selbstbestrafung

Mahoney, Moura und Wade (1973) untersuchten in einem zweiten Experiment die relative Wirksamkeit von Selbstbelohnung, Selbstbestrafung und Selbstbeobachtung.

Die angewandten Techniken glichen den oben beschriebenen, allerdings wurde der Therapeutenkontakt minimal gehalten. In den Sitzungen bestimmten die Patienten lediglich, ob sie das standardisierte Verhaltensziel und das standardisierte Gewichtsziel erreicht hatten und teilten sich entsprechende Anteile von ihrem Konto zu. Die in dieser Untersuchung eingeführte Selbstbestrafungsgruppe zog sich bei Nichterfolg bestimmte Anteile ab.

Vier Wochen nach Ende der Therapie hatten diejenigen Patienten, die sich selbst verstärkten, 5.75 kg abgenommen. Patienten, die sich sowohl selbst verstärkten als auch bei Nichterfolg selbst bestrafte, verzeichneten einen durchschnittlichen Gewichtsverlust von 6 kg. Diejenigen Patienten, die sich nur selbst bestrafte, nahmen 3.65 kg im Durchschnitt ab. Im Vergleich dazu lag bei der Selbstbeobachtungsgruppe der durchschnittliche Gewichtsverlust bei 2.7 kg und bei der Wartelistenkontrollgruppe bei 1.75 kg.

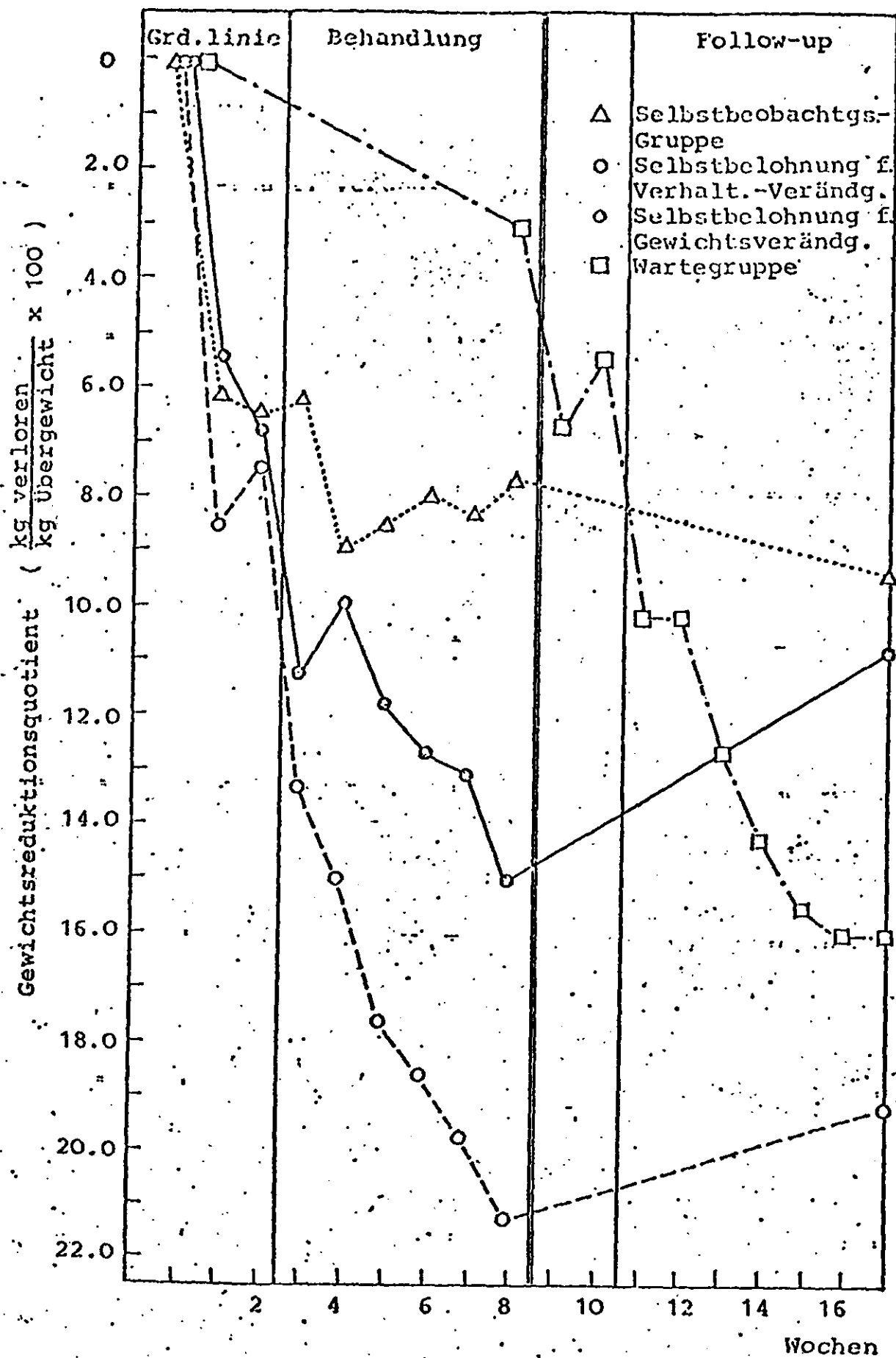


Abbildung 6: Verlauf des durchschnittlichen Gewichtsreduktionsquotienten vor, während und nach einem Selbstbeobachtungs- und zwei Selbstbelohnungsprogrammen; aus Mahoney et al. (1973).

3.2.6 Diskussion und Schlußbemerkungen

Die beschriebenen Selbstkontrollprogramme setzten sich vor allem zum Ziel, die Eßgewohnheiten von übergewichtigen Personen schrittweise zu modifizieren.

Es läßt sich aus den bisherigen Experimenten noch nicht endgültig formulieren, welche Komponenten der Programme die wirksamsten sind, um dieses Ziel zu erreichen.

Aus den Vergleichen mit Kontrollgruppen kann man jedoch ableiten, daß solche Komponenten, die die Selbstbeobachtung, -Bewertung, - und Verstärkung fördern, auf keinen Fall fehlen dürfen, will man einen dauerhaften Therapieerfolg erreichen. Einige mögliche, aber noch in Experimenten weiter zu prüfende Schlußfolgerungen aus den Therapieexperimenten sollen thesenhaft dargestellt werden:

- 1) Reine Selbstbeobachtung hat einen zumindestens kurzfristigen Therapieeffekt.
- 2) Der Therapieeffekt hängt vom Beobachtungsinhalt (Gewicht oder Kalorien), von der Beobachtungsart (einmal täglich oder kumulativ) und von der Genauigkeit der Beobachtung ab.
- 3) Genaue Informationen der Patienten und Training darin, diese Informationen in die Praxis umzusetzen (z. B. bezüglich Eßgewohnheiten, Ernährungsfragen, Therapievorgehen etc.) scheinen die Effektivität von Selbstkontrollansätzen zu erhöhen.
- 4) Kontakte sind eine effektive Hilfe zur Zielbestimmung und -bewertung.
- 5) Die explizite Einbeziehung von Selbst- und Fremdverstärkungsprogrammen in Breitbandansätze scheint erfolgversprechend.
- 6) Verhaltensregeln wurden erfolgreich angewandt bezüglich folgender Dimensionen
 - zur Diätplanung
 - zur Erhöhung von Bewegungsaktivitäten
 - zur Reizkontrolle
 - zur Modifikation der Verhaltenskette Essen
 - zur Modifikation der Konsequenzen von Essen
 - zum Aufbau von Alternativ-Verhaltensweisen

- 7) Selbstkontrollansätze ohne Therapeuten-Patienten-Kontakt haben sich als fast genauso wirksam erwiesen als solche mit Therapeuten-Patienten-Kontakt.
- 8) Der Einsatz zusätzlicher verhaltenstherapeutischer Techniken wie verdeckte Sensibilisierung und Entspannungstraining erhöht die Effektivität von Breitbandprogrammen mit dem Schwerpunkt auf Selbstkontrolle nicht wesentlich.

Einige Fragen sollten in Zukunft in Experimenten überprüft werden:

- 1) Ist es möglich, ohne Kalorien- und Diätaufklärung, allein über ein verändertes Eßverhalten einen Dauererfolg zu erzielen?
- 2) Ist für alle Patienten ein volles Selbstkontrollprogramm notwendig oder gibt es Patientengruppen, für die reduzierte Programme ausreichen?
- 3) Welche minimal notwendige Behandlungsdauer ist für einen optimalen Erfolg notwendig?
- 4) Können Verhaltensregeln zur Förderung von Selbstkontrolle auch als präventive Maßnahmen eingesetzt werden?
- 5) Welche Selbstkontrollmaßnahmen oder Verhaltensregeln sind am wirksamsten?
- 6) Durch welche Variablen kann die Motivation zum Einsetzen von Selbstkontrolle und zum dauerhaften Einhalten der Regeln gefördert werden?

3.3 Literatur

- Bandura, A. and Kupers, C. J. Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling. J. Abnorm. Soc. Psychol., 1964, 69, 1 - 9.
- Cautela, J. R. Treatment of compulsive Behavior by Covert Sensitization. Psychological Record, 1966, 16, 33 - 41.
- Ferster, C. B., Nurnberger, J. I. and Levitt, E. E. The control of Eating. Journal of Mathematics. 1962, 1, 87 - 109.
- Hagen, R. L. Group therapy versus bibliotherapy in weight reduction. Diss. Abstr. Int. 1970, 31, (5-B) 2985 - 2986.
- Hall, S. M. Self-control and therapist control in the behavioral treatment of overweight women. Behav. Res. and Therapy 1972, 10, 59 - 68.
- Harris, M. B. Self-directed program for weight control: A pilot study. Journal of Abnormal Psychology, 1969, 74, (2), 263 - 270.
- Harris, M. B. and Bruner, C. G. A comparison of a self-control and a contract procedure for weight control. Behav. Res. and Therapy, 1971, 9, 347 - 354.
- Harris, M. B. and Hallbauer, E. S. Self-directed weight control through eating and exercise. Behav. Res. and Therapy, 1973, 11, 523 - 529.
- Homme, L. E. Perspectives in Psychology: XXIV. Control of coverants, the operants of mind. Psychological Record, 1965, 15, 501 - 511.
- Jeffrey, D. B. and Christensen, E. R. The relative efficacy of behavior therapy, will power and notreatment control procedures for weight loss. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, 1972.
- Kanfer, F. H. Self-regulation: Research, issues and speculations, In. C. Neuringer and J. L. Michael (Eds.): Behavior modification in clinical psychology, New York: Appleton, 1970.
- Mahoney, M. J., Moura, N. G. M. and Wade, T. C. The relative efficacy of self-reward, self-punishment and self-Monitoring techniques for weight loss. J. of Consult and Clinical Psychol. (1973).
- Ober, D. C. Modification of smoking behavior. J. of Consult. and Clinical Psychol., 1968, 32, 543 - 549.

Penick, S. B., Fillion, R., Fox, B. and Stunkard, A. J. Behavior modification in the treatment of obesity. Psychosom. Medicine, 1971, 33, 49 - 55.

Piaget, J. Psychologie der Intelligenz. Rascher, Zürich, 1947.

Premack, D. Reinforcement theory. In D. Levine (Ed.): Nebraska symposium on motivation. Lincoln: Univ. of Nebraska Press, 1965.

Ramsay, R. W. and Jongmans, H. Self control techniques and obesity. In. Progress in Behavior Therapy, Springer, Heidelberg, 1975.

Romanczyk, R. G., Tracey, D. A., Wilson, G. T. and Thoroe, G. L. Behavioral techniques in the treatment of obesity: A comparative analysis. Behavior, Research and Therapy, 1973, 11, 629 - 640.

Schachter, S. Cognitive effects on bodily functioning: Studies of obesity and eating. In. D. C. Glass (Ed.): Biology and behavior: Neurophysiolog. and Emotion. New York: Rockefeller Univ. Press and Russell Sage Foundation, 1967.

Schachter, S. Some extra ordinary facts about obese humans and rats. American Psychologist, 1971, 26, 129 - 144.

Skinner, B. F. Science and human Behavior. Macmillan Comp. 1953.

Stuart, R. B. Behavioral control of overeating. Beh. Res. and Therapy, 1967, 5, 357 - 365.

Stuart, R. B. A three-dimensional program for the treatment of obesity. Beh. Res. and Therapy, 1971, 9, 177 - 186.

Stuart, R. B. and Davis, B. Slim chance in a fat world: behavioral control of obesity. Research Press Comp., Champaign, Ill. 1972.

Wollersheim, J. P. Effectiveness of group therapy based upon learning principles in the treatment of overweight women. Journal of Abnormal Psychology 1970, 76, (3), 462 - 474.

10

4. Kapitel: Die Behandlung des Übergewichts mit Hilfe der Selbstkontroll-Methode: Ein experimenteller Vergleich zwischen Kontakt- und Brieftherapie.

Ulrich Jokusch, Roman Ferstl, Heinz Schattner, J. C. Brengelmann

4.1. EINLEITUNG

4.1.1. Selbstkontrolle als Therapiemodell

Das medizinische und gesundheitspolitische Problem Übergewicht ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet (Jahnke, 1970):

- Die weite und zunehmende Verbreitung des Übergewichts und der Fettsucht in der Bevölkerung.
- Die Bedeutung des Übergewichts als Risikofaktor für die Pathogenese einer Reihe sehr häufiger Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Hypertonie, Arteriosklerose, Herzinsuffizienz.
- Die häufig beobachtete "Therapieresistenz" des Übergewichts und die hohe Rückfallquote.

Angesichts dieses Sachverhalts stellt sich die Forderung, bestehende Formen der Übergewichtstherapie, die im wesentlichen auf Kalorienreduktion, diätetischer Information und zeitlich befristeter Fremdkontrolle basieren, durch Massnahmen zu ergänzen und zu verbessern, die eine breit anwendbare und auch langfristig wirkungsvolle ambulante Behandlung des Übergewichts ermöglichen. Die durch die Übergewichtigen selbst kontrollierte Verhaltensänderung und Gewichtsverminderung ist dabei das anzustrebende Therapieziel.

In der verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung des Übergewichts werden zunehmend lerntheoretisch und empirisch fundierte Techniken der Selbstkontrolle verwendet, die gegenüber traditionellen Behandlungsarten ein sehr viel komplexeres Therapieprogramm vorsehen (Stuart und Davis, 1972).

Das Konzept "Selbstkontrolle" in verhaltenstheoretischer

Sicht, der Aufbau bisher existierender Selbstkontrolltherapien bei Übergewicht und die bisher erzielten Erfolge sind in den vorigen Kapiteln ausführlich

~~ausführlich~~ dargestellt, so dass wir an dieser Stelle nur die wesentlichen Überlegungen und Sichtweisen thesenartig anführen, die für den Aufbau unseres Therapieprogramms von Bedeutung sind und den Unterschied zu herkömmlichen Behandlungsmethoden deutlich machen können.

Übergewicht als Folge einer chronischen positiven Kalorienbilanz ist vom therapeutischen Standpunkt aus gesehen, vorwiegend ein Verhaltensproblem. ~~Das~~ Verhaltenstherapeutische Massnahmen richten sich daher auf alle Klassen von Verhaltensweisen, die zu einer fortgesetzten überhöhten Kalorienaufnahme oder einem zu geringen Kalorienverbrauch durch körperliche Inaktivität führen.

Diese "kritischen" Verhaltensweisen haben sich über Lernprozesse herausgebildet und sind daher prinzipiell durch Modifikation ihrer direkten funktionalen Abhängigkeit von auslösenden, diskriminativen und verstärkenden Bedingungen therapierbar.

Entsprechend den Ergebnissen von Nisbett (1968) und auch Schachter (1971), dass bei Übergewichtigen die Menge der Nahrungsaufnahme von nahrungsrelevanten externen Reizen beeinflusst wird und nicht durch interne physiologische Reize des Deprivationszustandes oder der Sättigung (bei normal- und untergewichtigen Personen ist dieses Verhältnis eher entgegengesetzt), kann man das Überessen als mangelnde Diskriminationsfähigkeit des Übergewichtigen ansehen, unter welchen räumlichen, zeitlichen und anderen situativen Bedingungen er essen kann und wann nicht.

Lerntheoretisch und experimentell fundierte Techniken der Reiz- und Kontingenzkontrolle und des Aufbaus neuer Verhaltensweisen verändern die Bedingungen für das Auftreten der "kritischen" Verhaltensweisen und erleichtern das Diskriminationslernen. Dabei ist das verhaltenstherapeutische Vorgehen dadurch charakterisiert, dass diese Techniken in einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang zu dem zu kontrollierenden Verhalten eingesetzt werden.

Selbstkontrolltherapien zielen darauf ab, dass der Klient in Verhaltensweisen eingeübt wird, die es ihm selbst gestatten, die funktionale Abhängigkeit seines Verhaltens durch Reiz- und Kontingenzkontrolle zu verändern.

Selbstkontrolle in diesem Sinn hat nichts zu tun mit moralisch wertenden Vorstellungen vom "starken Willen", sondern ist ein pragmatisches und verhaltenstheoretisch verankertes Beschreibungsmodell für alle die Bedingungen und ihre Beeinflussungsmöglichkeiten, unter denen bisher sehr häufig aufgetretene und/oder stets sofort positiv bekräftigte Verhaltensweisen nicht ausgeführt werden bzw. Verhaltensweisen trotz sofortiger negativer Konsequenzen beibehalten werden. Entscheidend ist, dass das Individuum die unmittelbaren Bedingungen für die zu kontrollierende Reaktion selbst verändert.

Für die praktische Durchführung von Selbstkontrolltherapien sind Experimente von Bedeutung, die zeigen, dass die diesem Konzept der Selbstkontrolle zugrunde liegenden Prozesse der Selbstbeobachtung, Zielsetzung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung nach allgemeinen lerntheoretischen Gesetzen und Regeln zu beeinflussen sind (Kanfer, 1971). Therapieprogramme der Selbstkontrolle müssen daher so aufgebaut sein, dass

diese Prozesse im Hinblick auf das "kritische" Verhalten wirkungsvoll stimuliert werden. Dies ist eine Sache der Forschung. Man kann heute feststellen, dass gerade auf dem Gebiet der Therapie des Übergewichts Selbstkontrollprogramme zunehmend experimentellen Vergleichen unterworfen werden und sich ihre Wirksamkeit dabei erweist.

Zusammengefasst können wir sagen: Übergewicht ist ein komplexes Verhaltensproblem, welches eines differenzierten therapeutischen Ansatzes zur langfristig wirksamen Verhaltensänderung bedarf. Die explizite verhaltenstheoretische Orientierung, die empirische Absicherung der Wirksamkeit einzelner Massnahmen, die Spezifität der Massnahmen und ein therapierrelevantes Konzept der Selbstkontrolle charakterisieren das verhaltenstherapeutische Vorgehen bei der Behandlung des Übergewichts und bilden eine wünschenswerte Ergänzung wenn nicht gar Alternative zu herkömmlichen Methoden der Gewichtsabnahme.

Im Hinblick auf die Möglichkeit der breiten Anwendung derartiger verhaltensorientierter Selbstkontrollprogramme müssen allerdings noch eine Reihe praktischer Probleme untersucht werden.

4.1.2. Fragestellung und Ziele der Untersuchung

Diese Untersuchung ist als Erkundungsexperiment für die spätere Entwicklung wirksamer, standardisierter und breit anwendbarer Therapieprogramme geplant. Praktische Belange stehen demnach im Vordergrund.

Die Hauptfragestellung lautet:

- Gibt es Unterschiede in der Wirksamkeit einer nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien aufgebauten Therapie des

Übergewichts zwischen einer im direkten Kontakt behandelten und einer ausschliesslich brieflich behandelten Gruppe übergewichtiger Personen?

- Zu welchem Zeitpunkt der Therapie sind diese Unterschiede am grössten?
- Sind die Unterschiede stabil oder nur temporär?

Die erste Zielsetzung dieser Untersuchung ist daher die Konzipierung eines nach Massgabe bisheriger Erfahrungen möglichst effektiven Therapieprogramms, welches auch per Post durchgeführt werden kann.

Die auf präzise Verhaltensinstruktionen basierenden Selbstkontrolltechniken sind die Therapiemethode der Wahl und bilden den Kern des Behandlungsprogramms. Selbstkontrolle als Therapiemethode verspricht die generellste Wirksamkeit und ist brieflich ohne weiteres durchführbar.

Eine weitere Fragestellung lautet daher:

- Lassen sich mit dem zu entwickelnden Selbstkontrollprogramm Erfolge in der bisher berichteten Grössenordnung replizieren?

Zwei Bemerkungen zur Methodik sollten an dieser Stelle gemacht werden: Es gibt bisher keine verbindlichen Vorstellungen über ein optimales Therapieprogramm. Wir gehen daher so vor, dass wir einen möglichst vielschichtigen Satz von Veränderungstechniken in das Programm aufnehmen und deren relative Nützlichkeit abzuschätzen versuchen. Wir nehmen an, dass eine als "Breitbandprogramm" konzipierte Therapie die generellste Wirkung haben wird und im Anfangsstadium der Therapieentwicklung die besten Informationen gibt.

Ein zweiter Punkt ist der Verzicht auf jegliche Art einer Kontrollgruppe. Wir gehen aufgrund bisheriger Experimente

davon aus, dass die Wirksamkeit von Selbstkontrolltherapien als etabliert gelten kann. Eine unspezifische Kontrollgruppe ist daher für die in dieser Untersuchung zu beantwortenden Fragestellung nicht notwendig, wenngleich Experimente gegen spezifische andere Behandlungsformen alsbald durchgeführt werden sollten.

Ein weiteres Ziel dieser Untersuchung ist es, neben der Veränderung der abhängigen Variablen Gewicht auch Veränderungen im Verhalten nachzuweisen. Es sollen dadurch Hinweise auf den Grad und die Art der Wirkung einzelner Therapieschritte gewonnen werden.

Die Fragestellung hier lautet:

- Lassen sich in Abhängigkeit vom Zeitpunkt bestimmter therapeutischer Massnahmen vorhersagbare Verhaltensänderungen feststellen?
- Sind die Verhaltensänderungen zeitlich stabil?
- Führen die Therapieschritte zu gleichsinnigen Verhaltensänderungen in beiden Therapiegruppen?

Zusätzlich sollen Effekte der Motivation untersucht werden mit dem Ziel, Determinanten des Therapieerfolgs und des Gewichts zu isolieren.

Die Fragestellung ist:

- Gibt es Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich verschiedener Motivationsfaktoren?
- Lassen sich bei wiederholter Messung verschiedener Motivationsfaktoren während der Therapie Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg und dem Gewicht als abhängiger Variablen nachweisen?

4.2. PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG

4.2.1. Übersicht über den Ablauf des Experiments

Grundlage der Therapie ist ein in wöchentliche Instruktionen aufgegliedertes Selbstkontrollprogramm, das schriftlich ausgearbeitet worden ist (Anlage und Abschnitt 3).

Der Vergleich zwischen der "Kontaktgruppe" (KG) und der "Briefgruppe" (BG) mit je $N = 20$ Klienten erstreckt sich über eine zwölfwöchige Behandlungsphase mit zwei Wochen Grundlinie (0 - 2) und zehn Wochen Therapie (2 - 12), eine fünfjährige Zwischenzeit ohne Therapie (12 - 17) und daran anschliessend eine zweiwöchige Nachkontrolle (17 - 19). Die Therapie der Briefgruppe wurde um eine Woche zeitversetzt zu der Therapie der Kontaktgruppe durchgeführt.

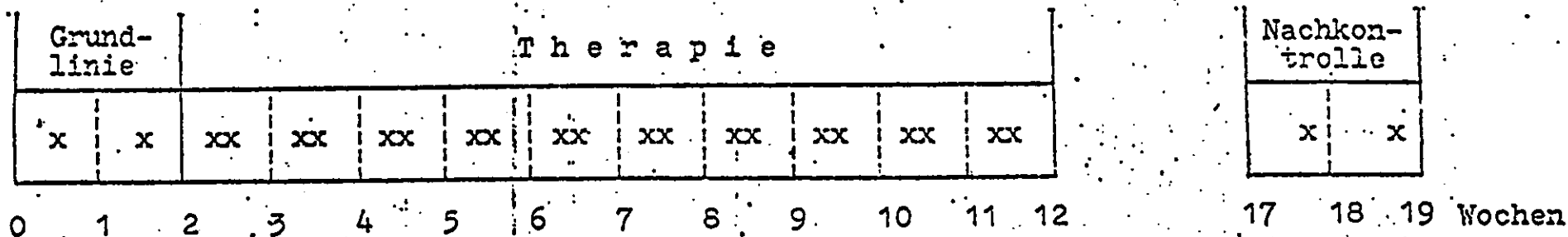
- Abbildung 1 -

Eine Behandlungsdauer von zwölf Wochen entspricht der mittleren Dauer der in der Literatur mitgeteilten Selbstkontrolltherapien des Übergewichts, so dass von dieser Bedingung her ein Vergleich mit bisherigen Ergebnissen möglich ist.

Das Einüben von Selbstkontrolle und der Nachweis von über blossen Wasserverlust hinausgehenden substantiellen Fettgewebsverlusten bei ambulanter Behandlung erfordert darüber hinaus vermutlich eine Therapiedauer dieser Grössenordnung. Andererseits ist es eine feste Regel, dass der zusätzliche Effekt weiterer Therapiewochen mit der Dauer der Therapie abnimmt (Therapieermüdung).

Die wichtigsten Kontrolldaten über den Therapieverlauf werden kontinuierlich während der gesamten Behandlungszeit erhoben:

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Experiments



Täglich EK und BK

EK, BK

Wöchentlich Gewicht, MOT, ETE

Gewicht, MOT, ETE

↑
EK, BK

Esskarte, Bewegungskarte

↑
MOT

Motivation zur Gewichtsabnahme

↑
ETE

Einstellung zum Therapieerfolg

↑
x

eine wöchentliche Gruppensitzung, bzw. eine briefliche Instruktion

↑
xx

zwei wöchentliche Gruppensitzungen, bzw. briefliche Instruktion + Zusatzinformation

↑
A

Gewichtskontrolle im IFT

- tägliche Registrierung des Ess- und Bewegungsverhaltens mittels Ess- und Bewegungskarten (EK und BK);
- wöchentliche Messungen des Körpergewichts (Angaben der Klienten);
- wöchentliche Messung der Therapiemotivation (Fragebogen ETE und MOT).

Die Therapiesitzungen mit der Kontaktgruppe finden während der Grundlinie und der Nachkontrolle einmal in der Woche statt, während der Therapie zweimal wöchentlich. Die schriftlichen Instruktionen für die Briefgruppe werden so verschickt, dass sie zu äquivalenten Zeitpunkten die Klienten erreichen.

4.2.2. Experimentelle Gruppen

4.2.2.1. Stichprobengewinnung

Die Klienten wurden über Zuweisung von informierten Ärzten und durch Zeitungsanzeigen gewonnen. Der ganz überwiegende Teil der Klienten meldete sich freiwillig aufgrund der Zeitungsannoncen.

In einem ersten Telefongespräch wurden die wesentlichsten Daten der Klienten erfragt und Informationen über das Therapieprogramm gegeben. Unter Ausschuss der Personen, die nicht den Teilnahmekriterien entsprachen, wurden die in Frage kommenden Personen in verschiedene Übergewichts-, Alters- und Geschlechtsgruppen aufgeteilt und dann nach Zufall der Kontakt- oder Briefgruppe zugeordnet.

Die Kontaktgruppe und die Briefgruppe wurden dann elf bzw. achtzehn Tage vor Beginn der Therapie zu getrennten Terminen in das IFT¹⁾ gebeten, erhielten detaillierte Informationen

¹⁾ IFT-Therapieforschung GmbH (Gemeinnütziges Institut für Therapieforschung). Das IFT war Ort der Durchführung der Untersuchung.

über das Therapieprogramm und die Teilnahmebedingungen (Anhang; 1. Information) und wurden zur Kontrolle gezogen.

4.2.2.2. Aufnahmekriterien und Teilnahmebedingungen

Die sechs Aufnahmekriterien waren wie folgt:

- Gewicht: mindestens 20 % über dem Idealgewicht¹⁾
- Alter: zwischen 20 und 50 Jahre
- Keine körperlichen Grundleiden oder chronische Krankheiten
- Keine schweren seelischen Beeinträchtigungen
- Keine andere Behandlung des Übergewichts in den letzten sechs Monaten
- Keine Verwendung von Appetitzüglern

Um die Ausfallrate während der Therapie von vornherein möglichst gering zu halten, mussten die Klienten einen Kontrakt über die regelmässige Therapieteilnahme unterschreiben und DM 120,- als Kautions hinterlegen. Ferner mussten sie eine ärztliche Bescheinigung über die Indikation und medizinische Bedenkenlosigkeit einer Gewichtsabnahme beibringen.

N = 57 Klienten, das sind etwa 60 % der in Frage gekommenen Personen, entschlossen sich zur Teilnahme.

4.2.2.3. Ausgangswerte der Versuchsgruppen

Für die Endauswertung konnten je N = 20 Klienten pro Versuchsgruppe berücksichtigt werden. Wir stellen daher die Gewichtsdaten der nicht ausgewerteten Klienten gesondert dar (Abschnitt 4.1.5.).

¹⁾ Berechnung nach Broca: Männer: (Körpergrösse - 100) - 10 %
Frauen: (Körpergrösse - 100) - 20 %

Die Ausgangswerte der Versuchsgruppen bezüglich Gewicht, Normalgewicht¹⁾, Idealgewicht, Übergewicht (kg), Übergewicht (%), Körpergrösse, Alter und Geschlecht finden sich in Tabelle 1.

- Tabelle 1 -

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass die Klienten dieser Untersuchung bei einem durchschnittlichen Körpergewicht von 85,5 kg ein mittleres absolutes Übergewicht von 20,2 kg bzw. ein mittleres relatives Übergewicht von 31 % in die Behandlung eingebracht haben. Bezieht man die Gewichte auf das nach Broca errechnete Idealgewicht, so beträgt das mittlere Übergewicht 28,4 kg bzw. 49,7 %.

Die mittleren Gewichtswerte unserer Klienten liegen damit an der Grenze zur Fettsucht und stellen bereits ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar (Holtmeier, 1973).

Obgleich die Ausgangswerte der Briefgruppe numerisch höher als die der Kontaktgruppe sind, unterscheiden die beiden Gruppen sich statistisch in den einzelnen Werten nicht (jeweils $p > .20$).

Einige sozioökonomische Angaben finden sich in Tabelle 2.

- Tabelle 2 -

Fast die Hälfte aller Klienten hat als Schulabschluss Abitur, so dass unsere Gruppe vom Ausbildungs- und Berufsniveau her stark selektiert erscheint. Wir erinnern aber daran, dass Intelligenz und sozioökonomische Variablen über viele Untersuchungen hinweg keinen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg aufweisen. Da die Prävalenz für Übergewicht in den unteren

1) Der Berechnung des "Normalgewichts" (= durchschnittliches Gewicht in der Bevölkerung) wurden die auf Körpergrösse, Alter und Geschlecht relativierten Werte aus "Wissenschaftliche Tabellen", Documenta Geigy, 6. Aufl. 1960, zugrunde gelegt.

Tabelle 1: Ausgangswerte der Versuchsgruppen

	Kontaktgruppe N=20		Briefgruppe N=20		N=40	
	Mittel- wert	Streu- ung	Mittel- wert	Streu- ung	Mittel- wert	Streu- ung
Körpergewicht (kg)	84.2	10.6	86.8	9.5	85.5	10.2
Normalgewicht (kg)	64.3	5.5	66.2	6.3	65.3	6.0
Übergewicht (kg)	19.9	7.1	20.6	8.3	20.2	7.8
Übergewicht (%)	30.7	10.2	31.3	13.3	31.1	12.0
Idealgewicht (kg)						
(Broca)	56.3		57.8		57.0	
Übergewicht (kg)	27.9		29.0		28.4	
Übergewicht (%)	49.4		50.0		49.7	
Alter	32.5	9.5	33.6	8.5	33.1	9.1
Körpergröße (cm)	169.4	6.2	170.4	5.9	169.9	6.1
Geschlecht w	18		16		34	
Geschlecht m	2		4		6	

	Kontaktgruppe N=20	Briefgruppe N=20	N=40
<u>Familienstand</u>			
verh.	11	12	23
led.	6	8	14
gesch.	3	0	3
<u>Schulbildung</u>			
Volksschule	4	3	7
Mittl. Reife	7	8	15
FHS-Reife	1	0	1
Abitur	8	9	17
<u>Beruf</u>			
Hausfrau	4	5	9
Student	4	3	7
Angestellter	9	8	17
Beamter	0	3	3
Selbständig	3	1	4

sozialen Schichten allerdings grösser ist, stellt sich das dringende Problem, Personen aus diesem Kreis für Behandlungen zu motivieren.

4. 2.2.4. Biographische Angaben zum Übergewicht

Einige Fragen zur Dauer des Übergewichts, zur Häufigkeit von bisherigen ernsthaften Abmagerungsversuchen und zu bisherigen Abnahmeerfolgen geben einen Eindruck der Dimension, die das Problem Übergewicht für unsere Klienten angenommen hat.¹⁾

- Tabelle 3 -

Im Durchschnitt besteht das Übergewicht seit 15 Jahren, also etwa die Hälfte des Lebens. 20 % der Klienten sind bereits in der frühen Kindheit übergewichtig gewesen und könnten zum Typ der Hyperplasie-Fettsucht mit geringer Erfolgchance beim Abnehmen gehören (Knick, 1972). Ernsthafte Abnahmeversuche sind relativ selten unternommen worden und werden meistens frühzeitig abgebrochen. Die bisherigen Abnahmeerfolge erscheinen angesichts des tatsächlichen Übergewichts eher gering. Der Umstand, dass die Klienten jetzt wieder eine Behandlung suchen, unterstreicht weiterhin die bekannte Tatsache, dass auch gute Abnahmeerfolge noch keinen Langzeiterfolg garantieren. Übergewicht zumindest eines Elternteils findet sich bei 80 % der Teilnehmer.

- Tabelle 4 -

1) Da diese Fragen sehr gedächtnisabhängig sind, wurde ihre Wiederholungs-Zuverlässigkeit bestimmt: in der Reihenfolge der Fragen in der Tabelle 3 ergaben sich die Werte $r = 0.89, 0.89, 0.88, 0.93, 0.75, 0.73$. Für die Auswertung haben wir die pro Person gemittelten Werte genommen.

Dauer des Übergewichts in Jahren

Jahre:	< 5	5-10	10-15	15-20	> 20
% Vpn:	12.5	30	20	10	27.5
Mittelwert:	15.1			Standardabweichung: 9.9	

Lebensalter des Beginns des Übergewichts

Lebensalter:	< 5	6-10	11-15	16-20	> 20
% Vpn:	20	0	17.5	25	37.5
Mittelwert:	15.7			Standardabweichung: 9.5	

Anzahl ernsthafter Abmagerungskuren (läng. als 2 Wochen durchgeh.)

Anzahl:	0	1-3	4-7	8-11	> 11
% Vpn:	7.5	50	25	10	7.5
Mittelwert:	4.8			Standardabweichung: 4.5	

Dauer der längsten Abnahmekur

Wochen:	2-4	5-7	8-10	11-13	> 13
% Vpn:	47.5	15	10	5	22.5
Mittelwert:	13.6			Standardabweichung: 25.6	

Durchschnittliche Abnahme bei den bisherigen Abnahmekuren

Abnahme (kg):	0	0.5-3	3.5-6	6.5-9	> 9
% Vpn:	7.5	25	32.5	12.5	22.5
Mittelwert:	6.4			Standardabweichung: 5.0	

Größte Gewichtsabnahme bei bisherigen Kuren

Abnahme (kg):	< 5	5.5-10	10.5-15	15.5-20	> 20
% Vpn:	30	35	15	10	10
Mittelwert:	10.7			Standardabweichung: 7.2	

Tabelle 4: Übergewicht in der Familie

In der Familie sind (waren) übergewichtig:	% Vpn (N=40)
Beide Eltern und auch andere Verwandte	22.5 %
Ein Elternteil und auch andere Verwandte	40.0 %
Beide Eltern (keine anderen Verwandten)	2.5 %
Nur der Vater	7.5 %
Nur die Mutter	7.5 %
Nur andere Verwandte	10.0 %
Niemand	10.0 %

Weitere, hier nicht im einzelnen aufgeführte Fragen nach den Methoden bisheriger Gewichtsabnahmen zeigen, dass die Personen unserer Versuchsgruppen grösstenteils versuchen, ihr Gewicht selbst zu regulieren und dabei auch die relativ besten Erfolge haben. Populäre Reduktions- und Diätprogramme sowie FDH sind die am häufigsten durchgeführten Methoden, ärztliche überwachte Reduktionskuren, Appetitzügler und stationäre Nulldiäten sind eher die Ausnahme. Gesundheitliche Gründe und der Wunsch nach Attraktivität bestimmen massgeblich den Entschluss, eine Abmagerungskur zu beginnen, entsprechend befürchten die Klienten gesundheitliche Schäden und Verlust von Selbstvertrauen, wenn sie übergewichtig bleiben.

- Tabelle 5 -

4.2.3. Datenerhebung

4.2.3.1. Tägliche Registrierung des Ess- und Bewegungsverhaltens

Daten über das Ess- und Bewegungsverhalten wurden aus den täglichen Registrierungen der Klienten in die von uns entwickelten Ess- und Bewegungskarten (EK und BK) gewonnen.

- Abbildung 2 -

Die ausgefüllte Esskarte musste täglich mit der Post geschickt werden um sicher zu gehen, dass die Eintragungen gemäss den von uns gegebenen Instruktionen ausgefüllt worden sind.

Die Klienten erhielten eine ausführliche und instruktive

Tabelle 5: Begründung für die Durchführung einer Abnahmekur

a) Rangfolge der genannten Gründe:

	% Vpn (N=40)
Wunsch nach Attraktivität	82.5 %
Gesundheit	67.5 %
Ärztliche Hinweise	55.0 %
Schlechte Körperempfindungen	52.5 %
Freunde, Bekannte, Familienangehörige	47.5 %
Besseres Verständnis mit dem Partner	37.5 %
Sportliche Ziele	30.0 %
Berufliche Gründe	28.0 %
Finanzielle Gründe	2.5 %

b) Rangfolge der befürchteten Folgen des Übergewichts

Gesundheitliche Schäden	92.5 %
Verlust von Selbstvertrauen	82.5 %
Gesellschaftlicher Ausschluß	35.0 %
Keinen Partner zu finden	32.5 %
Berufliche Behinderung	20.0 %
Den Partner zu verlieren	17.5 %
Finanzielle Verluste	10.0 %
Andere	30.0 %

Anleitung zum Ausfüllen der Beobachtungskarten (Anlage, 2. Information) sowie einen einheitlichen Kalorienkompass (Klever, 1973) von uns gestellt.

Offensichtliche Fehler in den Eintragungen wurden von uns in den ersten Tagen sofort korrigiert und den entsprechenden Personen mitgeteilt. "Missing data" wurden von uns entsprechend den Werten vom Vortag ergänzt, dies war aber nur ausserordentlich selten notwendig.

Aus diesen Registrierungen ergeben sich für jeden Klienten und jeden Behandlungstag die folgenden Grunddaten des Ess- und Bewegungsverhaltens:

- Kalorienaufnahme durch Essen und Getränke
- Kalorienverbrauch durch zusätzliche körperliche Bewegung (d.i. körperliche Belastung, die nicht gewohnheitsmässig jeden Tag gegeben ist)
- Häufigkeit der täglichen Nahrungsaufnahmen
- Dauer der täglichen Nahrungsaufnahmen
- Uhrzeit der täglichen Nahrungsaufnahmen
- Anzahl und Art der Nebentätigkeiten
- Mahlzeit in Gesellschaft oder nicht
- Einstufung des Appetits vor jeder Mahlzeit

Die Zuverlässigkeit und Gültigkeit derartiger selbstbeobachteter Daten kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht überprüft werden. Die Probleme, die sich dadurch für die Auswertung ergeben, werden wir an Ort und Stelle diskutieren.

4.2.3.2. Wöchentliche Gewichtsmessung

Das Körpergewicht (kg) ist die entscheidende abhängige Variable in diesem Experiment.

Da Kontrollmessungen des Gewichts der Klienten aus der Brief-

gruppe während der Therapie nicht durchgeführt werden sollten, galt für beide Versuchsgruppen die Instruktion, sich nach Ablauf jeder Behandlungswoche (sonntags) unter gleichen Bedingungen (Uhrzeit, Kleidung, Waage etc.) zu wiegen und den Gewichtswert wöchentlich einzuschicken. Die Gewichtsangaben der Klienten wurden vor und nach der Therapie und vor Beginn der Nachkontrolle im IFT auf einer normalen Badezimmerwaage mittlerer Preisklasse überprüft, so dass auch die Genauigkeit der erzielten Gewichtsabnahme zu kontrollieren ist. Die Klienten mussten bei diesen Messungen Schuhe und Jacken ausziehen.

Die aus dem Körpergewicht (kg) abgeleiteten und in der Auswertung verwendeten Messwerte sind:

Übergewicht (kg) = $UG(kg) = \text{Körpergewicht (kg)} - \text{Normalgew. (kg)}$

Übergewicht (%) = $UG(\%) = UG(kg) \times 100 \% / \text{Normalgew. (kg)}$

Gewichtsabnahme (kg) = $D(kg) = \text{Differenz zweier (wöchentl.) Gewichtsangaben}$

4.2.3.3. Wöchentliche Messung der Therapiemotivation

Ergebnisse aus dem ersten Raucherexperiment (Brengelmann und Sedlmayr, 1973) zeigen, dass es für die Entdeckung motivationaler Determinanten des Rauchens von Bedeutung ist, Veränderungen in bestimmten Motivationsfaktoren möglichst in enger zeitlicher Kontiguität (nämlich unter Therapiebedingungen) zu Veränderungen in der abhängigen Variablen zu messen.

Wir verfolgen in dieser Untersuchung das Ziel, diese Befunde beim Problem des Übergewichts zu replizieren und damit auf eine breitere Basis zu stellen.

Die am besten korrelierenden Items aus dem genannten Experiment wurden auf "Übergewicht" und "Kontrolle des Essverhaltens"

umformuliert und zahlenmässig nach Massgabe weiterer relevanter motivationaler Bedingungen aufgestockt.

Aus diesem Itempool wurden zwei bisher unüberprüfte Motivationskalen aufgestellt (Anhang, 3. Information):

- "Motivation zur Gewichts- und Esskontrolle" MOT (78 Items)
- "Einstellung zum Therapieerfolg" ETE (51 Items)

Diese beiden Skalen werden während der Behandlungsphase und während der Nachkontrolle wöchentlich vorgegeben und zu Hause von den Klienten ausgefüllt.

4.2.4. Durchführung der Therapie

4.2.4.1. Therapeuten und Therapeutentraining

Das Behandlungsprogramm wurde von vier Therapeuten (drei Diplom-Psychologen, ein Psychologie-Student, cand.phil.) mit verhaltenstherapeutischer Grundausbildung und unterschiedlichen, aber vorwiegend sehr geringen Graden an therapeutischer Praxis aufgebaut.

Die Therapie der Kontaktgruppe wurde ebenfalls von diesen Therapeuten durchgeführt. Grundlage der einzelnen wöchentlichen Sitzungen waren die schriftlich fixierten Instruktionen (Anhang), die vor jeder Therapiestunde durchgesprochen wurden.

Als zusätzliches Therapeutentraining wurden die Sitzungen der ersten beiden Therapiewochen von jedem Therapeuten modellartig durchgespielt und anschliessend anhand von Videorecorder-Aufnahmen gemeinsam diskutiert hinsichtlich der klaren Darstellung der Therapieschritte, unsicherem Verhalten des Therapeuten und unkontrollierten verbalen Verstärkungen des

Therapeuten, wie z.B. allzu intensives Eingehen auf einen Klienten, der in der Woche nicht abgenommen hat.

U. 2.4.2. Durchführung der Gruppentherapie

Die Klienten der Kontaktgruppe wurden in feste kleine Gruppen zu vier oder fünf Personen aufgeteilt, die je von zwei Therapeuten behandelt wurden. Die Therapeuten wurden wöchentlich rotiert.

Die Gruppensitzungen fanden während der Therapiephase zweimal wöchentlich statt. In der ersten Wochenstunde wurden die schriftlichen Instruktionen der jeweiligen Woche ausgehängt und der Sinn der einzelnen Instruktionen durchgesprochen.

In der zweiten Wochensitzung wurden dann die aufgetretenen Probleme in der Durchführung und Befolgung der Instruktionen diskutiert und individuelle Ratschläge erarbeitet.

Verhaltens- und Gewichtsveränderungen wurden verbal verstärkt.

Die Sitzungsdauer betrug 30 bis 45 Minuten. In der Regel blieben nach Durchsprechen der Programmschritte einige Minuten Zeit, in der die Klienten unter sich eine Unterhaltung führten, die von den Therapeuten nicht gelenkt wurde.

Insgesamt ist es nur zweimal vorgekommen, dass ein Teilnehmer beide Wochensitzungen versäumt hat. In diesem Fall wurden die Instruktionen sofort per Post zugesandt.

U. 2.4.3. Durchführung der Brieftherapie

Die Brieftherapie wurde um eine Woche zeitversetzt zu der Kontakttherapie durchgeführt.

Die wöchentlichen Informationen inklusive der zugehörigen Materialien zur Datenerhebung wurden so abgeschickt, dass sie am Wochenbeginn von den Klienten gelesen werden konnten.

Aufgrund der Protokolle der zweiten Wochensitzung der Kontaktgruppen wurden wöchentliche Zusatzinformationen geschrieben, die die wesentlichsten Aspekte dieser Gruppensitzungen enthielten und so die erste Wocheninstruktion ergänzen könnten. Diese Zusatzinformationen wurden in der Mitte der jeweiligen Behandlungswoche an die Klienten geschickt.

Zusätzlich wurde eine wöchentliche Telefonsprechstunde eingerichtet, die jedoch kaum genutzt wurde. Ausbleibende Daten wurden sofort telefonisch angemahnt.

4. 3. THERAPIEPROGRAMM

4. 3. 1. Allgemeine Therapieziele

Neben den im ersten Abschnitt angeführten theoretischen und empirischen Grundlagen der Selbstkontroll-Therapie bei Übergewicht sollen bei dem Aufbau der Therapie einige allgemeine Zielsetzungen berücksichtigt werden.

Die meisten Übergewichtigen kennen nur Methoden, mit denen kurzfristig drastische Gewichtsabnahmen durch strenge Nahrungsrestriktion erzielt werden. Das Ziel unserer Therapie hingegen ist die aufgrund veränderter Essgewohnheiten sich einstellende kontinuierliche und langfristige Gewichtsreduktion. Es müssen daher realistische Vorstellungen über die zeitliche Dimension der Abnahmekur und die zu erwartende wöchentliche Gewichtsabnahme bei den Klienten erzeugt werden, um falschen Erwartungshaltungen entgegen zu wirken.

Dementsprechend sollte die Strategie der Therapie so angelegt sein, dass im Zentrum des diagnostisch-therapeutischen

Prozesses Verhaltensänderungen stehen, von denen Gewichts-
änderungen erst abhängen. Der Therapieerfolg wird als Ver-
haltensänderung definiert.

Das Therapieprogramm soll von den Klienten unter normalen
Lebensumständen befolgt werden können. Einzelne Massnahmen
müssen daher approximativ und variabel gehandhabt werden
können, damit sie nicht von Beginn an aversiven Charakter
gewinnen und auch nach der Therapie noch befolgt werden.

Es wird häufig beobachtet, dass Personen aus der nächsten
Umgebung des Klienten den therapeutischen Anstrengungen und
Zielen massiv oder auch verdeckt entgegenarbeiten (Stuart
und Davis, 1972). Dies ist mit Sicherheit eine entscheidende
Bedingung des Rückfalls.

Das Therapieprogramm sollte daher für die Sozialpartner der
Klienten einsichtig und akzeptabel sein, d.h. es sollte vor
allem nicht zu negativen Konsequenzen für die unmittelbare
Umgebung führen. Eine funktionale Einbeziehung der Sozial-
partner in das Programm wäre ein weiterer Schritt in diese
Richtung.

4.3.2. Therapiekomponenten

Die Therapie ist als "Breitbandprogramm" konzipiert. Wir
verstehen darunter ein Programm, welches einerseits die ver-
schiedenen Ansatzpunkte der Behandlung des Übergewichts be-
rücksichtigt, wie Informationen zur Ernährungslehre, Übung
der Kalorienberechnung, Förderung der körperlichen Aktivität,
Veränderung der Essgewohnheiten, und andererseits verschiedene

und häufig verwendete und wirksame Techniken der Selbstkontrolle kombiniert, wie Selbstbeobachtung, Reizkontrolle, Selbstverstärkung, Therapiekontrakte.

Dies trägt der Tatsache Rechnung, dass bislang keine Ergebnisse über die differentielle und kombinierte Wirksamkeit einzelner Therapiebestandteile vorliegen.

Der Schwerpunkt unseres Programms liegt auf der Technik der Reizkontrolle und orientiert sich dabei an konkreten Vorbildern (Ferster, Nurnberger und Levitt, 1962; Stuart und Davis, 1972).

Da das Programm für die Durchführung einer brieflichen Therapie konzipiert ist, beinhaltet es keine Schritte zur direkten Verhaltensübung und Verhaltenskontrolle durch den Therapeuten, ist seinem Charakter nach also eher eine Gesprächsverhaltenstherapie.

Verhaltenstherapeutische Zusatzverfahren (Entspannung, verdeckte Sensibilisierung, operantes Konditionieren) könnten daher das Programm bei Indikationsstellung ergänzen.

Wir geben eine kurze Beschreibung der verschiedenen Bestandteile des Therapieprogramms:

- Vermittlung allgemeiner Grundkenntnisse der Ernährungslehre: Information über die Grundnährstoffe Eiweiss, Fett, Kohlenhydrate, über Austauschmöglichkeiten kalorienreicher Nahrungsmittel gegen diätetisch wertvolle Nahrungsmittel, über Alkohol als Kalorienträger und über gesundheitliche Folgen des Übergewichts.

- Aufbau der Kalorienregulation durch Training der Kalorienberechnung und Vorgabe individueller Kalorienrichtwerte.

- Übung der Selbstbeobachtung durch Registrierung von Häufigkeit, Dauer, zeitlicher Verteilung der Mahlzeiten und der näheren Umstände der Nahrungs- und Getränkeaufnahme.
- Aufbau von Reizkontrolle durch das Einüben von Verhaltensregeln zur situativen, zeitlichen und mengenmässigen Beschränkung des Essens und Modifikation der konsumatorischen Endkette des Essverhaltens.
- Ausweitung der Reizkontrolle auf komplexere Situationen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit des Zuviel-Essens durch Aufbau eines alternativen Verhaltensrepertoires.
- Ausweitung der Kalorienregulation durch ein Bewegungsprogramm: Steigerung des Energieverbrauchs durch zusätzliche körperliche Aktivität. Information über die Kalorienäquivalente körperlicher Bewegung.
- Festigung des erlernten Selbstkontrollverhaltens durch therapiezielorientierte Rückmeldung und systematische Selbstbelohnung.
- Abschluss eines Therapievertrags (Zahlung einer Kautions- und Verpflichtung der regelmässigen Teilnahme, wöchentliche Rückzahlung eines Bruchteils der Kautions bei regelmässiger Teilnahme).

4.3.3. Kurze Beschreibung der Therapieschritte

Eine ausführliche Beschreibung der therapeutischen Massnahmen und die genaue Formulierung der Instruktionen müssen in dem in wöchentliche Informationen gegliederten Therapiemanual

nachgelesen werden (Anhang). Wir geben an dieser Stelle nur einen kurzen inhaltlichen Überblick der wesentlichsten Therapieschritte in ihrem zeitlichen Ablauf.

1. Behandlungswoche (Grundlinie)

In den ersten beiden Wochen werden keine gezielten therapeutischen Instruktionen gegeben, um eine Bestandsanalyse des bisher gewohnten Essverhaltens und des Gewichts zu erheben. Es ist allerdings hinreichend häufig beobachtet worden, dass Beobachtung des eigenen Verhaltens durch die Klienten zu grösseren Veränderungen in der untersuchten Variablen führen (die allerdings nur temporär sind).

Die Klienten registrieren täglich ihr gewohntes Essverhalten anhand der sogenannten Esskarte detailliert: bei jeder Tagesmahlzeit sind die Kalorien für Speisen und Getränke zu berechnen und zu den bis dahin schon aufgenommenen Kalorien zu addieren. Die Uhrzeit und Dauer der Mahlzeit wird registriert; weitere Angaben betreffen Nebentätigkeiten während des Essens, den Ort, Gesellschaft während des Essens und die Appetiteinschätzung vor dem Essen auf einer 4-Punkte-Skala. Schwierigkeiten in der Kalorienberechnung und Verhaltensregistrierung werden diskutiert.

Diese Art der Selbstbeobachtung, die eine unmittelbare Rückmeldung über das eigene Verhalten und damit schon Kontrolle ermöglicht, wird während der gesamten Behandlung beibehalten.

2. Behandlungswoche (Grundlinie)

Neben der Fortsetzung der detaillierten Selbstbeobachtung erhalten die Klienten gegen Ende der Woche Informationen über

Grundnahrungsmittel, Kaloriengehalt verschiedener Nahrungsmittelsorten und gesundheitliche Aspekte der Ernährung, so dass zu Beginn der eigentlichen Therapie ein allgemeines Informationsniveau hergestellt ist.

Der Kontaktgruppe wurden diese Informationen durch einen Demonstrationsvortrag zweier ausgebildeter Diätassistentinnen gegeben, für die Briefgruppe wurde der Vortrag schriftlich ausgearbeitet.¹⁾

Der Schwerpunkt liegt auf Informationen über die Grundnährstoffe Fett, Eiweiss, Kohlenhydrate und ihrem Vorkommen in der täglichen Nahrung sowie Ratschläge für den Austausch hochkaloriger gegen niedrigkalorige Nahrungsmittel.

3. Behandlungswoche

Für jeden Klienten wird ein individueller Kalorienrichtwert für die tägliche Nahrungsaufnahme festgelegt, der weder über- noch unterschritten werden soll, um z.B. Fastenverhalten zu vermeiden. Dieser Richtwert liegt 300 Kcal unter dem bei Erreichen des Idealgewichts notwendigen Kalorienbedarf. Die Berechnung wurde nach einer Angabe von Ries (1970) vorgenommen:

Kalorienbedarf = Körpergewicht (kg) x 32 Kcal (leichte körperliche Tätigkeit)

Kaloriengrenzwert = Kalorienbedarf (Idealgew.) - 300

Für die Kontaktgruppe ergab sich ein durchschnittlicher Kaloriengrenzwert von 1510 Kcal, für die Briefgruppe betrug er 1550 Kcal.²⁾ Diese Grenzwerte können theoretisch unter Be-

1) Wir danken der "Diabetiker-Ambulanz" der III. Med. Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing für ihre freundliche Mitarbeit.

2) Reduktionen auf 1500 Kcal/Tag werden in der medizinischen Literatur für ambulante Kuren empfohlen.

rücksichtigung des durchschnittlichen Übergewichts zu einer täglichen Kalorienersparnis von ungefähr 1000 Kcal führen, die einem wöchentlichen Abbau von 1 kg Fettgewebe entsprechen würde.

Wichtig an dieser Massnahme ist, dass der Richtwert individuell ermittelt wird und nur wenig unter dem normalen Kalorienbedarf liegt. Die Klienten können sich so von vornherein an eine Kalorienzufuhr in der notwendigen Grössenordnung gewöhnen, andererseits können sie abnehmen ohne zu hungern. Intermittierendes Hungern erhöht die Wahrscheinlichkeit des Rückfalls in alte Gewohnheiten. Dieser Kalorienrichtwert in Verbindung mit der täglichen Registrierung der zu einer bestimmten Tageszeit schon aufgenommenen Nahrungsmenge sollte das Bewusstsein für eine ausgeglichene Kalorienbilanz soweit beeinflussen, dass die Voraussetzungen für den Aufbau neuen Essverhaltens gegeben sind.

Zusätzlich zu der Kaloriengrenze werden die ersten vier Verhaltensregeln eingeführt, die von nun an befolgt werden sollen:

Regel 1: Möglichst viele Leute über die Abnahmekur informieren.

Diese Regel soll dazu führen, dass der Klient einerseits durch andere Personen in seinem Vorhaben kontrolliert werden kann, andererseits aber auch unterstützt wird.

Regel 2: Zu Hause einen festen Essplatz festlegen und nur dort essen.

Regel 3: Alle Nebentätigkeiten während des Essens vermeiden.

Regel 4: Alle Nahrungsmittel nur an einem Ort in der Wohnung aufbewahren.

Durch das Befolgen dieser Regeln sollen die Grundlagen für die zu erlernende Reizkontrolle erworben werden. Indem die Gelegenheit zu essen räumlich eingeschränkt wird und die Anzahl von Nahrungsreizen vermindert wird, wird die Wahrscheinlichkeit für unkontrolliertes Essen geringer. Nebentätigkeiten können über klassische Konditionierung Essverhalten auslösen, aber auch sekundär verstärkend auf das Essverhalten wirken. Durch die dritte Regel sollen diese Prozesse gelöscht werden, so dass auch dadurch die Wahrscheinlichkeit unkontrollierten Essens verringert wird.

4. Behandlungswoche

Es werden fünf zusätzliche Verhaltensregeln eingeführt:

Regel 5: Fünf Mahlzeiten über den Tag verteilt festlegen und nur zu diesen Zeitpunkten essen.

Übergewichtige, die nicht auf interne physiologische Reize reagieren, essen häufig sehr unregelmässig. Dieser Tendenz soll entgegengearbeitet werden, da biochemisch gesehen die aufgenommene Nahrung bei kleinen und verteilten Mahlzeiten besser verarbeitet wird. Cremer (1971) zitiert Untersuchungen, die zeigen, dass mehrere verteilte Mahlzeiten am Tag weniger Übergewicht zur Folge haben als wenige gewohnheitsmässige grosse Mahlzeiten am Tag. Mehrere kleine Mahlzeiten sollten daher das Abnehmen begünstigen.

Psychologisch gesehen spielt noch folgender Prozess eine Rolle: wenn durch das Essen ein Deprivationszustand beendet wird, so führt das zu einer negativen Verstärkung des Essverhaltens, das Essverhalten wird also bekräftigt. Ein regelmässiger Zeitplan kann nun dazu führen, dass auch dann

gegessen wird, wenn gar kein Hunger verspürt wird, so dass das Essverhalten weniger häufig durch die Verminderung des Deprivationszustandes verstärkt wird.

Vier weitere Verhaltensregeln sollen dazu führen, dass die Reaktionskette des Essverhaltens selbst verlängert, unterbrochen und damit verändert wird.

Regel 6: Nur kleine Bissen nehmen.

Regel 7: Langsam kauen.

Regel 8: Während jeder Mahlzeit fünfmal eine kleine Pause machen und dabei das Besteck weglegen.

Regel 9: Während jeder Mahlzeit kurz nach Beginn eine 2-Minuten Pause machen.

Häufig haben die letzten Glieder der Reaktionskette "zwanghaften" Charakter, den die Klienten durch das Befolgen dieser Regeln zu bewältigen lernen. Die unmittelbaren Verstärker des Essens, wie Geschmack, das Kauen selbst, werden verzögert und geben so Gelegenheit für das Ausführen anderer Verhaltensweisen. Diese Nicht-Essverhaltensweisen müssen dann allerdings sofort verstärkt werden (Aufbau alternativer Verhaltensweisen, z.B. Gespräche bei Tisch). Durch die Verlangsamung des Essens wird auch die Wahrscheinlichkeit geringer, dass man in der für die Mahlzeit insgesamt zur Verfügung stehenden Zeit mehr isst als für die Deckung des Energiebedarfs notwendig ist: Sättigungsreize treten bezogen auf die aufgenommene Nahrungsmenge relativ schneller ein.

5. Behandlungswoche

Es werden vier weitere Verhaltensregeln eingeführt, die die gesamte Sequenz der Nahrungsaufnahme bei einer Mahlzeit ver-

ändern sollen: -

Regel 10: Vor der Mahlzeit entscheiden, wieviel man essen will, und nur so viel auf den Tisch (Teller) tun.

Regel 11: Vor Beginn der Mahlzeit den Kaloriengehalt dessen abschätzen, was man essen will:

Regel 12: Bei jeder Mahlzeit einen kleinen Rest auf dem Teller übrig lassen.

Regel 13: Nach Beendigung des Essens alle Nahrungsreste und das Geschirr sofort wegräumen.

Regel 10 in Verbindung mit Regel 2 führt nach Schachter (1971) dazu, dass Übergewichtige weniger essen, da die Nahrungsmittel nicht mehr unmittelbar zur Verfügung sind. Regel 11 verlegt die Kontrolle der Kalorien vor die Nahrungsaufnahme, die Klienten sollen also lernen, den relevanten Verhaltensparameter Kalorienmenge schon vor dem kritischen Verhalten zu beurteilen. Regel 12 unterbricht die (aus der Erziehung stammende) Gewohnheit, immer alles aufzuessen; es wird gelernt, in Gegenwart von Nahrungsreizen nicht zu essen. Dies ist der entscheidende Punkt der Selbstkontrolle bei Übergewicht: da der Mensch sich ernähren muss, können Nahrungsreize nicht vermieden werden. Die Regel 13 soll dazu führen, dass die Wahrscheinlichkeit einer zusätzlichen Nahrungsaufnahme nach Beendigung des Essens kleiner wird.

Um das Befolgen dieser Verhaltensregeln aus den Wochen 3, 4 und 5 zu festigen, führt jeder Klient selbständig an einem Tag der jeweiligen Woche einen Verhaltenstest durch, der ihm eine Rückmeldung darüber gibt, wie gut er die Verhaltensregeln schon befolgen kann. Ferner sollen die Verhaltensregeln auswendig gelernt werden.

6. Behandlungswoche

Um die Kalorienbilanz auch von der Ausgabeseite her zu beeinflussen, wird ein unter Alltagsbedingungen durchführbares Bewegungsprogramm eingeführt.

Es sollen durch zusätzliche körperliche Aktivitäten (zu Fuss gehen oder Radfahren statt Autofahren, Treppen steigen statt Lift benutzen, in der Freizeit mehr körperlich bewegen) täglich 50 Kcal mehr verbraucht werden als bisher. Die Kalorienäquivalente körperlicher Bewegung werden den Klienten erläutert ebenso wie der gesundheitlich fördernde Effekt.

Die Begründung für diese Therapiemassnahmen liegt nicht so sehr darin, das aktuelle Übergewicht und die aktuelle Kalorienbilanz entscheidend beeinflussen zu können, sondern in einem möglichen langfristigen Stabilisierungseffekt auf die Gewichtsabnahme. Ergebnisse von Harris und Hallbauer (1973) lassen sich so interpretieren. Nachbefragungen von Voss (1967) zeigen, dass der Grad der körperlichen und sportlichen Aktivität langfristig erfolgreiche und nicht erfolgreiche Teilnehmer einer Diätkur differenziert.

Auch rein rechnerisch lässt sich der Wert eines geringfügigen, aber kontinuierlichen Energieverbrauchs für den langfristigen Erfolg belegen: so kann eine minimale Dysregulation der täglichen Kalorienbilanz um nur 75 Kcal im Laufe von zehn Jahren zu einem Übergewicht von 30 - 40 kg führen (Cremer, 1971).

Der Zeitpunkt für die Einführung gezielter und grösserer sportlicher Aktivitäten (z.B. in Vereinen) soll so gewählt werden, dass aufgrund der schon erreichten Abnahme Erfolgserlebnisse hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und auch der körperlichen Attraktivität möglich sind.

7. Behandlungswoche

Die bisher eingeführten Verhaltensregeln werden gezielt wiederholt. Sehr viel Gewicht soll auf diejenigen gelegt werden, die als schwierig beurteilt werden oder die leicht vergessen werden. Über die Einhaltung der Verhaltensregeln sind Protokolle anzufertigen.

8. Behandlungswoche

Für die Reaktion der Umwelt auf einen Versuch der Gewichtsverminderung ist es typisch, dass falsche Essgewohnheiten, unkontrolliertes Essen und mangelnde Gewichtsabnahme sehr viel eher beachtet und dadurch verstärkt werden, als positive Änderungen des Essverhaltens und Erfolge bei der Gewichtsabnahme.

Die Klienten werden daher zur Selbstbelohnung instruiert. Sie sollen sich hinsichtlich der Verhaltensänderung und hinsichtlich der Gewichtsabnahme kurzfristige und langfristige Ziele setzen, deren Erreichen gemäss einer vorher festgelegten Liste von Belohnungen kontingent verstärkt werden kann.

Es wird das Prinzip verständlich gemacht, dass bestimmte angenehme Tätigkeiten der Tagesroutine (Verhaltensweisen mit hoher Auftretenswahrscheinlichkeit, wie z.B. Fernsehen, Spazierengehen mit dem Hund usw.) verstärkenden Charakter haben können, wenn man sie so lange zurückstellt, bis man weniger angenehme Aktivitäten (bei jeder Mahlzeit langsam essen, fünf Minuten Gymnastik treiben) erfolgreich erledigt hat.

Die Klienten werden so eine bessere Kontrolle über die nicht so angenehmen Aktivitäten gewinnen.

9. Behandlungswoche

Die Klienten erhalten Bewertungen des bisherigen Therapieverlaufs durch den Therapeuten anhand von Verlaufsgraphiken und einzelnen Verhaltensmerkmalen als Rückmeldung über den bisherigen Therapiefortschritt (z.B. Einhaltung der Kaloriengrenze, Steigerung der körperlichen Aktivität, Anstieg der Mahlzeitendauer, Verringerung der Streuung der Mahlzeitenhäufigkeit als Index des regelmässigen Essens). Diese Rückmeldungen dienen als Fremdverstärkung und können daher die Selbstverstärkung der Klienten beeinflussen, sie dienen zweitens als Grundlage einer realistischen Selbstbewertung der Klienten.

Ein weiterer Therapieschritt sieht vor, dass die Klienten sich selbst eine Kaloriengrenze geben können. Da die wöchentlichen Gewichtsabnahmen immer geringer werden, sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Kalorienaufnahme im Zusammenhang mit den jetzt besser stabilisierten neuen Essverhaltensweisen zu reduzieren, um einen etwas besseren Gewichtsverlust als in der Vorwoche zu erreichen. Durch diese Massnahme sollen die Klienten zusätzliche Erfahrungen über den Zusammenhang von Kalorienreduktion und Gewichtsverminderung erwerben.

10. Behandlungswoche

Es werden weitere 16 Verhaltensregeln angeboten, die unkontrollierte Zwischenmahlzeiten und das Einkaufen und die Bevorratung von Nahrungsmitteln betreffen. Aus den insgesamt 30 Regeln sollen sich die Klienten mindestens 15 Regeln für ein individuelles Programm herausuchen und befolgen.

Die Begründung für diesen Programmschritt liegt darin, dass es für das selbständige Fortsetzen der Therapie nach Ende

der Behandlung wichtig erscheint, ein an die persönliche Situation und an die persönlichen Schwierigkeiten angepasstes Programm zu haben.

11. Behandlungswoche

Es werden Verhaltenskontrollschritte auf bestimmte typische Situationen übertragen, in denen es schwer fällt, die erlernte Selbstkontrolle beizubehalten. Derartige typische Situationen sind: zum Essen eingeladen sein; im Restaurant essen; Wochenende; eine Zeit lang nicht abgenommen haben.

Zur Bewältigung derartiger Situationen werden Kontrollschritte aufgestellt und als Modell vorgegeben. Das zu erlernende Prinzip ist, möglichst frühzeitig derartige Situationen durch eigenes Handeln zu kontrollieren.

Indem die Klienten lernen, auch komplexe "Verführungssituationen" zu beherrschen, wird das erworbene Selbstkontrollverhalten generalisiert und lösungsresistenter. Insbesondere werden Selbstkontrollreaktionen erworben, die Veränderungen des Verhaltens anderer Personen zur Voraussetzung haben.

12. Behandlungswoche

Das Bewegungsprogramm aus der 6. Woche und das Belohnungsprogramm aus der 8. Woche werden wiederholt und intensiviert.

Die Klienten setzen sich für die Zeit nach der Therapie ein Ziel für die Gewichtsabnahme und bewerten die einzelnen Therapieschritte hinsichtlich der Nützlichkeit und Schwierigkeit für das eigene Bemühen. Gut bewertete Therapieschritte sollen in der Zeit nach der Therapie bevorzugt beibehalten werden.

18. und 19. Behandlungswoche (Nachkontrolle)

Es werden keine therapeutischen Instruktionen gegeben; die Klienten registrieren wieder täglich ihr Ess- und Bewegungsverhalten anhand der Beobachtungskarten.

4. AUSWERTUNG UND ERGEBNISSE

4.4.1. Analyse der Gewichtsdaten

4.4.1.1. Zuverlässigkeit der Gewichtsdaten

Die folgende Auswertung beruht auf den wöchentlichen Gewichtsmessungen, die die Klienten selbst unter Standardbedingungen durchführen sollten.

Als Index für die Zuverlässigkeit betrachten wir die Übereinstimmung dieser persönlichen Gewichtsangaben mit den Gewichtswerten aus unseren drei Kontrollmessungen vor der Therapie (Zeitpunkt 0); nach der Therapie (Zeitpunkt 12) und

zur Nachkontrolle (Zeitpunkt 17). Die Übereinstimmung wird als Produktmoment-Korrelation getrennt für die beiden Behandlungsgruppen berechnet.

Die Korrelationen der Gewichtsmessungen zu den drei Zeitpunkten betragen $r_0 = 0.98$; $r_{12} = 0.98$; $r_{17} = 0.98$ für die Kontaktgruppe ($N = 20$) und $r_0 = 0.94$; $r_{12} = 0.87$; $r_{17} = 0.97$ für die Briefgruppe ($N = 18$).¹⁾

Auf die gleiche Weise lässt sich die Genauigkeit der Gewichtsabnahme während der Therapie (Gewicht 0 - Gewicht 12) und während der Zeit nach der Therapie bis zur Nachkontrolle (Gewicht 12 - Gewicht 17) überprüfen. Für die Kontaktgruppe ergeben sich Korrelationen von $r = 0.39$ bzw. $r = 0.88$, für die Briefgruppe von $r = 0.80$ bzw. $r = 0.89$. Dies bestätigt die bekannte Tatsache, dass Differenzwerte weniger zuverlässig als die Ausgangswerte sind und daher nur mit Vorsicht verwendet und interpretiert werden sollten.

Es zeigt sich, dass die Korrelationen mit den Angaben der Briefgruppe meist niedriger ausfallen als die Zuverlässigkeitsschätzungen für die Kontaktgruppe. Alle Koeffizienten erreichen jedoch mindestens den Betrag von 0.80; wir betrachten daher die Gewichtsangaben der Klienten als hinreichend genau, um sie der Auswertung zugrunde zu legen.

4.4.1.2. Therapieergebnisse

Die wesentliche Fragestellung dieser Untersuchung lautet: Verringert sich das Gewicht während der Therapie? Gibt es Unterschiede in der Gewichtsabnahme zwischen den beiden Therapiegruppen? Gibt es Wechselwirkungen zwischen Therapieverlauf und Therapieart?

Die Hauptergebnisse sind in den Tabellen 7 - 9 und den Abbildungen 3 - 5 in Form der Mittelwerte und Streuungen der

1) Zwei Klienten aus der Briefgruppe konnten nicht gewogen werden, da sie nicht in München wohnen.

wöchentlichen Gewichtswerte der beiden Gruppen dargestellt. In der Literatur werden häufig verschiedene Gewichtswerte verwendet. Wir stellen daher die Auswertung getrennt für absolutes Körpergewicht (kg), absolutes Übergewicht (kg) und relatives Übergewicht (%) dar.

- Abbildung 3, 4, 5 -

Die Kontaktgruppe verringert ihr mittleres Gewicht von 84.2 kg (Zeitpunkt 0) auf 75.8 kg (Zeitpunkt 12), steigt aber dann in der fünfwöchigen therapiefreien Zeit bis zur Nachkontrolle auf 76.6 kg wieder an (Zeitpunkt 17). Die Briefgruppe verringert ihr Gewicht während der Therapie von 86.8 kg auf 79.9 kg und wiegt bei der Nachkontrolle 79.7 kg.



Das mittlere Übergewicht in kg (und das prozentuale Übergewicht) der Kontaktgruppe wird von 19.8 (30.7 %) auf 11.4 kg (17.6 %) reduziert; zur Nachkontrolle ergibt sich ein Übergewicht von 12.2 kg (18.7 %). Für die Briefgruppe sind die Werte: 20.6 kg (31.3 %); 13.7 kg (21.0 %) und 13.5 kg (20.8 %).

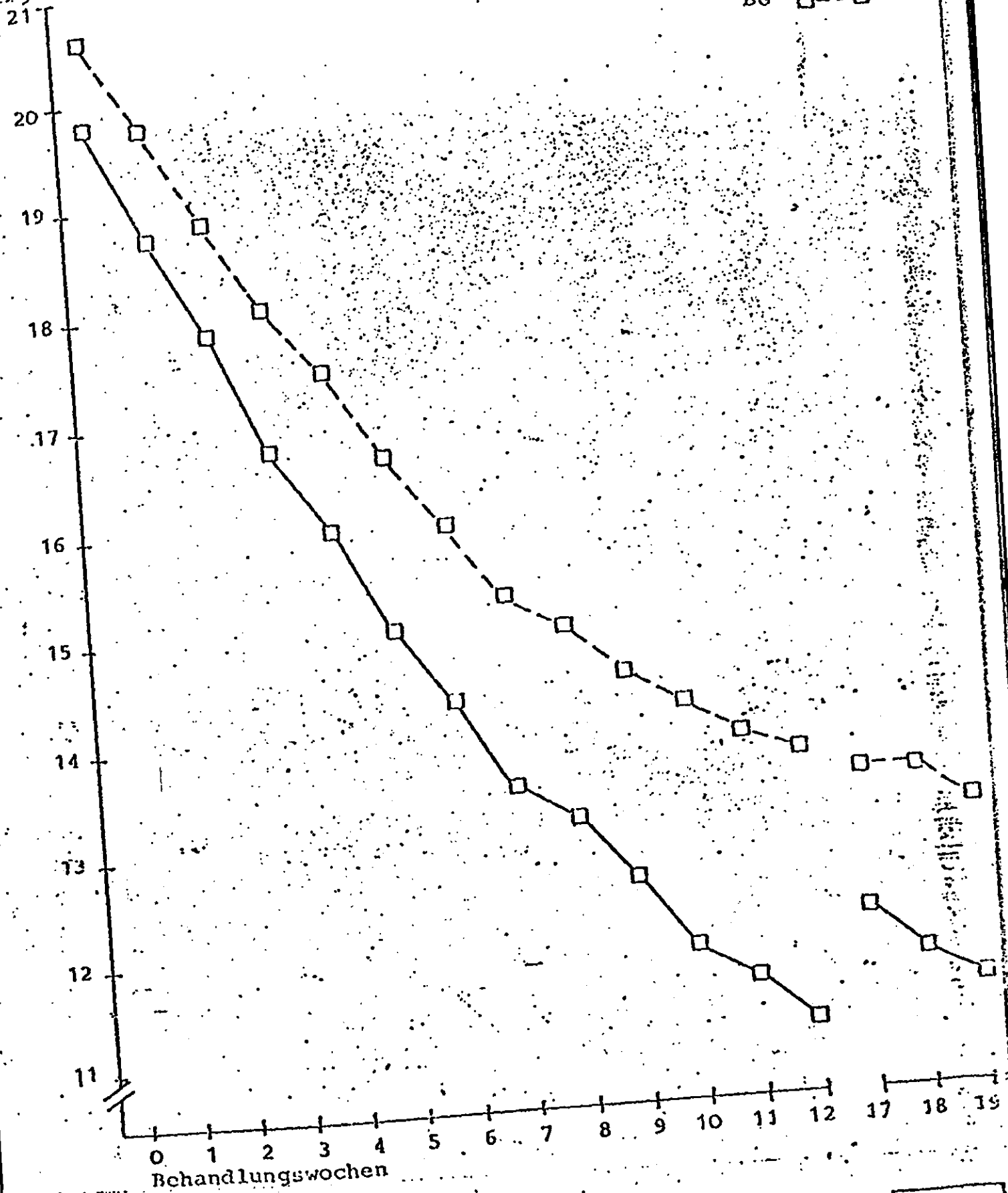
Um die oben angeführten Fragestellungen zu prüfen, wurden die Gewichtswerte einer bifaktoriellen Kovarianzanalyse mit wiederholten Messungen auf einem Faktor (Kovariable: Gewicht zum Zeitpunkt 0) unterzogen. Damit ist der mögliche Einfluss unterschiedlicher Gewichte vor Beginn des Experiments eliminiert.

Das Ergebnis der Kovarianzanalyse des absoluten Körpergewichts findet sich in Tabelle 6.

Behandlung

Übergew. (kg)

KG 
BG 



Grund-
linie

Therapie

Nachkon-
trolle

Abbildung 5: Abnahme des Übergewichts (%) während der Behandlung

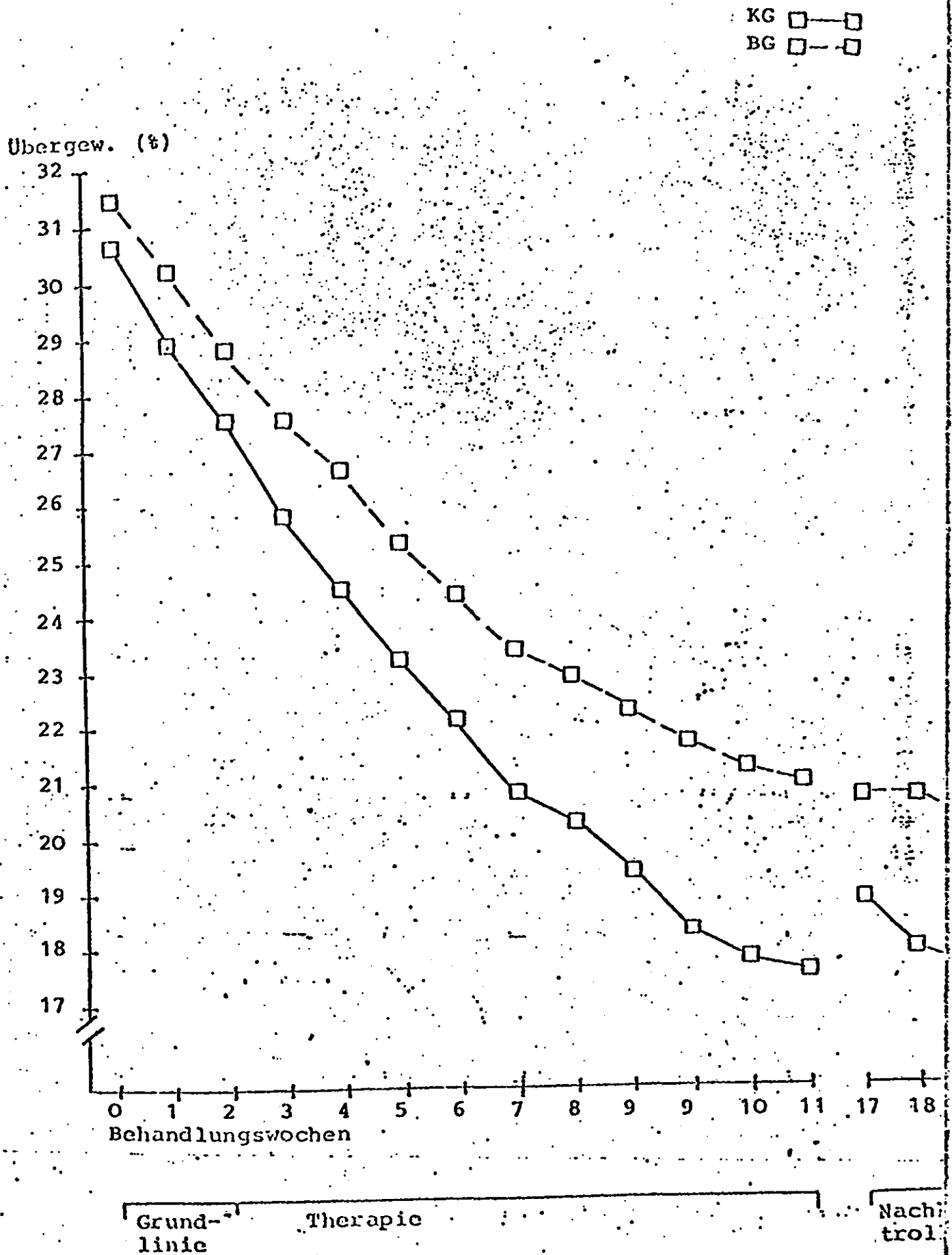


Tabelle 6: Kovarianzanalyse der Gewichte (kg)
(vgl. Tab. 7 und Abb. 3)

Quelle der Variation	Quadrat- summe	DF	Mittleres Quadrat	F-Test	P
Kovariate	61504.277	1	61504.277	578.436	<0.001
Therapiegruppe	121.594	1	121.594	1.144	= 0.292
Vpn (innerhalb Behandlungs- wochen	3934.160	37	106.329	--	--
Therapiegruppe Behandlgs.wochen	2853.828	14	203.845	63.597	<0.001
Restvarianz	23.117	14	1.651	0.515	>0.500
	1702.000	531	3.205	--	--

Nur der Faktor "Behandlungswochen" weist einen signifikanten Effekt auf. Der Faktor "Therapiegruppe" und die Wechselwirkung der beiden Faktoren ist statistisch nicht bedeutsam.

Die Kovarianzanalysen der beiden Übergewichtsmasse ergeben im Prinzip das gleiche Resultat, so dass sich ihre Darstellung erübrigt.

Diese Ergebnisse lassen zunächst die folgende Aussage zu: Unabhängig von der Art der Therapiedurchführung, Gruppentherapie mit Therapeutenkontakt oder briefliche Einzeltherapie, konnten mit dem entwickelten Therapieprogramm statistisch bedeutsame Veränderungen des Körpergewichts bzw. des Übergewichts erzielt werden. Unterschiedliche Wirkungen der Art der Therapiedurchführung lassen sich für den Untersuchungszeitraum nicht nachweisen.

Um dieses Hauptergebnis zu detaillieren, sollen noch einige Charakteristika des Therapieverlaufs aufgezeigt und die Gewichtsveränderungen anhand der üblichen Erfolgskriterien dargestellt werden.

4.4.1.3. Therapieverlauf

Zur Besprechung des Therapieverlaufs beziehen wir uns im wesentlichen auf die Abbildungen 3, 4, 5 und 6 sowie die Tabelle 7. In der Tabelle 7 sind für beide Therapiegruppen getrennt die Veränderungen des Körpergewichts von Woche zu Woche in Form des t-Wertes für abhängige Stichproben angeführt.

- Tabelle 7 -

Vier Punkte sind für den Therapieverlauf wesentlich:

Tabelle 7: Statistische Analyse der wöchentlichen Gewichtsveränderungen (t-Test für abhängige Stichproben)

Vergleich der Gewichtsmessungen der Wochen	Kontaktgruppe	Briefgruppe
0-1	3.76 ⁺⁺	3.20 ⁺⁺
1-2	5.33 ⁺⁺⁺	4.82 ⁺⁺⁺
2-3	8.13 ⁺⁺⁺	4.07 ⁺⁺⁺
3-4	4.65 ⁺⁺⁺	3.08 ⁺⁺
4-5	6.49 ⁺⁺⁺	4.83 ⁺⁺⁺
5-6	4.15 ⁺⁺⁺	6.13 ⁺⁺⁺
6-7	4.36 ⁺⁺⁺	4.00 ⁺⁺⁺
7-8	2.24 ⁺	3.46 ⁺⁺
8-9	3.94 ⁺⁺⁺	3.48 ⁺⁺
9-10	6.02 ⁺⁺⁺	2.20 ⁺
10-11	3.06 ⁺⁺	1.46
11-12	0.72	1.36
12-17	-1.14	0.35
17-18	3.17 ⁺⁺	-0.14
18-19	2.77 ⁺	2.40 ⁺

Negatives Vorzeichen: Gewichtszunahme

+++ p < 0.001

++ p < 0.01

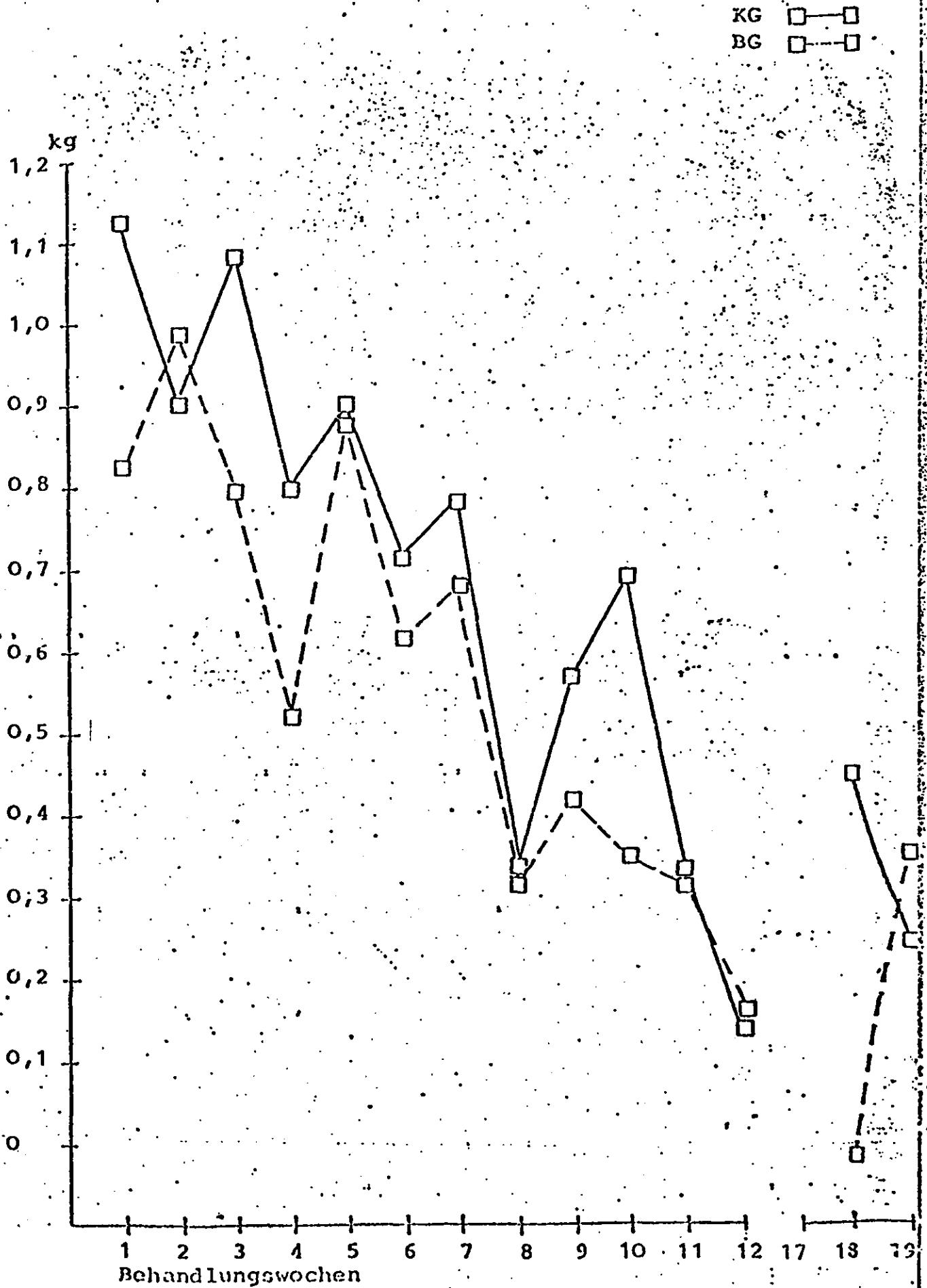
+ p < 0.05

- a) Die numerisch grössten wöchentlichen Gewichtsabnahmen finden schon in der Grundlinie (die ersten beiden Behandlungswochen) und in der dritten Behandlungswoche statt. Dieser sogenannte Anfangseffekt wird häufig bei Reduktionskuren beobachtet und dürfte physiologisch gesehen zu einem guten Teil auch durch Wasserverluste zu erklären sein. Psychologisch gesehen wirkt sich wohl eher eine unspezifische Reaktion auf den Beginn einer Behandlung aus, wengleich die in der Grundlinie schon eingesetzte Massnahme der systematischen Selbstbeobachtung zu therapierelevanten Änderungen im eigenen Verhalten führen kann, also auch zu spezifischen Reaktionen. Bezogen auf die statistische Signifikanz der wöchentlichen Gewichtsveränderungen (Tabelle 10) scheint das relative Wirkungsoptimum für die Kontaktgruppe zwischen der zweiten und fünften Behandlungswoche zu liegen, für die Briefgruppe etwas später zwischen der fünften und siebten Woche. Die Wirkung der Therapie ist zu diesen Zeitpunkten am generellsten.
- b) Der weitere Therapieverlauf ist dadurch charakterisiert, dass besonders von der siebten Woche an mit zunehmender Dauer der Therapie die wöchentlichen Gewichtsverluste immer geringer werden. Auch dies ist eine generelle Regel, die sich in unseren Daten vor allem für die Briefgruppe bestätigt. In Abbildung 6 ist dieser Verlauf der wöchentlichen Abnahmen verdeutlicht.

- Abbildung 6 -

Die Abnahmekurve (Abbildung 3 - 5) verläuft also vermutlich asymptotisch, hat aber bei einer Therapiedauer von zwölf Wochen das absolute Wirkungsoptimum noch nicht ganz

Abbildung 6: Durchschnittliche wöchentliche Gewichtsabnahme



Grund-

therapie

tronic

erreicht. Dies mag ein Merkmal für die besondere Wirksamkeit der Selbstkontrolltherapie sein, die ja über das Ende der Therapie hinaus anhalten und zu einer weiteren kumulativen Abnahme führen sollte.

- c) Einen Hinweis in dieser Richtung können wir im Rahmen dieses Experiments durch den Verlauf der Gewichtswerte während der fünföchigen therapiefreien Zeit bis zur Nachkontrolle gewinnen.

Die Kontaktgruppe ist partiell rückfällig und nimmt durchschnittlich 0,77 kg zu, die Briefgruppe verringert ihr durchschnittliches Gewicht unwesentlich um 0,15 kg. Beide Gewichtsveränderungen sind statistisch nicht bedeutsam. Eine über die Therapiezeit hinausreichende Wirkung der Selbstkontrolltherapie kann für den untersuchten Zeitraum also nicht nachgewiesen werden. Sieben (= 17,5 %) der vierzig ausgewerteten Klienten nehmen in der Zeit nach der Therapie mehr als 2,5 kg zu, ebenfalls sieben Klienten nehmen 2,5 kg und mehr ab. Diese maximalen nachtherapeutischen Gewichtsveränderungen gehen zum grössten Teil zu Lasten der Kontaktgruppe (je sechs der sieben Klienten), Rückfälle und weitere Therapieerfolge sind also bei den Klienten der Kontaktgruppe ausgeprägter.

- d) Diese Zahlen geben einen Hinweis auf eine mögliche unterschiedliche Wirkung der beiden Therapieformen, wengleich sich dieser Unterschied zu keinem Zeitpunkt der Behandlung statistisch absichern lässt.

Zwei Beobachtungen sollten aber in diesem Zusammenhang festgehalten werden: Von Beginn an übertrifft die Kontaktgruppe die Briefgruppe bezüglich der wöchentlichen Gewichtsabnahme und baut so ihren Vorsprung mehr oder wenig stetig bis zum Ende der Therapiezeit aus. Dieser Vorsprung von einer im Durchschnitt 1,5 kg grösseren Gewichtsabnahme

am Ende der zwölften Behandlungswoche schrumpft dann aber bis zur Nachkontrolle zu Beginn der achtzehnten Behandlungswoche um fast zwei Drittel auf 0.58 kg. Abbildung 7 stellt diesen Verlauf dar.

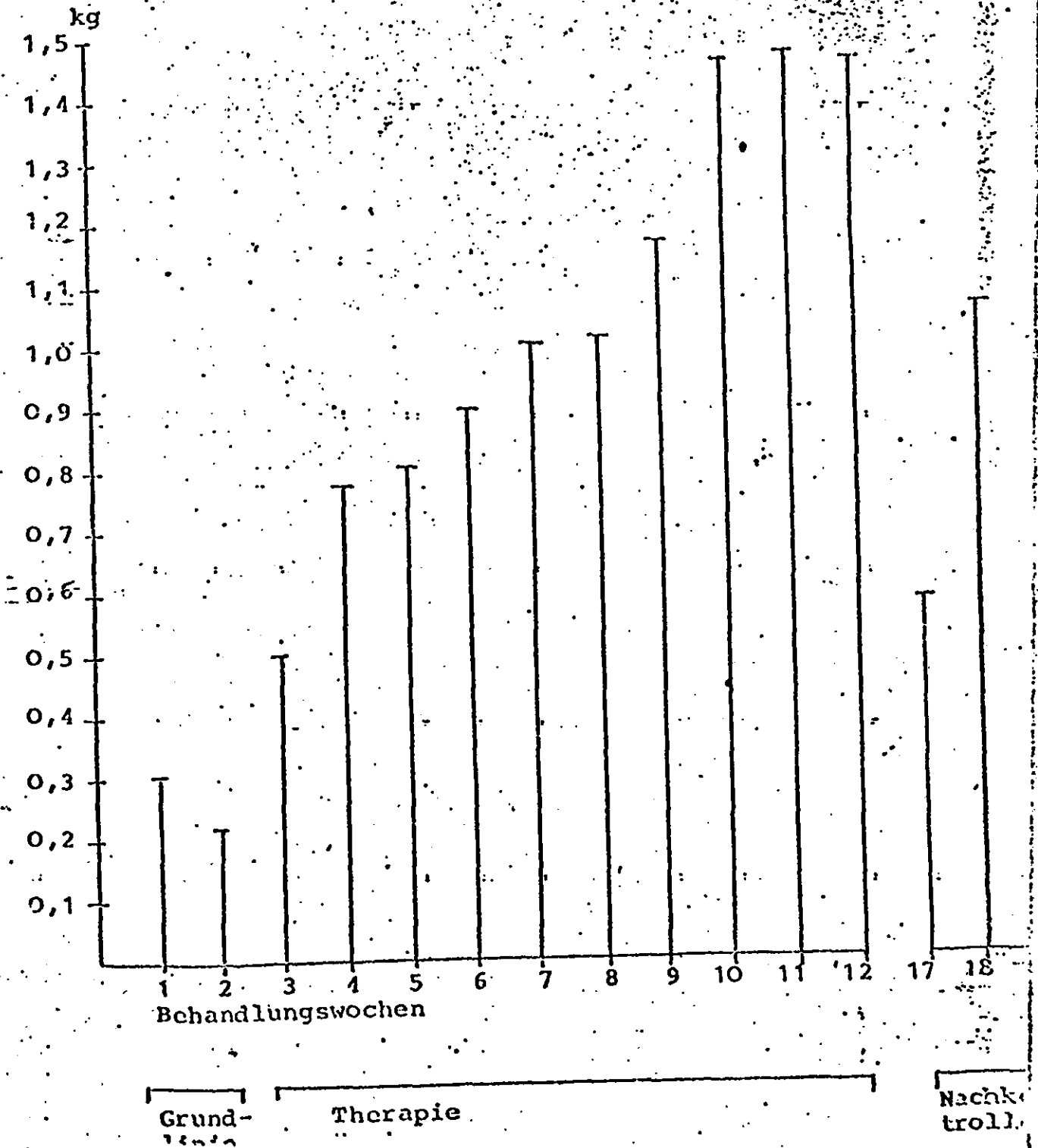
- Abbildung 7 -

Spezifische und unspezifische Faktoren (besseres Verständnis und besseres Befolgen der Therapiemaßnahmen, stärkere Aussenkontrolle und zusätzliche Motivation durch die Gruppensitzungen) können für diesen Verlauf während der Therapie verantwortlich sein, verlieren aber sofort ihre Wirkung in der therapiefreien Zeit. Zur Nachkontrolle haben wir dann den "Nettoeffekt" der Gruppentherapie gegenüber der Brieftherapie, der als nicht bedeutsam beurteilt werden muss. Ramsay und Jongmans ⁽¹⁹⁷⁵⁾ ~~(unveröffentlicht)~~ haben vergleichbare Ergebnisse erzielt, allerdings über eine kürzere Therapiezeit und eine längere Follow up-Dauer.

4.4.1.4. Erfolgskriterien

Die Ergebnisse von Abnahmekuren werden in der Literatur häufig mit sehr unterschiedlichen Kriterien dargestellt und machen schon aus diesem Grund einen Vergleich und eine Bewertung der Ergebnisse fast unmöglich. Dazu kommt, dass alle verwendeten Erfolgskriterien mit Schwächen behaftet sind: sie sind abhängig vom Ausgangsgewicht und dem Übergewicht der untersuchten Stichprobe, sie hängen von der Therapiedauer ab und ihnen liegen in der Regel Differenzwerte zu Grunde, die an sich schon sehr unzuverlässig sind.

Abbildung 7: Differenz der über die Behandlungswochen kumulierten Gewichtsabnahme zwischen Kontakt- und Briefgruppe



Wir stellen unsere Ergebnisse anhand von fünf verschiedenen Kriterien dar; diese Darstellung ermöglicht somit eher einen Vergleich und ist auch deshalb notwendig, weil eine statistisch bedeutsame Abnahme noch lange nicht einer biologisch bedeutsamen Gewichtsveränderung entsprechen muss. Zu den üblichen Abnahmewerten verwenden wir daher zwei in der medizinischen Literatur gebrauchte Abnahmeindizes (vgl. Liebermeister, 1968):

Der Trulson-Index erfordert bei bestimmten Ausgangsgewichten eine Mindestabnahme und wird entsprechend als "positiv" oder "negativ" gewertet.

Der Reduktionsindex (RI) von Feinstein ist ein relatives Abnahmemass und lautet:

$$RI = \text{Gewichtsabnahme (kg)} \times \frac{\text{Ausgangsgewicht (kg)} \times 100}{\text{Übergew. (kg)} \times \text{Normalgew. (kg)}}$$

In der Regel nimmt der Reduktionsindex Werte grösser als 50 an, wenn der Trulson-Index positiv ist.

Tabelle 8 stellt die Therapieergebnisse (Woche 0 - Woche 12) der Therapiegruppen im Vergleich der verschiedenen Kriterien dar.

- Tabelle 8 -

Die Ergebnisse für alle 40 Klienten zusammengefasst sind: die durchschnittliche Gewichtsabnahme beträgt 7,6 kg und entspricht einer durchschnittlichen Verringerung des Übergewichts von 42 %. 62,5 % der Klienten erreichen eine Gewichtsabnahme von 4,5 - 9,0 kg, 15 % liegen darunter und 22,5 % nehmen mehr als 9 kg ab. (Die maximale Gewichtsabnahme ist 18,5 kg.) Der Trulson-Index ist bei 35 % der Klienten positiv; der durchschnittliche Reduktionsindex beträgt 54,6.

abelle 8.: Vergleich verschiedener Therapieerfolgskriterien

	Abnahme (0-12) in kg		Abnahme (0-12) in % d. Übergewichts		Reduktionsindex (Felsenstein)		% Vpn mit pos. Trulson-Index	% Vpn mit Abnahme (0-12)			
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		b. 4.5	4.5-9.0	9.1-18	ü.
Intakt- Gruppe (n=20)	8.4	4.0	46.1	24.4	59.5	28.8	50	20	50	25	
Tief- Gruppe (n=20)	6.9	2.2	38.8	22.0	49.8	24.2	20	10	75	15	
Gesamt- Gruppe (n=40)	7.6	3.2	42.4	23.2	54.6	27.1	35	15	62.5	20	

4.1.5. Gewichtsdaten der nicht ausgewerteten Klienten

N = 17 Klienten, die den Kontrakt zur Teilnahme unterschrieben, konnten für die Endauswertung nicht berücksichtigt werden, weil sie:

- die Therapie nicht begonnen haben (KG: 3; BG: 2);
- die Therapie abgebrochen haben (KG: 1; BG: 4);
- nur unvollständige Daten geschickt haben (KG: 1; BG: 1);
- extreme Übergewichtswerte haben ¹⁾ (KG: 2; BG: 3).

Die Gewichtsdaten dieser 17 Versuchspersonen sind in der Tabelle 9 aufgeführt.

- Tabelle 9 -

Es verdient festgehalten zu werden, dass die Ausfallrate von Klienten, die nach begonnener Therapie abbrachen, kleiner als 10 % ist. Vier dieser fünf Abbrecher hatten auch keine Kautions hinterlegt, ebenso wie die fünf Personen, die vor Beginn der Therapie ihren Entschluss zur Teilnahme rückgängig machten. Das Deponieren einer Kautions scheint demzufolge ein gutes Motivationskriterium zu sein.

Zwei der vier abbrechenden Klienten aus der Briefgruppe haben die ersten zwölf Wochen der Therapie mitgemacht, waren dann aber zur Nachkontrolle nicht mehr erreichbar. Es spricht daher nichts für die Vermutung, dass Teilnehmer einer brieflichen Therapie eher die Behandlung abbrechen, sofern bestimmte Teilnahmebedingungen gestellt werden.

¹⁾ Diese Personen mit sehr geringem oder sehr hohem Übergewicht wurden aus der Endauswertung eliminiert, um einerseits die Gruppen parallel zu halten, und um andererseits die Streuung innerhalb der Gruppen zu verringern, so dass die varianzanalytische Auswertung möglich wurde.

Tabelle 9: Gewichtsdaten der nicht ausgewerteten Klienten

12a) Klienten, die die Therapie nicht angefangen haben:

	Alter	Geschlecht	Gewicht (kg)	Übergewicht bezogen auf Normalgewicht		Übergewicht bezogen auf Idealgewicht	
				kg	%	kg	%
<u>KG:</u>	20	w	85	17.7	26.3	21.0	32.8
	24	w	78	22.8	41.3	27.6	54.7
	26	m	103	31.8	44.6	37.4	56.1
<u>EG:</u>	40	w	84	12.1	16.8	24.0	40.0
	33	m	98	19.5	24.5	25.0	36.1

12b) Klienten, die die Therapie abgebrochen haben:

	Alter	Geschl.	Gewicht (kg)	Übergewicht bezogen a. Normalgewicht		Übergewicht bezogen a. Idealgewicht		Dauer der Therapie	Gewichtsnahme (x w.d. The
				kg	%	kg	%		
<u>KG:</u>	32	w	75	11.8	18.6	20.0	37.9	3 Wo.	-2.0
<u>EG:</u>	25	w	56	4.4	8.3	12.0	27.2	12 Wo.	-2.5
	25	w	80	25.2	45.9	32.8	69.5	7 Wo.	-4.5
								6 Wo.	-1.0

belle 9: Fortsetzung

c) Klienten, die nur unvollständige Daten geschickt haben:

	Alter	Geschl.	Gewicht (kg)	bezogen		bezogen		Gewichts- abnahme w.d. Therapie	Gewichtsab- nahme (kg) b.z. Nach- kontrolle
				Übergewicht a. Normalgewicht kg	✓ %	Übergewicht a. Idealgewicht kg	✓ %		
:	26	w	70	10.3	18.0	17.2	32.6	-2.0	-3.0
:	37	w	73	11.8	19.0	21.0	40.4	-6.0	-0

d) Klienten mit extremen Übergewichtswerten

	Alter	Geschl.	Gewicht (kg)	bezogen		bezogen		Gewichts- abnahme w.d. Therapie	Gewichtsab- nahme (kg) b.z. Nach- kontrolle
				Übergewicht a. Normalgewicht kg	✓ %	Übergewicht a. Idealgewicht kg	✓ %		
:	38	w	70	7.4	12.0	16.4	30.6	-6.0	+1.0
:	41	m	78	5.1	7.0	15.0	24.8	-3.0	0
:	31	w	110	46.2	72.0	54.8	99.2	-6.0	0
:	37	m	95	41.5	13.0	17.6	23.0	-9.0	0
:	27	m	130	46.5	56.0	52.6	68.0	-11.5	-10.0

4.4.1.6. Diskussion der Ergebnisse

Die bisherigen Hauptergebnisse sind folgende:

a) Mit dem entwickelten Selbstkontrollprogramm für eine zwölfwöchige Therapie wird eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von 7,6 kg erzielt. Dies entspricht einer Abnahme des relativen Übergewichts von 31 % auf 17 %. Diese Gewichtsabnahme liegt damit höher als die relativen der in der verhaltenstherapeutischen Literatur beschriebenen vergleichbaren Ergebnisse.

b) Statistisch gesehen erweist sich die direkte Gruppen- therapie der brieflichen Ferntherapie zu keinem Zeitpunkt im gesamten Behandlungsverlauf überlegen. Diese Unterschiede können wir dahin spezifizieren, dass es zwar während der Therapiephase zu einer zunehmenden Differenzierung bei beiden Therapiearten kommt, dieser Effekt aber eng an die Therapie gebunden ist und schon nach einer Kontrolldauer von fünf Wochen im wesentlichen verblasst.

Für diesen Effekt sollten Faktoren verantwortlich sein, die mit der Wirksamkeit des Selbstkontrollprogramms sich nichts zu tun haben.

c) Der typische asymptotische Verlauf der Abnahme der die mangelnde Wirksamkeit der Therapie über längere zeit hinaus machen Verbesserungsmaßnahmen notwendig: die kurzfristige und langfristige Wirksamkeit der Therapie muss durch anschluss an Techniken verbessert werden; diese Techniken zugunsten gegen den Rückfall gerichtet sein. Veränderte oder zusätzliche Reizbedingungen der Therapie sollten den asymptotischen Verlauf so die Wirkung während der Therapie optimieren.

Wir schliessen nun die Analyse des Therapieverlaufs auf der Verhaltensebene (Abschnitt 4.2.) und auf der Motivationsebene (Abschnitt 4.3.) an.

4.2. Analyse der Verhaltensdaten

4.2.1. Fragestellungen und Auswertung

Die Therapieergebnisse bisher zeigen, dass das Therapieprogramm als Ganzes zu einer bedeutsamen Gewichtsabnahme bei den übergewichtigen Klienten geführt hat.

Einen detaillierteren Eindruck des therapeutischen Geschehens soll die Analyse der Verhaltensänderungen ergeben, wobei besonders die Abhängigkeit dieser Änderungen von zeitlich fixierten Therapiemassnahmen und der Art der Therapiedurchführung interessiert.

Die allgemeine Fragestellung lautet dabei: Führen einzelne Therapiemassnahmen in vorhersagbarer Weise zu Veränderungen in bestimmten Verhaltensparametern? Werden die beiden Therapiegruppen durch bestimmte Therapiemassnahmen unterschiedlich beeinflusst? Wie lange werden einzelne Verhaltensänderungen beibehalten?

Das therapeutische Geschehen von der dritten Behandlungswoche an ist im wesentlichen mit der Einführung der folgenden Massnahmen verknüpft:

3. Woche: Reduktion der Kalorienaufnahme auf das Niveau der individuellen Kalorienrichtwerte - Aufhebung der Regel in der neunten Woche.

3. Woche: Aufbau der Reizkontrolle durch Veränderung der Umgebungsreize der Mahlzeiten (z.B. keine Nebentätigkeiten während des Essens).

4. Woche: Aufbau der zeitlichen Reizkontrolle durch Einführung von fünf täglichen Mahlzeiten in regelmäßigen Abständen. Verlängerung der Dauer einzelner Mahlzeiten durch langsames Essen und kurze Unterbrechungen des Essens.
5. Woche: Aufbau der Reizkontrolle durch Veränderung der unmittelbaren situativen Bedingungen und des Ablaufs der einzelnen Mahlzeiten.
6. Woche: Bewegungsprogramm

In den nachfolgenden Wochen sollen die bisher gesetzten Veränderungen stabilisiert werden.

Wir erwarten nun Auswirkungen dieser Therapiemassnahmen auf die Menge der Nahrungsaufnahme, die Häufigkeit und Dauer der Mahlzeiten, die Häufigkeit von Nebentätigkeiten bei Mahlzeiten, den Kalorienverbrauch durch zusätzliche körperliche Aktivität. Die täglichen Registrierungen der Klienten mittels der Beobachtungskarten ergeben die entsprechenden Messwerte:

- Kalorienaufnahme (Kcal) durch Nahrungsmittel
- Kalorienausgabe (Kcal) durch Bewegung
- Anzahl Nebentätigkeiten
- Anzahl Mahlzeiten
- Gesamtzeit der Mahlzeiten (Min.)

Als abgeleitete Messwerte benutzen wir zusätzlich: Kalorien/Mahlzeit; Kalorien/Minute ("Essgeschwindigkeit"); % Kalorien nachmittags (der prozentuale Anteil der nach 14.00 Uhr aufgenommenen Kalorienmenge am Tag); Zeit/Mahlzeit; % Mahlzeiten mit Nebentätigkeiten.

Durch die unterschiedlichen Zeitpunkte der einzelnen Therapieschritte und die verschiedenen Verhaltensparameter erhalten wir für die Vorhersage und Analyse ein System von multiplen Grundlinien.

Die Auswertung geht in mehreren Schritten wie folgt vor sich: Die allgemeinen Fragestellungen nach Veränderungen über die Behandlungswochen und differentiellen Auswirkungen der Therapiemaßnahmen in Abhängigkeit von der Behandlungsart werden durch Kovarianzanalysen geprüft (bifaktorielle Kovarianzanalyse mit wiederholten Messungen auf einem Faktor; Kovariable sind die Messwerte aus der ersten Behandlungswoche). Die Vorhersage lautet stets: es ergeben sich signifikante Effekte der Behandlungswochen; signifikante Wechselwirkungen zwischen den Faktoren "Therapiegruppe" und "Behandlungswochen" würden für eine unterschiedliche Wirkung auf die Behandlungsgruppen sprechen.

Der spezifische Verlauf einzelner Verhaltensparameter über die Behandlungswochen wird separat nach Therapiegruppe mit einer Trendanalyse geprüft (varianzanalytische Schätzung der Trendkomponenten bei wiederholter Messung) (Winer, 1962).

Die allgemeine Vorhersage ist, dass sich die Verhaltensparameter im Sinne eines linearen (oder auch kubischen) Trends verändern. Signifikante quadratische Trendkomponenten würden bedeuten, dass es zu rückläufigen Veränderungen kommt. Wöchentliche Veränderungen der Streuung von Verhaltensparametern werden durch t-Tests für Streuungen korrelierter Messwerte geprüft (Ferguson, 1959).

Die Zeitverläufe der Verhaltensparameter werden graphisch dargestellt und sollen die Abhängigkeit der Verhaltensänderungen von den Zeitpunkten der entsprechenden Therapieschritte illustrieren (Abbildung 8 - 15).

4.4.2.2. Die Zuverlässigkeit der Verhaltensdaten

Die Genauigkeit oder Validität der auf Selbstbeobachtung beruhenden Daten wird in der Regel als nicht sehr hoch angesehen und ist von einer Reihe möglicher Wahrnehmungs-, Beurteilungs- und Registrierfehler abhängig. Dazu kommt, dass die Selbstbeobachtung in der Regel das Verhalten schon verändert. Die Kontrolle der Genauigkeit derartiger Daten unter praktischen Bedingungen stösst auf eine Reihe fast unlösbarer methodischer Schwierigkeiten.

Die Fehlerhaftigkeit von Beobachtungsdaten kann allerdings verringert werden, wenn die zu beobachtenden Verhaltensweisen und Gegenstände gut definiert und eindeutig beobachtbar sind, wenig subjektive Schlussfolgerungen erfordern und unmittelbar ohne längere Gedächtnisleistungen registriert werden.

Unsere Instruktionen zur Selbstbeobachtung (Anhang, 2. Information) sind entsprechend diesen Zielen formuliert und sollten bei Befolgung durch die Klienten zu relativ wenig unsystematischen Fehlern führen. Systematische oder konstante Fehler (z.B. die Tendenz, die Kalorienmenge einer Nahrung stetig zu überschätzen oder zu unterschätzen) gehen natürlich in die Daten ein.

Um nun zumindest einen Anhaltspunkt für die Zuverlässigkeit der Registrierungen über die Zeit (also im Längsschnitt) zu bekommen, überprüfen wir die "Konsistenz" der individuellen Registrierungen über eine varianzanalytische Auswertung der täglichen Beobachtungen (Winer, 1962), und zwar getrennt für die erste, sechste und zwölfte Behandlungswoche.

Die Zuverlässigkeitskoeffizienten der verschiedenen Messwerte sind in Tabelle 10 aufgegeben.

Tabelle 10: Varianzanalytische Zuverlässigkeitsschätzungen
(r) der Verhaltensdaten.
(Dezimalstellen sind weggelassen)

	1. Woche	6. Woche	12. Woche	\bar{r}
Kalorienaufnahme	79	82	96	86
Anzahl der Mahlzeiten	93	82	91	88
Dauer der Mahlzeiten am Tag	76	85	91	84
Kalorienausgabe durch zusätzl. körperl. Bewegung	74	78	87	80
Abgeleitete Meßwerte:				
% Mahlzeiten mit Neben- tätigkeiten	82	78	93	84
Zeit/Mahlzeit	73	84	91	84
Kalorienaufnahme/Minute	81	92	96	90
Kalorienaufnahme/Mahlzeit	76	83	92	84
% Kalorienaufnahme nachmittags	65	75	73	71
\bar{r}	78	83	90	

Die Koeffizienten liegen mit einer Ausnahme im Mittel der drei Wochen über $r = 0.80$. Man kann ferner sehen, dass mit der Anzahl der Behandlungswochen die Zuverlässigkeit der Daten ansteigt ($\bar{r} = 0.78$ in der ersten Woche; $\bar{r} = 0.90$ in der zwölften Woche).

Der Koeffizient gibt an, wie genau im Sinne einer Wiederholungszuverlässigkeit die wöchentlichen Summenwerte oder Mittelwerte eines einzelnen Klienten sind. Dies sind genau die Werte, die den weiteren Auswertungen zugrunde liegen, und insgesamt als hinreichend zuverlässig angesehen werden können.

4.4.2.3. Ergebnisse

4.4.2.3.1. Tägliche Kalorienaufnahme (Tabelle 11, Abbildung 8 - 9)

Durch die Einführung der Kalorienrichtwerte in der dritten Behandlungswoche ist eine Verringerung der Kalorienaufnahme zu erwarten, die über die Therapiezeit hin beibehalten wird. Die verschiedenen verhaltenstherapeutischen Massnahmen in den folgenden Wochen sollten das Einhalten der Kalorien-grenze erleichtern, so dass die Streuung in der Kalorienaufnahme von der dritten Woche an zunehmend geringer wird. Von der neunten Woche an können die Klienten ihren Kalorienrichtwert selbst bestimmen, daher ist zu erwarten, dass die Streuung gegen Ende der Therapie wieder zunimmt.

Die Ergebnisse der Kovarianzanalyse erbringen einen signifikanten Effekt der Behandlungswochen, wie zu erwarten war. Die Trendanalysen zeigen für die Kontaktgruppe die erwartete

elle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen der täglichen Kalorienaufnahme

and- gs- ne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18	19	
takt- uppe (20)	\bar{x}	1853.2	1786.1	1451.7	1388.6	1417.8	1372.7	1323.1	1394.5	1432.8	1351.2	1389.6	1492.3	1547.5	1662.4
	SD	613.5	568.1	529.1	290.8	329.1	312.9	321.2	304.3	394.2	347.1	331.9	503.6	517.8	718.1
ef- uppe (20)	\bar{x}	2076.5	1668.7	1482.3	1522.8	1468.2	1483.5	1497.3	1525.0	1458.8	1462.5	1452.1	1520.6	1521.9	1619.3
	SD	569.0	396.1	248.1	343.0	275.4	270.2	244.2	271.1	295.4	300.7	357.6	386.8	352.5	324.4
samt- uppe (40)	\bar{x}	1964.8	1727.4	1466.9	1455.7	1443.0	1428.1	1410.2	1459.8	1445.8	1406.8	1420.9	1506.4	1534.6	1640.8
	SD	602.1	493.3	413.5	325.0	304.5	297.5	298.3	295.5	348.6	329.5	346.4	449.2	443.1	557.8

Rückfalltendenz (signifikanter quadratischer Trend), für die Briefgruppe die Signifikanz aller Trendkomponenten.

- Tabelle 12 -

Da die Wechselwirkung in der Kovarianzanalyse nicht signifikant ist, können wir keinen prinzipiell verschiedenen Verlauf für die Gruppen annehmen. Die Abbildung 8 zeigt, dass die Kontaktgruppe in der Mitte der Therapie tiefer unter den Richtwerten liegt als die Briefgruppe, daher auch der stärkere Rückfall.

- Abbildung 8 -

Die Statistische Analyse der wöchentlichen Veränderungen der Streuung der Kalorienaufnahme zeigt im Prinzip für beide Gruppen den erwarteten Verlauf, wenngleich entsprechende signifikante Veränderungen nur bei der Kontaktgruppe auftreten.

- Abbildung 9 -

- Tabelle 13 -

4.4.2.3.2. Nebentätigkeiten während der Mahlzeiten (Tabelle 14, Abbildung 10)

Die in der dritten Behandlungswoche eingeführte Verhaltensregel 3 soll bewirken, dass das Essen von anderen Aktivitäten isoliert ist. Wir erwarten daher in der dritten Woche eine Verminderung der Anzahl Mahlzeiten mit Nebentätigkeiten, die über die Therapie hin nachzuweisen ist.

Abbildung 10 zeigt die Mittelwerte der relativen Häufigkeit von Mahlzeiten mit Nebentätigkeiten.

Tabelle 12: Auswertung der Verhaltensdaten: Kalorienaufnahme
(vgl. Abb. 8)

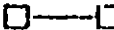

Kovarianzanalyse:

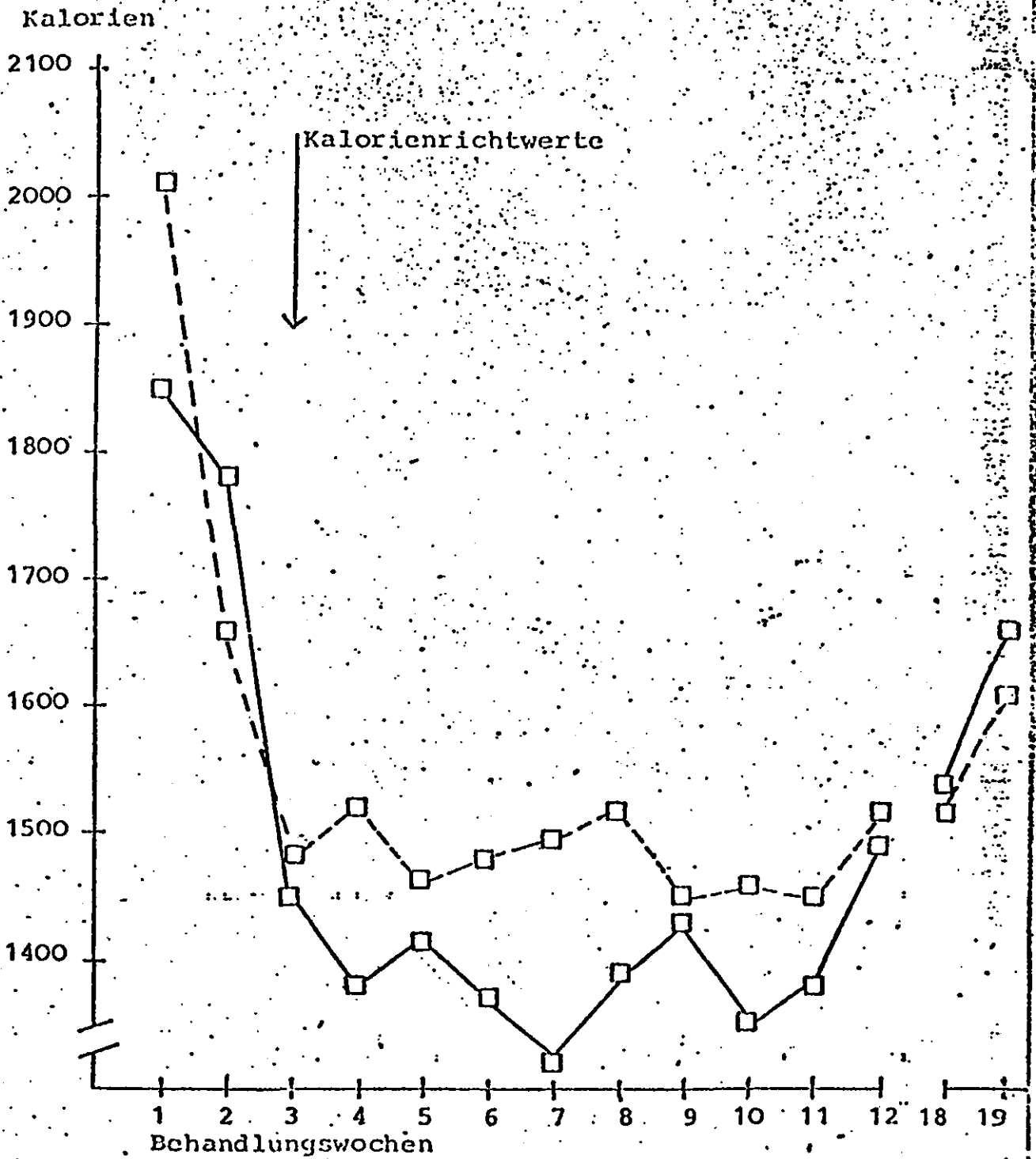
Quelle der Variation	Quadratsumme	df	Mittleres Quadrat	F-Test	Signifikanz
Covariate	26726912.0	1	26726912.0	36.389	p < 0.001
Therapiegruppe	143776.0	1	143776.0	0.195	p > 0.500
Vpn (innerh.)	27175456.0	37	734471.8	--	--
Behandlungswoche	4399712.0	12	366642.6	7.444	p < 0.001
Wechselwirkung	804064.0	12	67005.3	1.361	p = 0.182
Restvarianz	22408944.0	455	49250.4	--	--

Trendanalyse: Signifikante Trendkomponenten

	Kontaktgruppe	Briefgruppe
linear		p < 0.01
quadratisch	p < 0.001	p < 0.001
kubisch		p < 0.05

pro Tag

KG 
BG 



Grundlinie | Therapie

Nachkontroll

Abbildung 9: Streuung der täglichen Kalorienaufnahme

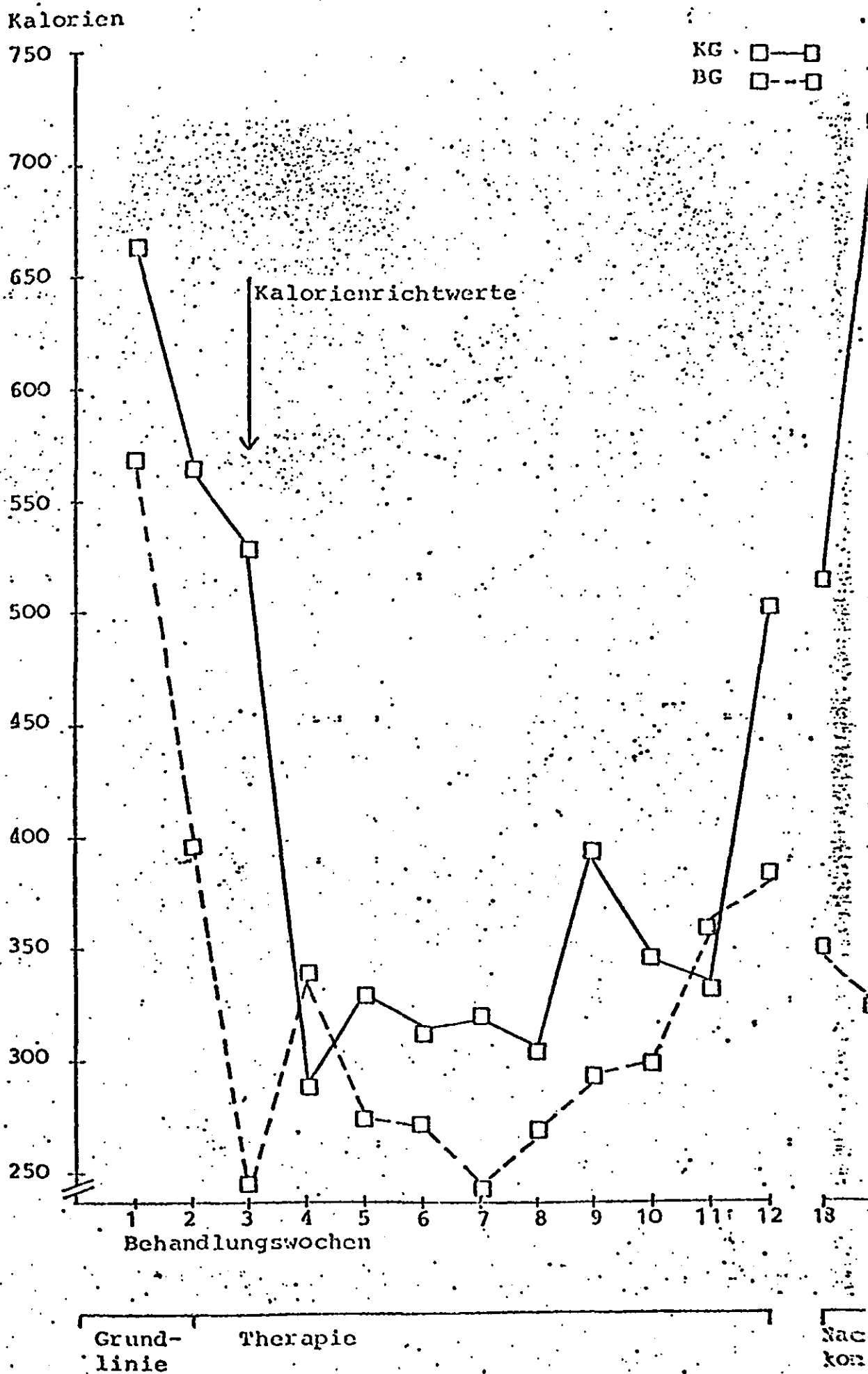


Tabelle 13: Auswertung der Verhaltensdaten: Veränderung der Streuung der Kalorienaufnahme (vgl. Abb. 9)

t-Test für Streuungen korrelierter Meßwerte
(negative Werte bedeuten Anstieg der Streuung)

Vergleich der Behandlungswochen	Kontaktgruppe	Briefgruppe
1 - 2	0.24	0.98
2 - 3	0.23	1.31
3 - 4	1.77 ⁺	- 1.04
4 - 5	- 0.71	0.64
5 - 6	0.23	0.08
6 - 7	- 0.10	0.57
7 - 8	0.27	- 0.52
8 - 9	- 0.93	- 0.33
9 - 10	0.64	- 0.06
10 - 11	0.23	- 0.62
11 - 12	- 2.10 ⁺	- 0.59
12 - 18	- 0.12	0.37
18 - 19	- 2.01 ⁺	0.27

+++ p < 0.001

++ p < 0.01

+ p < 0.05

- Abbildung 10 -

Die Kovarianzanalyse ergibt signifikante Haupteffekte; der Effekt der Wechselwirkung von Therapiegruppe und Behandlungswochen ist fast auf dem 5%-Niveau signifikant. Dies könnte bedeuten, dass die Klienten in Abhängigkeit von der Art der Therapiedurchführung verschieden auf die Therapiemassnahme reagieren. Die Trendanalysen ergeben für beide Gruppen sehr signifikante lineare, quadratische und kubische Trends. Der quadratische Trend deutet auf einen Rückfall hin.

- Tabelle 14 -

In beiden Gruppen sinkt die Häufigkeit von Nebentätigkeiten in der dritten Woche entscheidend ab und bleibt bis zur neunten Woche auf diesem niedrigen Niveau. Von da an wird vor allem die Kontaktgruppe partiell rückfällig; dieser Effekt zeigt sich auch in den Daten der Nachkontrolle (18. und 19. Woche).

4.4.2.3.3. Regelmässigkeit der Nahrungsaufnahme

In der vierten Behandlungswoche wird die Verhaltensregel 5 eingeführt, die zu einer gleichmässig über den Tag verteilten Nahrungsaufnahme mit fünf täglichen Mahlzeiten führen soll. Zwei mögliche Effekte dieser Regel sollen untersucht werden:

Abbildung 10: Relative Häufigkeit von Mahlzeiten mit Nebentätigkeiten

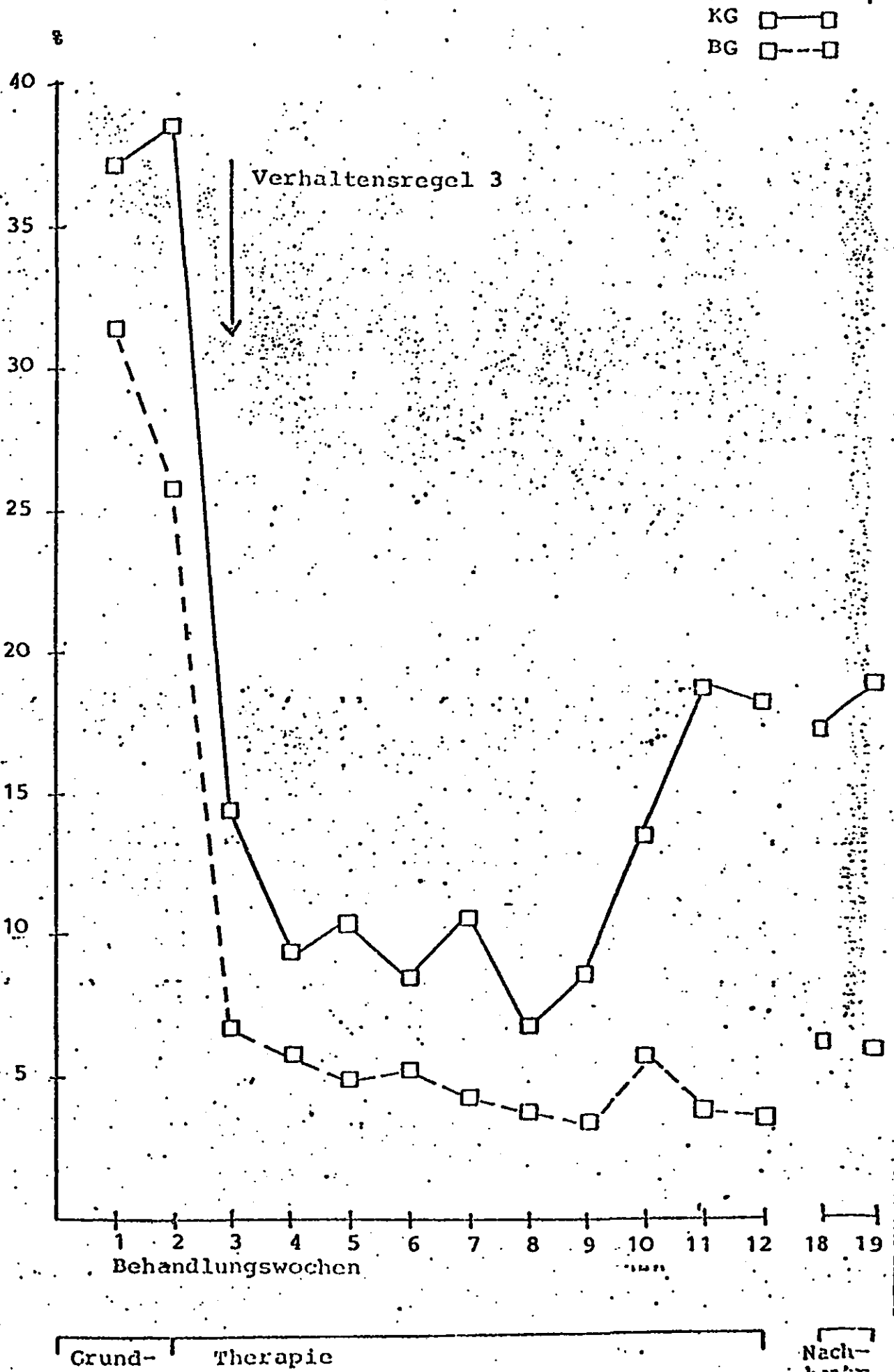


Tabelle 14: Analyse der Verhaltensdaten: Relative Häufigkeit von Mahlzeiten mit Nebentätigkeiten (vgl. Abb. 10)

Kovarianzanalyse:

Quelle der Variation	Quadratsumme	df	Mittleres Quadrat	F-Test	Signifikanz
Covariate	14553.188	1	14553.188	13.883	p < 0.001
Therapiegruppe	5499.480	1	5499.480	5.246	p < 0.05
Vpn (innerh.)	38785.051	37	1048.244	--	--
Behandlungswochen	22184.527	12	1848.710	17.260	p < 0.001
Wechselwirkung	2263.773	12	188.648	1.761	p = 0.053
Restvarianz	48736.223	455	107.113	--	--

Trendanalyse: Signifikanz der Trendkomponenten:

	Kontaktgruppe	Briefgruppe
linear	p < 0.01	p < 0.001
quadratisch	p < 0.001	p < 0.001
kubisch	p < 0.001	p < 0.001

a) Verringerung der Streuung der Anzahl Mahlzeiten
(Tabelle 15, Abbildung 11)

Die Verringerung der Streuung der Anzahl Mahlzeiten in der vierten Behandlungswoche und danach sollte (eher als der Mittelwert) ein Indikator dafür sein, dass die Klienten die Regel befolgen und sich auf fünf Tagesmahlzeiten einstellen.

Die Streuungen der Anzahl Mahlzeiten sind in Abbildung 11 dargestellt.

- Abbildung 11 -

In Tabelle 20 ist die statistische Signifikanz der Veränderungen der Streuungen von Woche zu Woche für beide Gruppen getrennt aufgeführt.

- Tabelle 15 -

Für beide Gruppen kommt es zu einer erwartungsgemässen grösseren Reduktion der Streuung von der dritten zur vierten Behandlungswoche, wenngleich diese nur für die Kontaktgruppe signifikant ist. In beiden Gruppen zeigt sich von der elften zur zwölften Woche und in der Nachkontrolle eine Rückfalltendenz, die allerdings nur für die Briefgruppe signifikant ist. Schon vor Einführung der Regel 5 treten in beiden Gruppen signifikante Streuungsverminderungen auf.

Häufigkeit
(Mahlzeiten)

12

11

10

9

8

7

6

5

4

3

KG □—□

BG □- -□

Verhaltensregel 5

Behandlungswochen

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

18

19

Grund-
linie

Therapie

Nach-
kontrolle

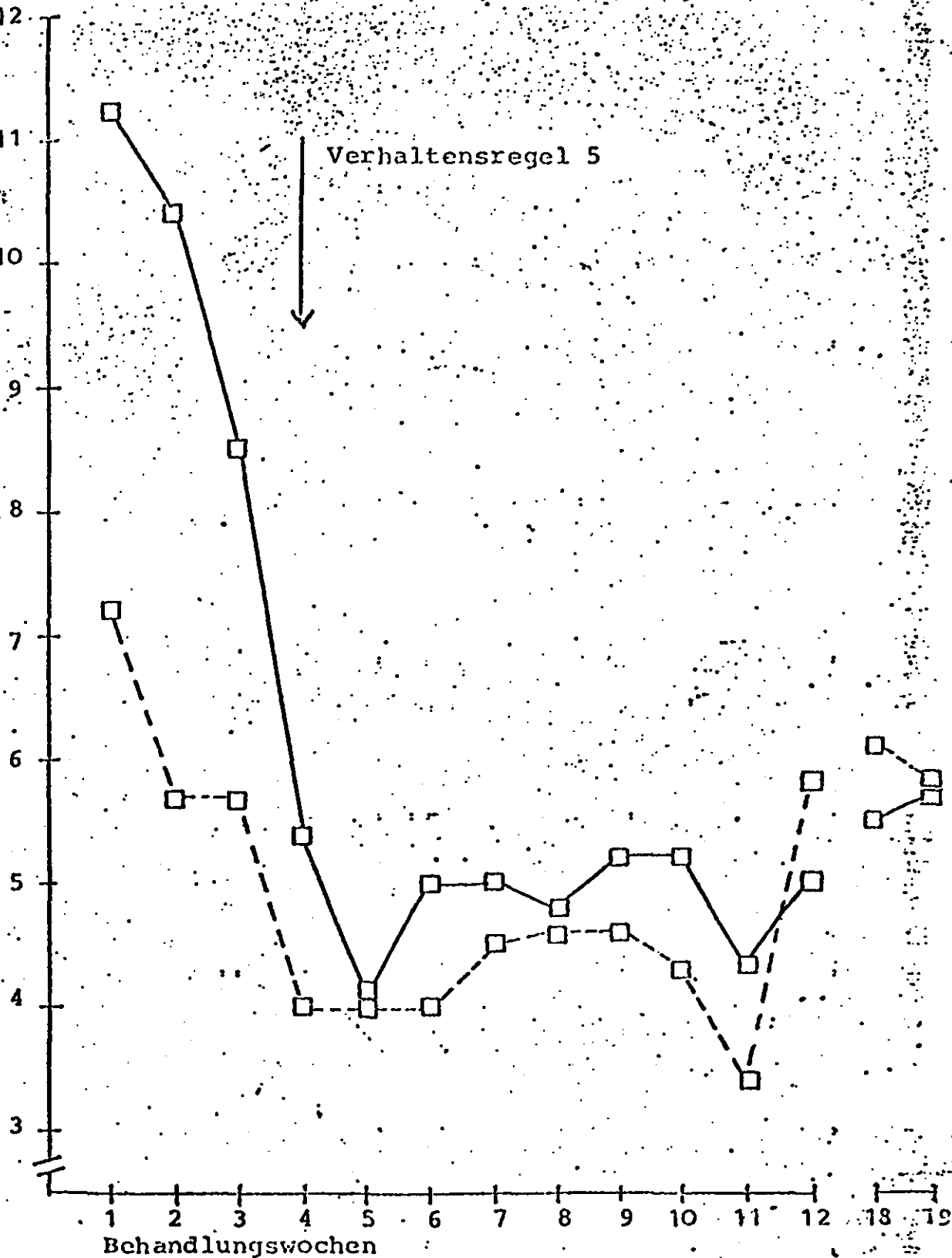


Tabelle 15: Auswertung der Verhaltensdaten: Veränderung der Streuung der Mahlzeiten pro Woche (vgl. Tab. 19; Abb. 11)

t-Test für Streuungen korrelierter Meßwerte
(negative Werte bedeuten Anstieg der Streuung)

Vergleich der Behandlungswochen	Kontaktgruppe	Briefgruppe
1 - 2	0.71	1.86 ⁺
2 - 3	1.77 ⁺	0.04
3 - 4	2.63 ⁺⁺	1.56
4 - 5	1.67	0.05
5 - 6	- 1.02	0.01
6 - 7	0.02	- 0.95
7 - 8	0.46	0.18
8 - 9	- 0.59	- 0.11
9 - 10	0.07	0.63
10 - 11	1.55	1.82 ⁺
11 - 12	- 1.47	- 3.62 ⁺⁺⁺
12 - 18	- 0.79	- 0.35
18 - 19	- 0.39	0.42

+++ p < 0.001

++ p < 0.01

+ p < 0.05

- b) Verringerung der Kalorienaufnahme in der zweiten Tageshälfte (Tabelle 16 Abbildung 12)

Die häufig bei Übergewichtigen zu beobachtende ungleichmässige Verteilung der Kalorienaufnahme so, dass bis zu zwei Drittel der täglichen Kalorienaufnahme in der zweiten Tageshälfte aufgenommen wird, sollte durch die Regel 5 beeinflusst werden. Wir erwarten daher in der vierten Behandlungswoche eine Verringerung der prozentualen Kalorienaufnahme am Nachmittag, die danach beibehalten werden sollte. Mittelwerte der prozentualen Kalorienaufnahme am Nachmittag finden sich in Abbildung 12.

- Abbildung 12 -

Die Kovarianzanalyse ergibt einen signifikanten Effekt der Behandlungswochen. Die Trendanalyse bestätigt in beiden Gruppen einen linearen Trend, in der Kontaktgruppe zusätzlich einen quadratischen Trend, der für einen teilweisen Rückfall spricht.

- Tabelle 16 -

Die Abbildung 12 macht deutlich, dass die Veränderung des untersuchten Verhaltensparameters in keiner unmittelbaren Relation zur Einführung der Regel 5 steht. Der maximale Effekt tritt erst in der zehnten Behandlungswoche auf; die Kontaktgruppe ist danach rückfällig, wie die Daten der Nachkontrolle zeigen.

Abbildung 12: % Kalorienaufnahme nachmittags

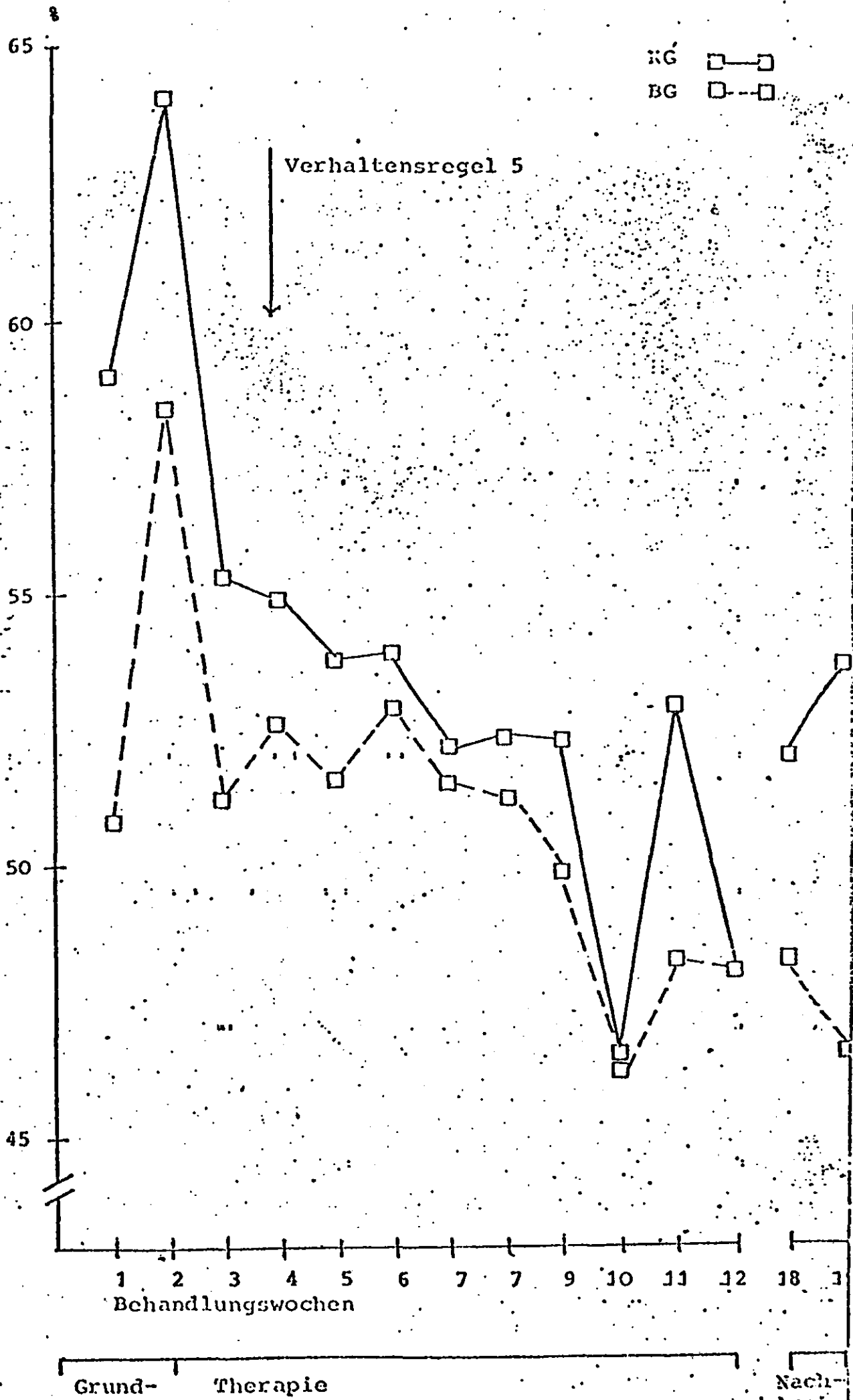


Tabella 16: Auswertung der Verhaltensdaten: % Kalorienaufnahme nachmittags
(vgl. Tab. 21; Abb. 12)

Kovarianzanalyse:

Quelle der Variation	Quadratsumme	df	Mittleres Quadrat	F-Test	Signifikanz
Covariate	11234.438	1	11234.438	21.362	p < 0.001
Therapiegruppen	141.535	1	141.535	0.269	p > 0.500
Vpn. (innerh.)	19458.258	37	525.899	--	--
Behandlungswochen	5960.461	12	496.705	9.157	p < 0.001
Wechselwirkung	613.051	12	51.088	0.942	p > 0.500
Restvarianz	24680.797	455	54.243	--	--

Trendanalyse: Signifikanz der Trendkomponenten

	Kontaktgruppe	Briefgruppe
linear	p < 0.001	p < 0.05
quadratisch	p < 0.01	
kubisch		

4.4.2.3.4. Dauer der Mahlzeiten (Tabelle 23 - 24, Abbildung 13)

Aufgrund der Verhaltensregeln 6 - 9 in der vierten Behandlungswoche, die zu einer Verlangsamung und Unterbrechung des EBvorganges führen sollen, erwarten wir von der vierten Behandlungswoche an eine Zunahme der durchschnittlichen Mahlzeitendauer.

Abbildung 13 zeigt, daß die deutlichsten Veränderungen wie erwartet in der vierten Behandlungswoche auftreten.

- Abbildung 13 -

Die Kovarianzanalyse bestätigt den erwarteten Effekt der Behandlungswochen; die Trendanalysen machen deutlich, daß der Zunahme der durchschnittlichen Mahlzeitendauer in beiden Gruppen ein linearer Trend unterliegt.

- Tabelle 17 -

4.4.2.3.5. "Eßgeschwindigkeit" (Kalorien/Minute) (Tabell 18 - 19, Abbildung 14)

Dieser etwas artifizielle Meßwert soll als globales Verhaltensmaß für therapeutische Veränderungen aufgefaßt werden. Er wird von verschiedenen Maßnahmen beeinflusst, die zu einer Kalorienreduktion und/oder zu einer Verlängerung der Eßdauer führen. Die Maßnahmen aus der dritten, vierten und fünften Behandlungswoche sollten daher sukzessive zu einer

Abbildung 13: Zeit pro Mahlzeit (Min.)

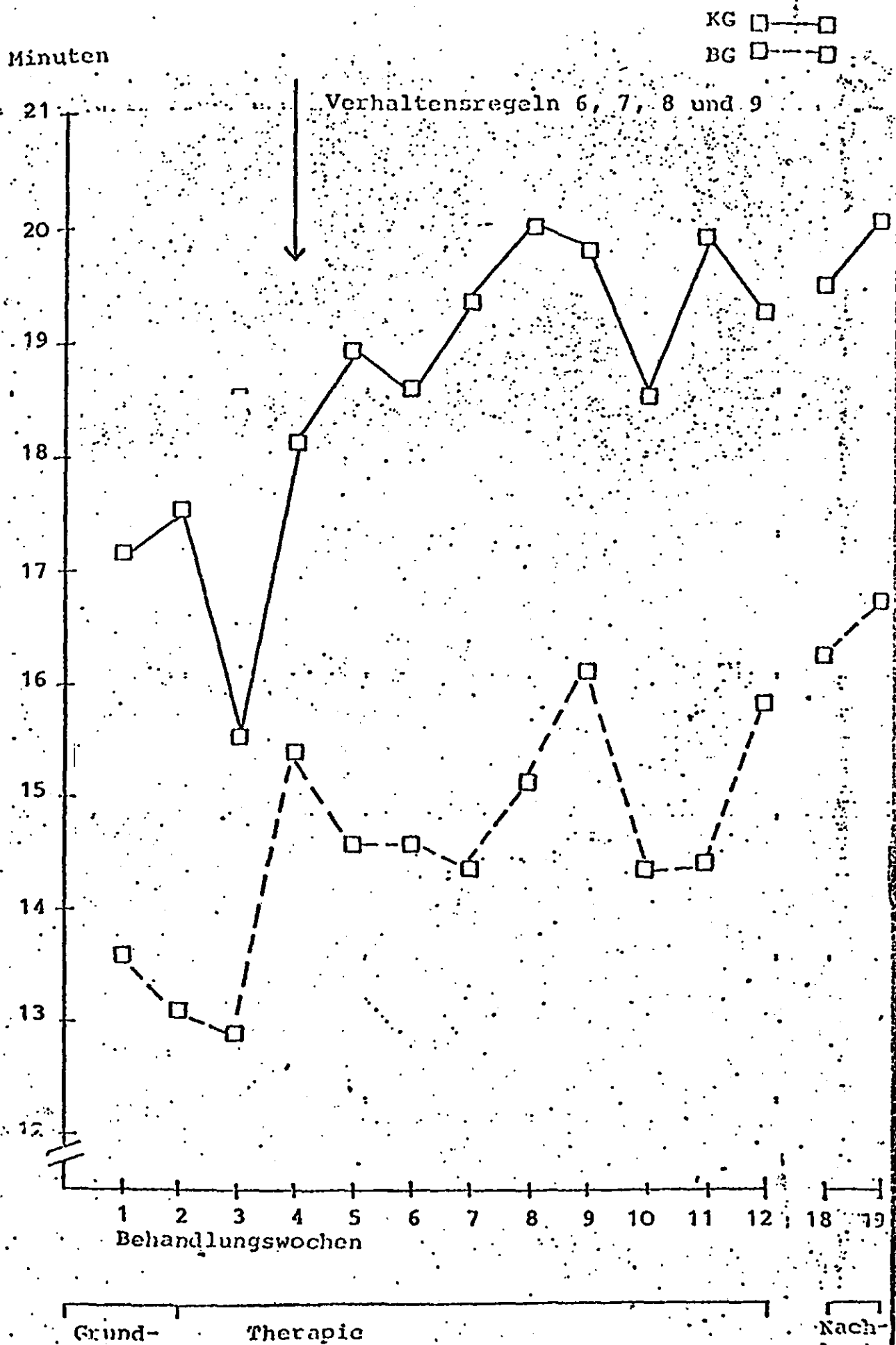


Tabelle 17: Auswertung der Verhaltensdaten: Zeit / Mahlzeit
(vgl. Tab. 23; Abb. 13)

Kovarianzanalyse:

Quelle der Variation	Quadratsumme	df	Mittleres Quadrat	F-Test	Signifikanz
Covariate	4542.160	1	4542.160	20.155	p < 0.001
Therapiegruppen	374.902	1	374.902	1.661	p = 0.206
Vpn. (innerh.)	8350.895	37	225.700	--	--
Behandlungswoche	622.742	12	51.895	3.790	p < 0.001
Wechselwirkung	89.859	12	7.488	0.547	p > 0.500
Restvarianz	6229.457	455	13.691	--	--

Trendanalyse: Signifikanz der Trendkomponenten

	Kontaktgruppe	Briefgruppe
linear	p < 0.05	p < 0.01
quadratisch		
kubisch		

Verringerung der "Essgeschwindigkeit" führen, die dann beibehalten wird.

Mittelwerte und Streuungen der "Essgeschwindigkeit" sind in Tabelle 25 dargestellt.

- Tabelle 18 -

Die Kovarianzanalyse ergibt einen signifikanten Effekt der Behandlungswochen; die Trendanalyse ergibt in beiden Gruppen eine signifikante lineare und eine signifikante quadratische Komponente, die auch hier auf den Rückfall hindeutet.

- Tabelle 19 -

Abbildung 14 zeigt deutlich, dass die "Essgeschwindigkeit" sukzessive bis zur fünften Behandlungswoche abfällt und dieses Niveau dann zunächst gehalten wird.

- Abbildung 14 -

4.4.2.3.6. Bewegungsverhalten (Tabelle 27 - 28, Abbildung 15)

Das Bewegungsprogramm in der sechsten Behandlungswoche sollte zu einem bleibenden Anstieg des täglichen Kalorienverbrauchs um mindestens 50 Kcal führen und durch die Wiederholung des Programms, in der zwölften Woche noch erhöht werden. Mittelwerte und Streuungen der wöchentlichen Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung sind in Tabelle 27 aufgeführt.

- Tabelle 20 -

Die Auswertung in Tabelle 28 ergibt die folgenden Ergebnisse:

Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichungen der "Eßgeschwindigkeit"
(Kalorienaufnahme pro Minute)

Behandlungswoche:		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18
Kontaktgruppe (N=20)	\bar{x}	25.3	24.2	23.8	19.8	17.0	17.8	16.0	16.4	17.0	16.7	16.2	17.2	18.5
	SD	10.6	9.8	7.8	7.5	4.7	5.9	5.1	5.1	5.0	4.8	5.2	5.7	7.4
Briefgruppe (N=20)	\bar{x}	38.4	33.4	31.1	26.7	24.6	25.6	25.4	24.9	22.8	23.4	23.8	23.4	23.2
	SD	13.5	12.0	11.3	11.0	9.2	9.9	9.1	9.0	7.7	8.1	9.3	10.7	10.9
Gesamtgruppe (N=40)	\bar{x}	32.4	28.8	27.5	23.2	20.8	21.7	20.7	20.6	19.9	20.1	20.0	20.3	20.8
	SD	13.6	11.9	10.4	10.0	8.3	9.0	8.7	8.5	7.1	7.5	8.4	9.1	9.6

Tabelle 19: Auswertung der Verhaltensdaten:

"Eßgeschwindigkeit" $\left(\frac{\text{Kalorien}}{\text{Minute}} \right)$

(vgl. Tab. 25; Abb. 14)

Kovarianzanalyse:

Quelle der Variation	Quadratsumme	df	Mittleres Quadrat	F-Test	Signifikanz
Covariate	12448.145	1	12448.145	29.261	p < 0.001
Therapiegruppe	526.408	1	526.408	1.237	p = 0.274
Vpn. (innerh.)	15740.324	37	425.414	--	--
Behandlungswochen	3973.984	12	331.165	15.918	p < 0.001
Wechselwirkung	255.496	12	21.291	1.023	p = 0.426
Restvarianz	9465.809	455	20.804	--	--

Trendanalyse: Signifikanz der Trendkomponenten

	Kontaktgruppe	Briefgruppe
linear	p < 0.001	p < 0.001
quadratisch	p < 0.001	p < 0.001
kubisch		

Abbildung 14: "Essgeschwindigkeit" (Kal/Min.)

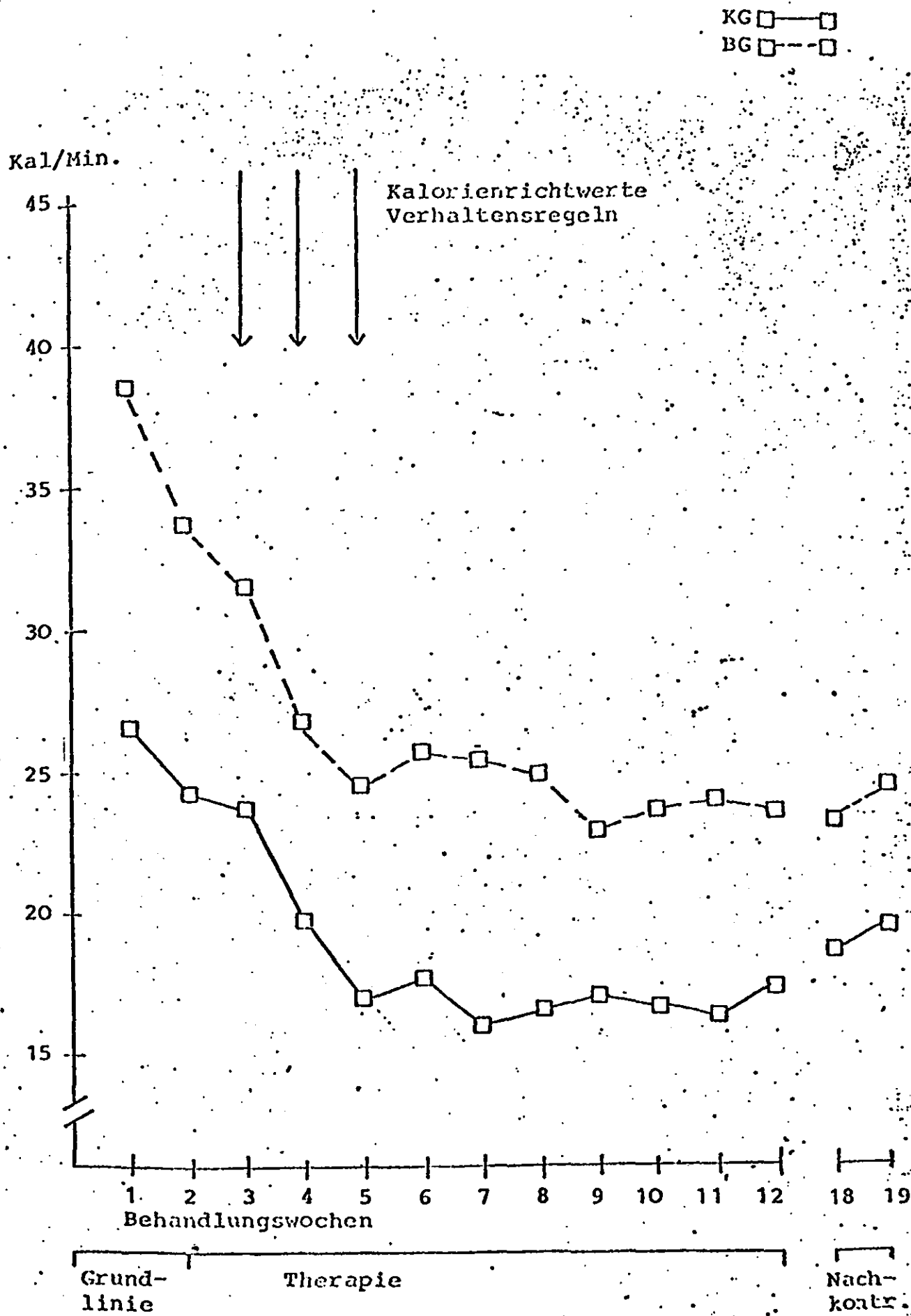


Tabelle 20: Mittelwerte und Standardabweichungen der Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung (pro Woche summiert)

Behandlungs- woche	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18	19
Kontakt- gruppe (N=20)														
\bar{x}	960.2	1071.9	812.8	1015.6	1247.6	1745.6	1468.3	1452.1	1418.6	1220.3	1301.4	1312.6	1107.5	1151.7
SD	979.0	1290.6	893.9	1028.9	1272.8	1347.6	1220.9	666.7	800.7	651.9	873.3	697.6	865.1	984.0
Brief- gruppe (N=20)														
\bar{x}	991.6	1019.8	890.8	1368.0	836.6	1684.3	1901.9	1829.8	1713.0	1520.6	1258.2	1644.5	1757.0	1673.2
SD	666.4	1107.8	1114.3	1954.4	730.4	1139.0	1415.6	1545.9	1279.7	1016.6	981.9	1402.0	1652.0	1609.8
Gesamt- gruppe (N=40)														
\bar{x}	975.9	1045.8	851.8	1192.3	1042.1	1714.9	1685.0	1640.9	1565.3	1370.5	1279.8	1478.5	1432.2	1412.4
SD	837.6	1203.0	1010.9	1571.6	1057.8	1248.1	1339.5	1205.3	1077.5	867.1	929.5	1119.7	1358.0	1359.4

- Tabelle 21 -

In der Kovarianzanalyse zeigt sich ein signifikanter Effekt der Behandlungswochen, der gemäss dem Ergebnis der Trendanalysen für beide Gruppen verschieden interpretiert werden muss: für die Kontaktgruppe ist der Verlauf durch eine quadratische Komponente gekennzeichnet (Rückfalltendenz), für die Briefgruppe durch eine lineare Trendkomponente.

Die Abbildung 15 gibt ein genaueres Bild:

- Abbildung 15 -

Danach hat das Bewegungsprogramm in beiden Gruppen nur einen kurzlebigen Effekt in der sechsten Woche mit anschliessendem kontinuierlichen Rückfall bis zur elften Woche, der allerdings bei der Briefgruppe etwas verzögert ist. Das Wiederholungsprogramm in der zwölften Woche wirkt nur in der Briefgruppe, und zwar bis in die Zeit der Nachkontrolle. Die Kontaktgruppe bleibt rückfällig.

4.4.2.4. Zusammenfassung und Diskussion

Wir haben den Versuch gemacht, neben der Analyse des Verlaufs der primären abhängigen Variablen Gewicht ein differenzierteres Bild des therapeutischen Geschehens durch die Analyse des Verlaufs konkomitierender Verhaltensparameter zu gewinnen. Die vorläufigen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- a) In den durch die Klienten selbst gelieferten Beobachtungsdaten spiegeln sich in der Regel einzelne therapeutische

Massnahmen unmittelbar in der vorhergesagten Richtung wieder.

- b) Die unmittelbare Wirkung einzelner therapeutischer Massnahmen ist für beide Behandlungsgruppen die gleiche, d.h. die kurzfristigen Verhaltensänderungen in Abhängigkeit von bestimmten Massnahmen geht in beiden Gruppen in die gleiche Richtung. Dies erhärtet die Aussage, die wir über den prinzipiell gleichartigen und gleichguten Therapieverlauf der beiden Behandlungsgruppen anhand der Gewichtswerte gemacht haben.
- c) In bezug auf längerfristige Verhaltensänderungen finden sich ebenfalls Parallelen zu den Gewichtsveränderungen in den Gruppen: die Tendenz zum Rückfall zeigt sich auch in den Verhaltensdaten, und zwar insbesondere bei der Kontaktgruppe, die ja auch bis zur Nachkontrolle an Gewicht zugenommen hat im Gegensatz zur Briefgruppe. In diesem Zusammenhang bleibt die Frage zu untersuchen, ob Therapiemüdigkeit und Rückfall zeitlich schon eher in den Verhaltensdaten zu entdecken sind.
- d) In bezug auf den bei der Analyse der Gewichtswerte besprochenen Anfangseffekt lässt sich die Annahme erhärten, dass dabei vor allem unspezifische Reaktionen auf den Beginn einer Therapie eine Rolle spielen. Die in der Grundlinie auftretenden Verhaltensänderungen übertreffen in der Regel die gezielten therapeutischen Änderungen nicht.
- e) Inhaltlich fallen vor allem zwei Dinge ins Auge: die sofortige Remission der Wirkung des Bewegungsprogramms nach der sechsten Woche und die auch langfristig stabilen

Änderungen in der Dauer der Mahlzeiten. Ersteres bekräftigt die landläufige Meinung, dass Dicke ihr Übergewicht lieber durch Nahrungseinschränkung als durch gesteigerte körperliche Aktivität verändern. Dies ist natürlich auch verhaltenstheoretisch plausibel und erfordert die Entwicklung intensiverer und besser kontrollierter Massnahmen.

Über diese Ergebnisse hinausgehend sollte ein für weitere Entwicklungsarbeiten und auch praktische Belange bedeutungsvoller Punkt erwähnt werden:

Es ist klar, dass es vom verhaltenstheoretischen Standpunkt aus notwendig ist, für die Bewertung des Therapieerfolgs oder Rückfalls und auch für Fragen der Durchführung der Therapie (z.B. Therapiedauer, zeitliche Verteilung einzelner therapeutischer Massnahmen, Anwendung von Auffrischungssitzungen) neben dem Kriterium Gewicht auch verschiedene Verhaltenskriterien heranzuziehen.

Die entsprechende Forschungsarbeit muss sich somit auf die Kreuzvalidierung und Normierung derartiger Verhaltensindizes, wie wir sie versuchsweise verwendet haben, richten.

4.4.3. Analyse der Therapiemotivation

4.4.3.1. Fragestellung und Auswertung

Schon aus vorwissenschaftlichen Überlegungen heraus muss man annehmen, dass motivationale Faktoren gerade bei dem Erlernen von Selbstkontrolle und gerade bei den notwendigerweise langfristigen Prozessen der Gewichtsabnahme eine bedeutsame Rolle spielen.

Aus den Raucherexperimenten ist bekannt, dass die Erforschung

des Zusammenhanges von Therapieverlauf und Motivation an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist: erst im Laufe der Therapie und/oder nach wiederholter Messung lassen sich Zusammenhänge aufdecken, und zwar vermutlich im Sinne einer wechselseitigen Beeinflussung von Motivation und Therapieerfolg; die Messinstrumente müssen auf konkretes, im Moment der Therapie beurteilbares Verhalten und Erleben abzielen.

Wir haben daher die beiden Motivationsfragebögen nach bisherigen Erfahrungen ad hoc zusammengestellt und während der Therapie und Nachkontrolle wöchentlich vorgegeben (16 Anwendungen). Der Fragebogen MOT (78 Items) enthält Feststellungen, die die Motivation zur Gewichtsabnahme und Esskontrolle, die Erfolgssicherheit, den Grad der Abhängigkeit vom Essen und die Bewertung des eigenen Übergewichts und der körperlichen Leistungsfähigkeit betreffen. Der Fragebogen ETE (51 Items) ist spezifisch auf das Therapieprogramm hin formuliert und enthält Fragen, die den Therapieerfolg in Form der Gewichtsabnahme und neu erlernter Verhaltensweisen, die Prognose über den Erfolg nach der Therapie, die Einschätzung der Güte der Therapie und Reaktionen der Umwelt auf die Therapie erfassen sollen.

Bei der Fragebogenkonstruktion wurde darauf geachtet, möglichst homogene Skalen zu entwickeln, um die Zuverlässigkeit der Messung zu erhöhen.

Um diese beiden Fragebogen für das vorliegende Experiment auszuwerten, werden sie getrennt einer Faktorenanalyse (Hauptachsenmethode, orthogonale Rotation nach dem Varimax-Kriterium) unterzogen.¹⁾

¹⁾ Da grössere Stichprobenerhebungen im Moment noch nicht vorliegen, basieren die Faktorenanalysen auf nur N = 49 Vpn und sind nur für das vorliegende Experiment interpretierbar. Auch die teststatistischen Qualitäten der einzelnen Items können aus diesem Grunde an dieser Stelle nicht mitgeteilt werden.

Anhand der "Faktoren" werden neue Skalen gebildet, die die zehn jeweils am höchsten ladenden Items enthalten; die "Generalfaktoren" des MOT und des ETE bestehen jeweils aus einer Skala mit 20 Items. Der Inhalt der Markierungssitems liefert eine vorläufige Benennung der Skalen. Den weiteren Berechnungen liegen die Rohwerte der Klienten in diesen Skalen zugrunde (jedes Item hat vier Antwortstufen).

Fragestellungen in zwei Richtungen sollen nun untersucht werden:

- Unterscheiden sich die beiden Therapiegruppen in den Motivationsfaktoren bzw. ändern sich diese Faktoren während der Therapie in Abhängigkeit von der Behandlungsart?

Diese Fragestellungen werden varianzanalytisch geprüft.

- Zeigen die Faktoren einen Zusammenhang mit den Gewichtswerten während der Therapie und mit dem Therapieerfolg? Diese Fragestellungen werden korrelationsstatistisch geprüft.

4.4.3.2: Ergebnisse der Faktorenanalysen

4.4.3.2.1. Faktorenanalyse des Fragebogens MOT

Die Faktorenanalyse basiert auf den Daten der sechsten Behandlungswoche, d.h. die Klienten haben schon Übung in der Beantwortung der Fragen. Die Faktorenanalyse ergibt fünf Faktoren, die 72 % der Gesamtvarianz erklären. Die statistischen Eigenschaften der Faktoren sind in Tabelle 22 aufgeführt.

- Tabelle 22 -

Wir geben anhand der Items eine Beschreibung der Faktoren (die Kennzahlen vor den Items entsprechen der Nummer in dem Fragebogen; dahinter sind die Ladungen der Items auf dem Faktor angegeben).

Faktor I: "Erfolgszuversicht"

- | | |
|---|------|
| 59) Ich bin fest entschlossen und mir völlig sicher, dass ich es schaffe, mein Essverhalten zu kontrollieren. | 0.91 |
| 29) Ich werde konsequent sein bei der Verminderung meines Übergewichts. | 0.89 |
| 21) Ich werde konsequent sein bei der Einschränkung meines Essens. | 0.85 |
| 6) Ich bin sicher, dass ich nicht weiter zunehmen werde. | 0.85 |
| 25) Ich bin überzeugt, dass ich in Zukunft nicht mehr so viel essen werde. | 0.85 |
| 67) Ich bin fest entschlossen und mir völlig sicher, dass ich es schaffe, mein Übergewicht ganz zu verlieren. | 0.85 |
| 33) Ich bin überzeugt, dass ich in Zukunft nicht mehr zu viel wiegen werde. | 0.84 |
| 20) Fortschritte in der Verminderung meines Übergewichts werden mich bestärken, weiterzumachen. | 0.81 |
| 75) Ich bin fest entschlossen und mir völlig sicher, dass ich es schaffe, mein Übergewicht etwas zu vermindern. | 0.77 |
| 12) Fortschritte in der Kontrolle meines Essverhaltens werden mich bestärken, weiterzumachen. | 0.77 |
| 2) Ich bin überzeugt, in der Verminderung meines Übergewichts Fortschritte zu machen. | 0.71 |

Tabelle 22 Faktorenanalyse des Fragebogens M O T

Faktor	Eigenwert	Extrahierte Varianz (%)	Anteil der Gesamtvarianz (%)
MOT I "Erfolgszuversicht"	15.7	42.8	33.8
MOT II "Hilfsbedürftigkeit"	6.4	17.4	17.1
MOT III "Gleichgültigkeit gegenüb. d. Übergewicht"	5.3	14.5	8.5
MOT IV "Genuss am Essen"	4.9	13.4	6.9
MOT V "Unbequemlichkeit durch d. Übergewicht"	4.4	11.9	5.8
		100.0 %	72.0 %

- 52) Ich setze wirklich meine ganze Kraft ein, um mit Erfolg mein Essverhalten zu kontrollieren. 0.71
- 13) Ich bin froh, dass ich endlich dabei bin, mein Essverhalten kontrollieren zu lernen. 0.71
- 68) Es ist schwierig, aber ich werde Erfolg haben. 0.64
- 73) Ich meine, dass ich in der Verminderung meines Übergewichts mehr Fortschritte machen werde als andere Personen. 0.62
- 18) Ich werde mir Mühe geben, mein Übergewicht zu verlieren. 0.62
- 57) Ich meine, dass ich in der Kontrolle meines Essverhaltens mehr Fortschritte machen werde als andere Personen. 0.60
- 36) Ich setze wirklich meine ganze Kraft ein, um mit Erfolg mein Übergewicht zu vermindern. 0.60
- 10) Ich werde mir Mühe geben, mein Essverhalten zu kontrollieren. 0.59

Der Faktor ist sehr homogen und enthält Feststellungen, dass man sicher und entschlossen ist, sein Gewicht und sein Essverhalten kontrollieren zu können, dass man dabei konsequent sein wird und sich Mühe gibt.

Der Faktor sollte negativ mit dem Gewicht und positiv mit dem Therapieerfolg korrelieren.

Faktor II: "Motivationsmangel"

- 42) Ohne fremde Hilfe kann ich mein übermässiges Essen nicht einschränken. 0.80
- 26) Ich sollte mir mehr Mühe geben, mein Essverhalten zu kontrollieren. 0.73
- 41) Ich sollte mir mehr Mühe geben, mein Übergewicht zu vermindern. 0.72

- | | |
|--|-------|
| 53) Ich brauche Hilfe, um mein vieles Essen wirklich einschränken zu können. | 0.72 |
| 58) Nur mit fremder Hilfe kann ich mein Übergewicht vermindern. | 0.63 |
| 72) Ich halte es für leicht, das Übergewicht zu verlieren. | -0.55 |
| 24) Ich bekomme grossen Appetit, wenn ich Süssigkeiten sehe. | 0.52 |
| 56) Ich halte es für leicht, das viele Essen einzuschränken. | -0.52 |
| 39) Mein Begehren zu essen ist stark, wenn ich etwas zum Essen sehe. | 0.50 |
| 38) Ich brauche Hilfe, um mein Übergewicht verlieren zu können. | 0.46 |

Die Feststellungen beinhalten mangelndes Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit in bezug auf Selbstkontrolle und Abhängigkeit von Nahrungsreizen.

Der Faktor sollte positiv mit dem Gewicht und negativ mit dem Therapieerfolg korrelieren.

Faktor III: "Mangelnde Aktivität"

- | | |
|---|-------|
| 37) Es ist mir gleichgültig, dass ich übergewichtig bin. | 0.75 |
| 34) Ich sehe besser aus, wenn ich mein Übergewicht verliere. | -0.73 |
| 45) Ich bin attraktiver, wenn ich mein Übergewicht verloren habe. | -0.66 |
| 32) Mit meinem Übergewicht komme ich gut zurecht. | 0.52 |
| 22) Ich will an Gewicht zunehmen. | 0.50 |
| 69) Ich will meine körperliche Leistungsfähigkeit wieder herstellen, deswegen möchte ich von meinem Übergewicht herunterkommen. | -0.49 |

- 49) Wenn ich weniger wiege, bin ich aktiver. -0.48
- 65) Ich lebe gesünder, wenn ich das Übergewicht verliere. -0.46
- 1) Ich stelle immer wieder fest, dass eine massige Gestalt für mich von Vorteil ist. 0.46
- 66) Ich sollte mich in Zukunft mehr körperlich bewegen. 0.43

Der Faktor beinhaltet Feststellungen, die für eine positive Einstellung zum eigenen Übergewicht sprechen; Aussagen über wünschenswerte und erstrebenswerte Konsequenzen der Gewichtsabnahme laden negativ. Gleichgültigkeit hinsichtlich der Übergewichtigkeit könnte ein bestimmendes Merkmal dieses Faktors sein.

Der Faktor sollte positiv mit dem Gewicht und negativ mit dem Therapieerfolg korrelieren.

Faktor IV: "Genuss am Essen"

- 71) Ich finde den Geschmack einer Speise anregend. 0.73
- 63) Ich finde die Begleitumstände einer guten Mahlzeit anregend. 0.70
- 47) Ich esse gern schön zubereitete Speisen. 0.66
- 55) Meine Mahlzeiten schmecken mir gut. 0.63
- 23) Beim Essen kann ich mich so richtig entspannen. 0.57
- 38) Ich brauche Hilfe, um mein Übergewicht verlieren zu können. 0.47
- 48) Ich habe ein starkes Bedürfnis, mein Übergewicht zu verlieren. 0.44
- 10) Ich werde mir Mühe geben, mein Essverhalten zu kontrollieren. 0.39

5) Ich bin froh, dass ich endlich dabei bin, mein Übergewicht zu vermindern. 0.38

77) Ich will meine körperliche Leistungsfähigkeit wieder herstellen, deswegen möchte ich mein vieles Essen einschränken lernen. 0.36

Die fünf am höchsten ladenden Items mit ihren Feststellungen über die positiven Reize und Konsequenzen des Essens prägen diesen Faktor und drücken eine fortgesetzte Abhängigkeit aus.

Eine positive Korrelation mit dem Gewicht und eine negative Korrelation mit dem Therapieerfolg kann daher erwartet werden.

Faktor V: "Inkonsequente Motivation"

44) Mir ist jedes Mittel recht, um von meinem Übergewicht herunterzukommen. 0.73

60) Mir ist jedes Mittel recht, um mein vieles Essen einzuschränken. 0.71

17) Mit meiner massigen Gestalt falle ich überall auf. 0.66

46) Meine Lieblingsspeise könnte ich dauernd essen. 0.57

7) Ich bin oft in der Situation, dass andere Leute über mein Dicksein lachen. 0.56

76) Ich bin entschlossen, jede Hilfe in Anspruch zu nehmen. 0.48

50) Schon geringe körperliche Bewegung strengt mich an. 0.43

62) An Konditoreischaufenstern kann ich nicht vorbeigehen. 0.41

43) Es kommt doch auf mich allein an, ob ich es schaffe. 0.34

39) Mein Begehren zu essen ist stark, wenn ich etwas zum Essen sehe. 0.33

Dieser Faktor erscheint heterogen. Er enthält Feststellungen, dass einem Alles recht ist um sein Gewicht und Essen zu kontrollieren, dass man durch das Übergewicht sozial und körperlich beeinträchtigt ist, dass man von Nahrungsreizen stark abhängig ist.

Unbequemlichkeit wegen des Übergewichts gepaart mit mangelnder Konsequenz für das eigene Verhalten könnte das bestimmende Merkmal dieses Faktors sein.

Der Faktor sollte daher positiv mit dem Gewicht und negativ mit dem Therapieerfolg korrelieren.

4.4.3.2.2. Faktorenanalyse des Fragebogens ETE

Diese Faktorenanalyse ergibt vier Faktoren, die 75,9 % der Gesamtvarianz erklären. Die statistischen Kennwerte der Faktoren sind in Tabelle 23 angegeben.

- Tabelle 23 -

Faktor I: "Therapiooptimismus"

- | | |
|---|------|
| 5) Ich bin überzeugt, auch in der nächsten Woche weitere Fortschritte zu machen. | 0.84 |
| 29) Ich bin überzeugt, mein Therapieerfolg wird mindestens ein halbes Jahr anhalten. | 0.83 |
| 12) Ich bin überzeugt, dass ich während der Behandlung kein Gewicht zunehmen werde. | 0.83 |
| 47) Ich bin überzeugt, mein Therapieerfolg wird mindestens ein Jahr anhalten. | 0.80 |
| 20) Ich bin überzeugt, dass ich nach der Behandlung weiterhin Gewicht abnehmen werde. | 0.79 |
| 17) Was mich an der Therapie am meisten bestärkt, sind meine bisherigen Fortschritte (sichtbaren Fortschritte). | 0.78 |

Tabelle 23: Faktorenanalyse des Fragebogens E T E

Faktor	Eigenwert	Extrahierte Varianz (%)	Anteil der Gesamtvarianz (%)
ETE I "Therapieoptimismus"	12.3	45.2	48.4
ETE II "Therapieunzufriedenheit"	5.9	21.8	10.4
ETE III "Aktives Interesse am Therapieerfolg"	5.5	20.3	9.5
ETE IV "Mangelhafte Therapieerfüllung"	3.4	12.7	7.6
		100.0 %	75.9 %

- 16) Das gemeinsame Bemühen in der Therapie hilft mir bei meinen Anstrengungen, das Übergewicht zu vermindern. 0.74
- 50) Fest steht, dass die Therapie sich für mich lohnen wird. 0.74
- 15) Ich habe im Verlauf der Behandlung schon Fortschritte gemacht. 0.72
- 1) Ich kann jetzt in Situationen mit dem Essen aufhören, wo ich es vor der Behandlung noch nicht konnte. 0.71
- 10) Ich bin überzeugt, dass ich in der Behandlung mehr als 10 kg abnehmen werde. 0.68
- 2) Ich bin überzeugt, dass ich in der Zeit nach der Behandlung kein Gewicht mehr zunehmen werde. 0.68
- 26) Das gemeinsame Bemühen in der Therapie hilft mir bei meinen Anstrengungen, weniger zu essen. 0.66
- 11) Ich kann jetzt aus eigener Kraft darauf verzichten, zwischen den Hauptmahlzeiten zu essen. 0.62
- 31) Ich esse jetzt weniger fette Nahrungsmittel als vor der Therapie. 0.60
- 22) Ich bin überzeugt, dass die Therapie nur für kurze Zeit wirksam ist. 0.59
- 7) Ich glaube, dass ich in der Behandlung mehr Fortschritte mache, als andere. 0.57
- 45) Es hat sich bis jetzt für mich gelohnt, an der Therapie teilzunehmen. 0.56
- 30) Ich werde das neu gelernte Essverhalten nach der Behandlung beibehalten. 0.53
- 51) Seit ich in der Behandlung bin, kann ich meinen Alkoholkonsum einschränken. 0.53

Dieser Faktor erscheint sehr homogen und enthält eine Reihe ähnlicher Feststellungen über erwartete und schon erlebte Fortschritte in der Therapie sowie Feststellungen über die Güte der Therapie.

Der Faktor sollte daher negativ mit dem Gewicht und positiv mit dem Therapieerfolg korrelieren.

Faktor II: "Therapieablehnung"

- | | |
|--|-------|
| 14) Ich fühle mich durch die Behandlung zu stark kontrolliert. | 0.69 |
| 48) Die Therapie hilft mir offensichtlich, aber ich finde sie nicht gut. | 0.69 |
| 25) Ich bin mit der Behandlung eher zufrieden als unzufrieden. | -0.69 |
| 36) Ich würde mich einer derartigen Therapie auch ein zweites Mal unterziehen. | -0.60 |
| 32) Es macht mir nichts aus, dass ich in der Therapie noch keinen Erfolg habe. | 0.59 |
| 8) Die Therapie kostet mich zuviel Arbeit. | 0.57 |
| 38) Ich finde die Therapie gut, aber sie hilft mir nicht. | 0.54 |
| 19) Auf die Dauer beansprucht die Therapie zuviel von meiner Zeit. | 0.53 |
| 28) Ich bin mit der Behandlung überhaupt nicht zufrieden. | 0.51 |
| 35) Ich bin mit der Behandlung voll und ganz zufrieden. | -0.51 |

Dieser Faktor enthält im wesentlichen Feststellungen, die eine Ablehnung der Therapie aus verschiedenen Gründen beinhalten. Feststellungen der Zufriedenheit mit der Therapie laden negativ.

Der Faktor sollte positiv mit dem Gewicht und negativ mit dem Erfolg der Therapie korrelieren.

Faktor III: "Soziale Motivation"

- | | |
|--|-------|
| 33) Ich spreche häufig mit Bekannten über meine Behandlung. | -0.77 |
| 3) Ich werde von Bekannten ermutigt, die Verhaltensregeln für das Essen beizubehalten. | -0.72 |
| 23) Ich spreche gerne mit Bekannten über den Stand meiner Fortschritte. | -0.72 |
| 40) Ich habe schon anderen Personen Vorschläge gemacht, wie sie ihr Essen einschränken können. | -0.72 |
| 37) Ich habe mir selbst Verhaltensregeln ausgedacht, um mein Essen einzuschränken. | -0.62 |
| 13) Ich werde von anderen Leuten ermutigt, weiterhin in der Therapie zu bleiben. | -0.60 |
| 24) Ich probiere zusätzlich eigene Einfälle aus, wie ich das Essen einschränken kann. | -0.59 |
| 41) Ich kenne die Kalorienwerte der Nahrungsmittel, die ich am häufigsten esse. | -0.56 |
| 19) Auf die Dauer beansprucht die Therapie zuviel von meiner Zeit. | 0.51 |
| 8) Die Therapie kostet mich zuviel Arbeit. | 0.44 |

Die Feststellungen beinhalten Verhaltensweisen, die ein allgemeines Interesse am Therapiefortschritt bezeugen: Einbeziehung anderer Personen als Verstärkerquelle, Kalorienkontrolle, eigene Verhaltensregeln aufstellen.

Der Faktor sollte (bei umgekehrtem Vorzeichen) negativ mit dem Gewicht und positiv mit dem Therapieerfolg korrelieren.

Faktor IV: "Mangelhafte Therapiebefolgung"

- | | |
|---|-------|
| 27) Ich weiss, ich werde mir in der nächsten Therapie-
woche noch mehr Mühe geben. | 0.75 |
| 49) Ich sollte mir in der Therapie mehr Mühe geben. | 0.71 |
| 34) Ich werde die in der Therapie gegebenen Anweisungen
in der nächsten Woche besser befolgen. | 0.59 |
| 42) Sollte ich in der Therapie keinen Erfolg haben,
werde ich es noch einmal versuchen. | 0.57 |
| 44) Ich sollte die Beobachtungskarte in der nächsten
Woche genauer ausfüllen. | 0.55 |
| 39) Ich bin mit der Behandlung eher unzufrieden als zu-
frieden. | -0.44 |
| 6) Ich halte die an mir praktizierte Therapie für er-
folgversprechender als andere Methoden der Gewichts-
verminderung, die ich kenne. | 0.35 |
| 9) Ich wünsche, dass die Therapie sich auch auf andere
Probleme als das Essverhalten und das Übergewicht
erstreckt. | 0.33 |
| 26) Das gemeinsame Bemühen in der Therapie hilft mir
bei meinen Anstrengungen, weniger zu essen. | 0.31 |
| 4) Die vielen Kontrollen in der Behandlung sind mir im
eigenen Interesse willkommen. | 0.28 |

Dieser Faktor enthält Feststellungen, dass man sich in Zu-
kunft besser an das Therapieprogramm halten sollte; es ist
dabei impliziert, dass man es noch nicht tut. Die Güte der
Therapie wird positiv beurteilt.

Der Faktor sollte positiv mit dem Gewicht und negativ mit
dem Therapieerfolg korrelieren.

4.4.3.3. Zuverlässigkeit der Faktoren

Um in Hinblick auf die folgenden Auswertungen einen Anhaltspunkt für die Zuverlässigkeit der einzelnen Faktoren zu haben, wurde für die sechs ausgewerteten Anwendung der Fragebogen die Wiederholungszuverlässigkeit der Faktoren für unmittelbar aufeinanderfolgende Meßpunkte bestimmt.

- Tabelle 24 -

Die mittlere Wiederholungszuverlässigkeit der Faktoren liegt zwischen $\bar{r} = 0.76$ und 0.88 . Diese Werte scheinen für unsere Zwecke hinreichend hoch.

4.4.3.4. Interkorrelation der Faktoren

Es ist zu erwarten, daß die neun Faktoren aufgrund von Itemüberlappungen und ähnlich gewählten Formulierungen z. T. relativ hoch miteinander korrelieren müßten, insbesondere die MOT-Faktoren mit den ETE-Faktoren. Wir haben daher die Interkorrelation der Faktoren in der Mitte der Therapie (Anwendung in der sechsten Woche) überprüft.

- Tabelle 25 -

Es zeigt sich zunächst, daß MOT I und ETE I erwartungsgemäß hoch ($.90$) korrelieren. Sie sind als identisch zu betrachten. $r = 0.90$. 9 der 36 Koeffizienten zeigen nur gemeinsame Varianz von über 20 %. Dies deutet auf einzelne Beziehungen, reicht aber nicht aus, weitere Faktoren als gemeinsam zu identifizieren. Die restlichen 26 Koeffizienten sind im Mittel so niedrig, daß man von praktischer Unabhängigkeit sprechen kann. Insgesamt ist also die Unabhängigkeit der verschiedenen Faktoren stärker als man es erwarten hätte können.

Tabelle 24: Retest - Zuverlässigkeit der Faktoren (N=40)
 (Dezimalstellen sind weggelassen)

	Mittlere Retest-Zuverlässigkeit (6. Anwendungen)	Streubreite
MOT I	79	77 - 82
MOT II	80	69 - 92
MOT III	84	79 - 92
MOT IV	83	74 - 86
MOT V	88	81 - 94
ETE I	78	74 - 83
ETE II	76	70 - 84
ETE III	84	70 - 91
ETE IV	76	70 - 84

Tabelle 25: Interkorrelation der Faktoren (N=40)
(Dezimalstellen sind weggelassen)

	MOT I	MOT II	MOT III	MOT IV	MOT V	ETE I	ETE II	ETE III	ETE IV
MOT I	-								
MOT II	-18	-							
MOT III	-34 ⁺	-23	-						
MOT IV	35 ⁺	30	-57 ⁺⁺⁺	-					
MOT V	-03	51 ⁺⁺⁺	26	16	-				
ETE I	90 ⁺⁺⁺	-29	-33 ⁺	34 ⁺	-08	-			
ETE II	-32 ⁺	15	48 ⁺⁺	-34 ⁺	08	-50 ⁺⁺⁺	-		
ETE III	52 ⁺⁺⁺	-31	-11	-14	-08	61 ⁺⁺⁺	-50 ⁺⁺⁺	-	
ETE IV	43 ⁺⁺	48 ⁺⁺	-44 ⁺⁺	14	37 ⁺	35 ⁺	-27	16	-

+++ p < 001

++ p < 01

+ p < 05

4.4.3.5. Motivationsunterschiede in den Therapiegruppen

Um Motivationsunterschiede zwischen den Behandlungsgruppen und Veränderungen der Motivation in Abhängigkeit von der Art der Behandlung zu prüfen, werden alle Faktoren separat einer Varianzanalyse unterzogen. Signifikante Effekte des Faktors Behandlungsgruppe würden für Unterschiede der Motivation in den Gruppen sprechen, signifikante Wechselwirkungseffekte (Behandlungsgruppe x Behandlungswochen) würden bedeuten, dass die Entwicklung der Motivation von der Therapiedurchführung abhängig ist.

Die Auswertung basiert auf den Anwendungen der Fragebogen in der ersten, dritten, sechsten, neunten, zwölften und siebzehnten (Nachkontrolle) Woche. Wir verzichten hier auf eine ausführliche Darstellung der Varianzanalysen und führen nur die Hauptergebnisse an, soweit sie für den Vergleich der beiden Behandlungsmodalitäten von Bedeutung sind.

Die Ergebnisse sind eindeutig: es treten keine Wechselwirkungen auf; nur im Faktor MOT V ("Inkonsequente Motivation") bestehen Unterschiede zwischen den Gruppen (die Faktorwerte der Briefgruppe liegen höher als die der Kontaktgruppe). Mit Ausnahme der Faktoren MOT III und MOT IV ("Mangelnde Attraktivität" und "Genuss am Essen") ergeben sich für alle anderen Faktoren signifikante Veränderungen über die Behandlungswochen so, dass über die Therapiezeit hin eine "günstige" Veränderung stattfindet und ein Rückfall in der Nachkontrolle.

4. 4.3.6. Korrelation der Motivationsfaktoren mit dem Gewicht

Zunächst überprüfen wir den Verlauf der Motivation im Zusammenhang mit dem Gewicht so, dass beide Messwerte jeweils zu gleichen Zeitpunkten in der Therapie korreliert werden.

Die Richtung der Korrelationen ist schon vorhergesagt worden, wir erwarten zusätzlich, dass sich mit der Anzahl der wiederholten Anwendungen die Korrelationen erhöhen.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 26 aufgeführt.

- Tabelle 26 -

Die allgemeinen Trends bestätigen die Vorhersagen: die Richtung der Korrelationen stimmen überwiegend und ihre statistische Bedeutsamkeit nimmt in der Regel zu.

Zwei Ergebnisse verdienen besondere Erwähnung:

Substantielle Korrelationen treten in einigen Faktoren erst am Ende der Therapie (zwölfte Woche) oder in der siebzehnten Woche (Nachkontrolle) auf, so bei den Faktoren MOT I ("Erfolgszuversicht"), ETE I, ETE II und ETE IV ("Therapieoptimismus", "Therapieablehnung" und "Mangelnde Therapiebefolgung"). Man könnte spekulieren, dass diese Faktoren vor allem die unterschiedlichen Erfahrungen in der Rückfallzeit messen.

Nur die Faktoren MOT II und MOT V ("Motivationsmangel" und "unkonsequente Motivation") zeigen schon früher im Therapieverlauf einen Zusammenhang mit dem Gewicht, wobei zu berücksichtigen ist, dass diese beiden Faktoren hoch interkorrelieren.

Die Faktoren MOT III und MOT IV ("mangelnde Attraktivität" und "Genuss am Essen") werden offenbar durch die Therapie nicht beeinflusst und weisen auch

Tabelle 26: Korrelation der Motivationsfaktoren mit dem Körpergewicht (kg)
 (gleicher Zeitpunkt der Messung)
 (Dezimalstellen sind weggelassen)

	1.Wo	3.Wo	6.Wo	9.Wo	12.Wo	17.Wo
MOT I	-05	-06	-14	-34 ⁺	-14	-48 ⁺⁺
MOT II	-06	28	35 ⁺	36 ⁺	36 ⁺	53 ⁺⁺⁺
MOT III	24	14	04	08	00	-16
MOT IV	03	-10	-03	03	12	22
MOT V	31	25	38 ⁺	31	43 ⁺⁺	52 ⁺⁺⁺
ETE I	-08	-13	-22	-34 ⁺	-22	-45 ⁺⁺⁺
ETE II	14	17	14	18	06	32
ETE III	06	-14	-24	-25	-19	-23
ETE IV	16	14	29	12	33 ⁺	25

+++ p < 001

++ p < 01

+ p < 05

Die weitere Analyse zielt ab auf den Zusammenhang der Faktoren mit Kriterien des Therapieerfolgs, wobei die zeitliche Beziehung dieses Zusammenhangs berücksichtigt werden soll (Prädiktion).

Wir korrelieren daher die Faktorwerte aus jeder Anwendung separat mit dem Gewicht in der zwölften Woche, der Therapieabnahme (0 - 12) in Form des Reduktionsindex (Feinstein) und der Gewichtsabnahme in der Zeit nach der Therapie bis zur Nachkontrolle (12. - 17. Woche = Rückfallzeit).

Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 27.

- Tabelle 27 -

Es ergibt sich im wesentlichen keine neue Einschätzung der Faktoren in bezug auf ihre Determinantenqualität.

Der Faktor MOT II ("Motivationsmangel") weist über die Zeit hin stabile positive Korrelationen mit dem Gewicht in der zwölften Woche auf, negative Korrelationen mit der Gewichtsabnahme in Form des Reduktionsindex und ebenfalls stabile negative Korrelationen mit der Gewichtsabnahme nach der Therapie.

Die gleichen Beziehungen, aber in schwächerer Form, zeigt der Faktor ETE IV ("Mangelhafte Therapiebefolgung").

Der sich stetig entwickelnde positive Zusammenhang der Faktoren MOT I und ETE I mit dem Therapieerfolg (Reduktionsindex) entspricht der Erwartung und stützt die Annahme über

Tabelle 27: Korrelation der Motivationsfaktoren mit
 Kriterien des Therapieerfolgs
 (der Zusammenhang wird für alle 6 Anwendungen
 gemessen)
 (Dezimalstellen sind weggelassen)

Korrelation mit dem Gewicht in der 12. Woche

	1.Wo	3.Wo	6.Wo	9.Wo	12.Wo	17.Wo
MOT I	-08	-08	-13	-30	-14	-42 ⁺⁺
MOT II	07	32 ⁺	41 ⁺⁺	39 ⁺	36 ⁺	45 ⁺⁺
MOT III	26	12	00	06	00	-12
MOT IV	00	-07	-01	05	12	19
MOT V	28	24	40 ⁺	30	43 ⁺⁺	51 ⁺⁺⁺
ETE I	-13	-14	-23	-30	-22	-38 ⁺
ETE II	14	15	13	12	06	31 ⁺
ETE III	07	-15	-24	-22	-19	-24
ETE IV	13	20	33 ⁺	16	33 ⁺	18

Korrelation mit dem Reduktionsindex (Gewichtsabnahme 0 - 12)

	1.Wo	3.Wo	6.Wo	9.Wo	12.Wo	17.Wo
MOT I	19	15	28	34 ⁺	32 ⁺	49 ⁺⁺
MOT II	-09	-32 ⁺	-56 ⁺⁺⁺	-52 ⁺⁺⁺	-56 ⁺⁺⁺	-61 ⁺⁺⁺
MOT III	-25	-05	-09	-01	-14	08
MOT IV	05	09	02	01	-03	-02
MOT V	-15	-13	-24	-19	-27	-31
ETE I	28	26	47 ⁺⁺	40 ⁺	47 ⁺⁺	56 ⁺⁺⁺
ETE II	-19	-12	-27	-20	-18	-35 ⁺
ETE III	05	32 ⁺	32 ⁺	26	17	16
ETE IV	-07	-35 ⁺	-29	-13	-33 ⁺	-29

Fortsetzung s. nächste Seite.

Tabelle 27.: (Fortsetzung)

Korrelation mit der Gewichtsabnahme (kg) in der "Rückfallzeit"
(12. - 17. Woche)

	1. Wo	3. Wo	6. Wo	9. Wo	12. Wo	17. Wo
MOT I	-15	-05	-02	-04	20	43 ⁺⁺
MOT II	-02	-34 ⁺	-30	-32 ⁺	-36 ⁺	-51 ⁺⁺⁺
MOT III	-10	06	16	09	12	24
MOT IV	-04	-03	-06	-01	-14	-17
MOT V	-06	-04	-10	-10	-16	-25
ETE I	-13	04	00	05	19	46 ⁺⁺
ETE II	15	16	03	07	04	-17
ETE III	-21	-09	-07	00	-01	02
ETE IV	-23	-37 ⁺	-32 ⁺	-08	-36 ⁺	-38 ⁺

+++ p < 001

++ p < 01

+ p < 05

die wechselseitige Beeinflussung von Therapiemotivation und Therapieerfolg. Entsprechend hat die durch diese Faktoren während der Therapie gemessene Motivation nichts zu tun mit dem langfristigen Erfolg, d.h. in diesem Fall mit der Gewichtsabnahme in der therapiefreien Zeit.

4.4.3.7. Diskussion der Ergebnisse

Unsere Ergebnisse haben gezeigt, daß Motivationsfaktoren verschiedener Art sehr differentiell mit Übergewicht und/oder Reaktion auf Therapie korrelieren. Die Faktoren wurden aufgrund der bereits zitierten früheren Experimente zur Rauchertherapie formuliert und zeigen ähnliche Ergebnisse. Damit wurde eine erfolgreiche kreuzmodale Validierung durchgeführt, d.h. die Motivationsfaktoren versprechen allgemeine Wirksamkeit unabhängig von verschiedenen Therapieanwendungsgebieten. Besonders interessant ist die Tatsache, daß die Abhängigkeit der Korrelationshöhe von der Anzahl der Anwendungen ebenfalls erfolgreich kreuzvalidiert wurde d.h. die Korrelation wächst mit den Anwendungen. Noch ungelöst ist hier das Problem, ob dieser Effekt lediglich der Anwendungszahl zu danken ist oder von der parallel eingetretenen therapeutischen Änderung bestimmt wird.

Die substantiellsten Korrelationen zum Gewicht (zeitsynchron gemessen) und in bezug auf die Vorhersage des Gewichts und des Therapieerfolgs (negative Korrelation) ergeben, die Faktoren "Motivationsmangel" (MOT II), "unkonsequente Motivation" (MOT V) und "Mangelhafte Therapiebefolgung" (ETE IV). Eine Erklärung dafür müßte spekulativ sein, das verbindende Element dieser interkorrelierender Faktoren könnte "mangelnde Selbstkontrolle" sein. Auf jeden Fall muß die therapeutische Relevanz dieser Determinanten zukünftig beachtet werden.

Die Generalfaktoren "Erfolgszuversicht" und "Therapieoptimismus" messen mehr oder weniger nur zeitsynchron aktuelle the-

therapeutische Veränderungen und gestatten keine Vorhersage über das Gewicht in der therapiefreien Zeit.

Das "Gegenstück" zu dieser spezifischen Therapiemotivation könnte der Faktor ETE ("Therapieablehnung") sein, der aber erst nach den Rückfallbedingungen zum Tragen kommt. Das ist psychologisch einsichtig und für die Planung von Auffrischungstherapien gegen den Rückfall von Bedeutung.

4.5. ZUSAMMENFASSUNG

Das Hauptergebnis der Untersuchung lautet: Mit dem entwickelten Selbstkontrollprogramm konnten generelle und im Schnitt substantielle Gewichtsabnahmen erzielt werden. Die Art der Durchführung der Therapie - direkter therapeutischer Kontakt in Gruppensitzungen oder briefliche Einzeltherapie - hat keinen nachweisbaren Effekt in den verschiedenen Meßebenen Gewicht, Verhalten und Motivation erbracht.

Der Therapieverlauf ist generell, d.h. auf allen Meßebenen, durch eine kumulative positive Veränderung während der Therapie und einen partiellen Rückfall gegen Ende der Therapie und besonders zur fünföchigen Nachkontrolle hin gekennzeichnet. Eine breite Anwendung der Therapie des Übergewichts wäre demnach durch die "briefliche" Methode möglich. Die Einbeziehung von Verhaltenskriterien und motivationalen Determinanten des Gewichts müßte dabei systematisch geplant werden.

4.6. Literatur

- Brengelmann, J. C. und Sedlmayr, E. Die Behandlung des Rauchens. Bericht für die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln, München 1973.
- Cremer, H.-D. Zur Gefahr der Übergewichtigkeit bei Abnahme der körperlichen Belastung. Medizin und Ernährung, 12. Jahrg., 1971, 151 - 153.
- Ferguson, G. A. Statistical analysis in psychology and education. McGraw-Hill, New York - Toronto - London 1959.
- Ferster, C. B., Nurnberger, J. E. und Levitt, E. E. The control of eating. J. Mathematics, 1962, 1, 87 - 109.
- Harris, M. B. und Hallbauer, E. S. Self-directed weight control through eating and exercise. Beh. Res. Ther., 1973, 11, 523 - 529.
- Holtmeier, H. J. Volksseuche Fettsucht. Deutsches Ärzteblatt, 1973, 39, 2512 - 2519.
- Jahnke, K. Diätische Behandlung der Fettsucht-Möglichkeiten und Grenzen. Deutsches Med. Journal, 1970, 21, 1055 - 1063.
- Kanfer, F. H. The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement. In: Jacobs, A. und L. B. Sachs: Psychology of Private Events. New York - London 1971.
- Klovers Kalorienkompass. Gräfe und Unzer Verlag, München 1973.
- Knick, B. Adipositasformen und Adipositastherapie. In: Aktuelle Therapie der Adipositas. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart - New York 1972.
- Liebermeister, H., K. Jahnke, H. J. Voss, A. Englhardt und G. Probst. Initial und Spätergebnisse der Diätbehandlung bei Fettsucht. Deutsche Med. Wschr., 1968, 93, 2149 - 2155.
- Nisbett, R. E. Taste, deprivation, and weight determinants of eating behavior. J. Pers. Soc. Psychol., 1968, 10/2, 107 - 116.
- Ramsay, R. W. und Jonzmanns, H. Self control techniques and obesity. Progress in Behavior Therapy, Springer, Heidelberg, 1975.
- Ries, W. Fettsucht. J. A. Barth, Leipzig 1970.

Schachter, S. Emotion, obesity and crime. Academic Press,
New York - London 1971.

Stuart, R. B. und Davis, B. Slim chance in a fat world:
behavioral control of obesity. Research Press Comp.,
Champaign, Ill. 1972.

Voss, H. J. Spätergebnisse der Diättherapie bei Fettsucht.
Dissertation, Düsseldorf 1967.

Winer, B. J. Statistical principles in experimental design.
McGraw-Hill, New York - Toronto - London 1962.

Legenden der Tabellen (Kapitel 1)

Tabelle 1: Die Auswirkung der angebotenen Sandwiches auf die von Unter- Normal und Übergewichtigen gegessene Nahrungsmenge (aus Nielsen, 1968).

Tabelle 2: Durchschnittliche von Dicken und Normalgewichtigen getrunkene Menge eines wohlschmeckenden und eines schlechtschmeckenden Getränks (aus Decke, 1971).

Tabelle 3: Der Einfluß unterschiedlich schnell verstrichener Zeit auf die aufgenommene Nahrungsmenge (in Gramm) (aus Schachter und Gross, 1968).

Kapitel 3

Tabelle 1: Durchschnittlicher Energieverbrauch durch sportliche Betätigung (aus Stuart und Davis, 1972).

Tabelle 2: Gewichtsverlust sowie prozentuale Reduktion des Übergewichts nach einer Kombination von Selbstbeobachtung, Information über Eßgewohnheiten und Entspannungstraining (Gruppe 1) verglichen mit einem Breitband-Selbstkontrollprogramm (Gruppe 2); aus Romanczyk (1973).

Tabelle 3: Nachuntersuchungsergebnisse - Prozentsatz jener Versuchspersonen, die nach Selbstkontroll- und Verstärkungsprogrammen einen bestimmten Gewichtsverlust erzielten, verglichen mit den Ergebnissen psychotherapeutisch behandelter Kontrollpatienten; aus Penick et al. (1971).

Legenden der Tabellen (Kapitel 4)

Tabelle 1: Ausgangswerte der Versuchsgruppen

Tabelle 2: Sozioökonomische Angaben der Klienten

Tabelle 3: Biographische Angaben zum Übergewicht (N = 40)

Tabelle 4: Übergewicht in der Familie

Tabelle 5: Begründung für die Durchführung einer Abnahmekur

Tabelle 6: Kovarianzanalyse der Gewichte (kg) (vgl. Tab. 7 und Abb. 3)

Tabelle 7: Statistische Analyse der wöchentlichen Gewichtsveränderungen (t-Test für abhängige Stichproben)

- Tabelle 8: Vergleich verschiedener Therapieerfolgskriterien
- Tabelle 9: Gewichtsdaten der nicht ausgewerteten Klienten
- Tabelle 10: Varianzanalytische Zuverlässigkeitsschätzungen (r) der Verhaltensdaten.
(Dezimalstellen sind weggelassen)
- Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen der täglichen Kalorienaufnahme
- Tabelle 12: Auswertung der Verhaltensdaten: Kalorienaufnahme (vgl. Abb. 8)
- Tabelle 13: Auswertung der Verhaltensdaten: Veränderung der Streuung der Kalorienaufnahme (vgl. Abb. 9)
- Tabelle 14: Analyse der Verhaltensdaten: Relative Häufigkeit von Mahlzeiten mit Nebentätigkeiten (vgl. Abb. 10)
- Tabelle 15: Auswertung der Verhaltensdaten: Veränderung der Streuung der Mahlzeiten pro Woche (vgl. Tab. 19; Abb. 11)
- Tabelle 16: Auswertung der Verhaltensdaten: % Kalorienaufnahme nachmittags (vgl. Tab. 21; Abb. 12)
- Tabelle 17: Auswertung der Verhaltensdaten: Zeit/Mahlzeit (vgl. Tab. 23; Abb. 13)
- Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichungen der "Eßgeschwindigkeit" (Kalorienaufnahme pro Minute)
- Tabelle 19: Auswertung der Verhaltensdaten: "Eßgeschwindigkeit" (Kalorien/Minute) (vgl. Tab. 25; Abb. 14)
- Tabelle 20: Mittelwerte und Standardabweichungen der Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung (pro Woche summiert)
- Tabelle 21: Auswertung der Verhaltensdaten: Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung (vgl. Tab. 27; Abb. 15)
- Tabelle 22: Faktorenanalyse des Fragebogens MOT
- Tabelle 23: Faktorenanalyse des Fragebogens ETE
- Tabelle 24: Retest - Zuverlässigkeit der Faktoren (N = 40)
(Dezimalstellen sind weggelassen)
- Tabelle 25: Interkorrelation der Faktoren (N = 40) (Dezimalstellen sind weggelassen)

Tabelle 26: Korrelation der Motivationsfaktoren mit dem Körpergewicht (kg) (gleicher Zeitpunkt der Messung)
(Dezimalstellen sind weggelassen)

Tabelle 27: Korrelation der Motivationsfaktoren mit Kriterien des Therapieerfolgs (der Zusammenhang wird für alle 6 Anwendungen gemessen) (Dezimalstellen sind weggelassen)

Legenden der Abbildungen (Kapitel 1

Abbildung 1: Anzahl der gegessenen Gebäckstücke bei leerem und vollem Magen (aus Schachter, Goldman und Gordon, 1968).

Abbildung 2: Die Auswirkungen einer Emulsionsdiät auf das Eßverhalten eines Übergewichtigen und eines Normalgewichtigen (aus Hashim und Van Itallie, 1965)

Abbildung 3: Zusammenhang zwischen Prozent Übergewicht und Eßbeschwerden bei der Überschreitung von Zeit-
Kapitel 2 zonen-grenzen (aus Goldman, Jaffa und Schachter, 1968).

Abbildung 1: Kumulative Gewichtsveränderung in kg während der Therapie und der Follwo-up-Zeit für eine aversionstherapeutisch behandelte und die Kontrollgruppe (aus Foreyt und Kennedy, 1971).

Abbildung 2: Durchschnittliche Gewichtsreduktion einer mit verdeckter Sensibilisierung (N = 15), mit "verdeckter Belohnung" (N = 13) behandelte Gruppe und einer Kontrollgruppe (N = 13). Ergebnisse von Manno und Marston (1972).

Abbildung 3: Prozent-Gewichtsverlust bei Diät, Gruppentherapie und Verhaltenstherapie während der Therapie- und der Follow-up-Zeit (aus Harmatz und Lapuc, 1968).

Kapitel 3

Abbildung 1: Gewichtsreduktion von acht Patientinnen nach Selbstkontrollinstruktionen; die Patientin drei und Patientin sechs wurden zusätzlich mit verdeckter Sensibilisierung behandelt; (aus Stuart, 1967).

Abbildung 2: Der Verlauf der Prozentgewichtsveränderung (Medianwerte) nach einer Kombination von Selbstkontroll- und Belohnungsprogramm; (aus Hall, 1973).

Abbildung 3: Verlauf der durchschnittlichen Gewichtsveränderung nach einem verhaltenstherapeutischen Breitbandprogramm mit dem Schwerpunkt auf Selbstkontrollschritten, verglichen mit drei Kontrollgruppen; aus Wollersheim (1970).

Abbildung 4: Durchschnittlicher Gewichtsverlust nach einer Kombination von dreidimensionalem Selbstkontrollprogramm nach Stuart mit einem Kontakt- und Verstärkungsprogramm mit und ohne Berücksichtigung der "Ausfälle" verglichen mit zwei Kontrollgruppen; aus Jeffrey und Christensen (1972).

Abbildung 5: Gewichtszu- bzw. -abnahme der einzelnen Versuchspersonen nach einer Kombination von Selbstkontrollschritten und einem Verstärkungsprogramm (Verhaltenstherapiegruppen I und II) verglichen mit zwei Kontrollgruppen, die an psychotherapeutischen Sitzungen teilnahmen; aus Penick et al. (1971).

Abbildung 6: Verlauf des durchschnittlichen Gewichtsreduktionsquotienten vor, während und nach einem Selbstbeobachtungs- und zwei Selbstbelohnungsprogrammen; aus Mahoney et al. (1973).

Legenden der Abbildungen (Kapitel 4)

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf des Experiments

Abbildung 2: Eß- und Bewegungskarte

Abbildung 3: Abnahme des Körpergewichts während der Behandlung

Abbildung 4: Abnahme des Übergewichts (kg) während der Behandlung

Abbildung 5: Abnahme des Übergewichts (%) während der Behandlung

Abbildung 6: Durchschnittliche wöchentliche Gewichtsabnahme

Abbildung 7: Differenz der über die Behandlungswochen kumulierten Gewichtsabnahme zwischen Kontakt- und Briefgruppe

Abbildung 8: Durchschnittliche Kalorienaufnahme pro Tag

Abbildung 9: Streuung der täglichen Kalorienaufnahme

Abbildung 10: Relative Häufigkeit von Mahlzeiten mit Nebentätigkeiten

Abbildung 11: Streuung der Anzahl Mahlzeiten pro Woche

Abbildung 12: Prozent Kalorienaufnahme nachmittags

Abbildung 13: Zeit pro Mahlzeit (Min.)

Abbildung 14: "Eßgeschwindigkeit" (Kal./Min.)

Abbildung 15: Durchschnittlicher täglicher Kalorienverbrauch durch zusätzliche körperliche Bewegung

5. Kapitel: Therapiemanual

Ulrich Jockusch, Heinz Schattner, Roman Ferstl

Jede Wocheninformation enthält organisatorische Hinweise und eine ausführliche Therapieinstruktion. Beide Versuchsgruppen haben diese Information in schriftlicher Form jeweils zum Beginn der Behandlungswoche bekommen.

In der zweiten wöchentlichen Therapiesitzung wurde das jeweilige Programm mit den Vpn der Kontaktgruppe auf Grund ihrer bis dahin gewonnenen Erfahrungen noch einmal durchgesprochen. Die Gesichtspunkte und Ergebnisse dieser Therapiesitzungen wurden schriftlich in die "Information - II. Teil" zusammengefasst und der Briefgruppe jeweils in der Mitte der entsprechenden Behandlungswoche zugesendet.

Therapiekomponenten:

- | | |
|--|---|
| Grundlinie 1., 2. Woche | Selbstbeobachtung mittels Beobachtungsschema; Information zur Ernährungslehre. |
| Trainingsphase 3., 4. und 5. Woche | Festsetzung einer individuellen Kalorienhöchstgrenze; Training der Verhaltensregeln 1 - 13 zur situativen, zeitlichen und mengenmässigen Kontrolle des Essverhaltens. |
| Stabilisierungsphase 6., 7. und 8. Woche | Bewegungsprogramm (Regel 14).
Programm zur Wiederholung der Verhaltenskontrollschritte.
Belohnungsprogramm. |
| Selbstregulierungsphase 9., 10., 11. und 12. Woche | Feedback über Therapieverlauf; Freigabe der Kaloriengrenze.
Eigenständiges Festlegen eines "Regelprogramms"; zusätzliche individuelle Auswahl aus den Regeln 15 - 30.
"Durchsetzungsprogramm": Training schwieriger Situationen.
Festigung des Bewegungs- und Belohnungsprogramms. Selbstbewertung des Therapieverlaufs. |
| Therapiefreie Zeit 13. - 18. Woche | |
| Nachkontrolle 18. und 19. Woche | Selbstbeobachtung.
Unterlagen zum selbständigen Fortsetzen der Therapie. |

Erstes Informationsblatt zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

Aufgrund Ihrer telefonischen Anmeldung sind wir jetzt in der Lage, Ihnen die Zusage zu geben, dass Sie an unserem Behandlungsprogramm zur Verminderung des Übergewichts teilnehmen können.

Um was handelt es sich bei diesem Programm?

Rund 50 % aller Erwachsener in der Bundesrepublik leiden unter der "Volksseuche" Übergewicht mit ihren medizinischen und psychischen Folgen. Das Übergewicht ist mehr eine Zeitererscheinung mit allgemeinem Charakter als etwa eine spezielle Charakter- schwäche der einzelnen übergewichtigen Personen; überhöhtes Waren- angebot, hochkaloriige Nahrungsmittel sowie zu wenig körperliche Bewegung aufgrund der Arbeitsbedingungen sind die wohl wichtigsten Faktoren, die in unserer Gesellschaft für das Übergewicht eine Rolle spielen.

Es wird nun Zeit, dass diese Volkskrankheit auf breiter Basis bekämpft wird! Zu diesem Zweck hat die "Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung" an unser Institut einen Forschungsauftrag vergeben, in dessen Rahmen dieses Behandlungsprogramm durchgeführt

wird. Da es also mit öffentlichen Mitteln gefördert wird, sind wir in der glücklichen Lage, Ihnen die Behandlung kostenfrei anzubieten. Als Gegenleistung müssen wir aber von Ihnen eine regelmäßige Mitarbeit während der Behandlung erwarten, damit die doch erheblichen Investitionen nicht umsonst sind. Was Sie im einzelnen tun müssen, wird weiter unten in diesem Schreiben aufgeführt.

Unser Institut, das IFT-Therapieforschung GmbH, ist ein gemeinnütziges Institut, das keine Gewinne machen darf. Die Ergebnisse und Erfahrungen aus unseren Untersuchungen und Behandlungen werden nicht kommerziell verwertet. Wir führen im Auftrag öffentlicher Institutionen Forschungsarbeiten durch, die das Ziel haben, dass weit verbreitete Krankheiten oder gesundheitsgefährdende Umstände an breitem Rahmen behandelt und mit Vorbeugungsmassnahmen verhindert werden können. In diesem Zusammenhang führen wir jetzt eine nach bisherigen Erfahrungen erfolgsversprechende Behandlung zur Verminderung des Übergewichts durch. Es ist selbstverständlich, dass alle Ihre Angaben, die Sie im Zusammenhang mit dieser Behandlung machen, der Schweigepflicht unterliegen und streng vertraulich behandelt werden.

Wie sieht die Behandlung aus?

In über 90 % der Fälle ist die hauptsächlichste oder alleinige Ursache des Übergewichts die zu hohe Kalorienaufnahme durch Nahrungsmittel und Getränke; dazu kommt noch der Umstand, dass man sich zu wenig körperlich bewegt, speziell dann, wenn man schon übergewichtig ist.

Auch in den Fällen, wo es scheint, dass wenig gegessen wird oder jedenfalls nicht mehr als andere ("dünne") Personen auch essen, ist es letztlich doch so, dass auf irgendeine Weise mehr Kalorien aufgenommen werden, als der Organismus täglich verbraucht.

Wie Sie an sich selbst wahrscheinlich schon mehrfach gesehen haben, kann man mit Diät, Reduktionskost und ähnlichen Verfahren zwar kurzfristig einige Kilo abnehmen, meistens sogar innerhalb von wenigen Tagen oder einigen Wochen. Aber sehr bald hält man eine solche Ernährung aus irgendwelchen Gründen nicht mehr durch und kommt sehr schnell auf sein Ausgangsgewicht wieder zurück. (Das gleiche gilt auch für "Appetitzügler", die ausserdem nur selten gesundheitlich vertragen werden.)

Es bedarf also nicht nur einer kurzzeitigen Einschränkung der aufgenommenen Nahrungsmenge und damit der Kalorien, sondern ein dauerhafter Erfolg bei der Gewichtsverminderung ist nur möglich, wenn das Essverhalten selbst für immer verändert werden kann.

Unsere Behandlung wird daher keine medikamentöse und auch keine eigentliche Diätbehandlung sein (wenngleich natürlich einige grundsätzliche Diät- und Ernährungsregeln beachtet werden müssen). Es wird vielmehr eine verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlung sein, in der die verschiedenen, meist seit der Kindheit eingepägten falschen Essgewohnheiten sowie die näheren Umstände und Gegebenheiten des Essens und der Nahrungsaufnahme verändert werden sollen.

Sofern Sie selbst schon den Versuch gemacht haben, Ihr Essverhalten zu verändern und besser zu kontrollieren, werden Sie mit Sicherheit die Erkenntnis gewonnen haben, dass dies auf die Dauer unmöglich oder zumindest ausserordentlich schwierig ist. Dieses Problem lässt sich aber mit den richtigen Methoden lösen, so dass Hoffnungslosigkeit hier nicht angebracht ist!

Wir kennen Methoden, mit denen wir diese Möglichkeiten ausschöpfen können. Diese Methoden werden daher den Hauptteil unserer Behandlung ausmachen. Dazu gehört zunächst eine eingehende Untersuchung aller Sachverhalte, die bei Ihnen mit dem Essen etwas zu tun haben, z.B. Ihr Einkaufsverhalten, die Bevorratung von Nahrungsmitteln und Getränken, eine genaue zeitliche und örtliche Analyse Ihrer Mahlzeiten, das Essverhalten selbst, z.B. wie schnell Sie essen oder welche Mengen Sie sich bei einer Mahlzeit auf-tischen usw. Diese Untersuchung aller möglichen Umstände, die das Essen betreffen, ist gar nicht so schwierig, wie es den Anschein haben mag. Sie selbst können sie durchführen, indem Sie lernen, sich selbst beim Essen zu beobachten und uns die entsprechenden Mitteilungen machen.

Sie bekommen ferner Informationen über die Möglichkeiten einer sinnvollen und gesundheitsfördernden Ernährung, von denen Sie sich das grundsätzlich Wichtige aneignen müssen.

Wir wissen aber nun, dass Information und "guter Wille" allein nicht genügt, um wirklich zu einer Veränderung im Verhalten zu kommen. Dazu bedarf es nicht nur einer genauen und psychologisch fundierten Anleitung, sondern auch einer Kontrolle, ob die Anleitungen befolgt werden. Man braucht einfach jemanden, der einem durch Aufpassen dabei hilft, gute Vorsätze zu verwirklichen.

Wenn also in der Behandlung die alten und falschen Essgewohnheiten durch neue Verhaltensregeln ersetzt werden, so werden zunächst wir das langsame Einüben der neuen Verhaltensweisen überwachen, schliesslich werden aber Sie selbst eine Kontrolle Ihres Essverhaltens gewinnen.

Was sind die Ziele der Behandlung?

Das oberste Ziel ist eine wirklich bedeutsame und dauerhafte Verminderung Ihres Übergewichts.

Dabei streben wir keine plötzliche Gewichtsabnahme von mehreren Kilo innerhalb weniger Tage an, sondern Sie sollen unter Einhaltung einer Kalorienhöchstgrenze langsam, aber stetig im Verlauf der zwölfwöchigen Behandlung abnehmen, etwa 1 - 1 1/2 Pfund pro Woche. Was aber noch wichtiger ist: Sie sollen nach der Behandlung weiter an Gewicht abnehmen können oder zumindest das erreichte niedrige Gewicht halten. Dies geht nur, wenn Sie in der Behandlung gelernt haben, sich selbst genau beim Essen zu beobachten und die von uns empfohlenen Kontrollschritte einzusetzen. Das Ziel ist also die Selbstkontrolle des Essverhaltens und in Situationen, die für Sie bisher immer dazu geführt haben, dass Sie sich nicht "beherrschen" konnten.

Es ist weiterhin ein Ziel der Behandlung, dass es Ihnen Spass macht, die Therapie durchzuführen und dadurch des Übergewichtes endlich Herr zu werden. Sie sollen also nicht hungern, Sie sollen das, was Sie bisher gerne gegessen haben auch weiterhin essen dürfen, aber eben nur noch so viel, wie Sie tatsächlich täglich brauchen.

Die Behandlung wird nicht dazu führen, dass Sie Ihren gesamten Tagesablauf und den der Familie verändern werden müssen; vielmehr soll die Therapie unter den für Sie üblichen Lebensbedingungen (z.B. Beruf) durchgeführt werden.

Ein besseres Selbstwert-Gefühl soll den Erfolg der Behandlung vervollständigen.

Es sollen nun noch einmal die wichtigsten Punkte zusammengefasst werden:

- 1) Übergewicht ist eine allgemein verbreitete Krankheit; es ist keine auf persönliche Fehler zurückzuführende "Charakter-schwäche", sondern hat seine Ursachen wesentlich in gesellschaftlichen Faktoren, wie Konsumwerbung, Büro-tätigkeit.
- 2) Übergewicht entsteht durch eine positive Kalorienbilanz, d.h., es werden mehr Kalorien durch Nahrung und Getränke aufgenommen, als durch Grundumsatz, Arbeit und zusätzliche sportliche Betätigung verbraucht werden können.
- 3) Ein dauerhafter Erfolg bei der Verringerung des Übergewichts ist nicht durch eine kurzfristige Diät oder Reduktionskost zu erwarten. Vielmehr muss das Essverhalten selbst verändert werden. Dies geschieht durch genaues Beobachten und Kontrolle des Essens sowie aller auslösenden Umstände des Essens.

- 4) In unserer verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung bekommen Sie Techniken vermittelt, mit denen Sie es im Laufe der Therapie erlernen, Ihr Essverhalten selbst zu verändern und zu kontrollieren.
- 5) Die Ziele unserer Therapie sind eine langsame, aber stetige Verringerung des Gewichts, die sich nach der eigentlichen Behandlungsphase fortsetzt; die Selbstkontrolle des Essverhaltens und der bisherigen "verführerischen" Situationen; ein angstfreier und qualloser Charakter der Behandlung; ein erhöhtes Selbstwertgefühl aufgrund der dauerhaften Gewichtsabnahme.

Was müssen Sie tun, wenn Sie an unserem Behandlungsprogramm teilnehmen wollen?

- 1) Wie Ihnen schon am Telefon erklärt worden ist, erstreckt sich die Behandlung über zwölf Wochen in der Zeit von bis Nach weiteren fünf Wochen ist eine vierzehntägige Nachbehandlungsphase etwa von bis vorgesehen. Sie dürfen also während dieser zwölf Wochen und der Nachbehandlungsphase nicht für länger von zu Hause abwesend sein, also z.B. in Urlaub fahren u.ä. (Eventuell könnte allerdings die Nachbehandlungsphase etwas verschoben werden; informieren Sie uns bitte entsprechend bei der Vorbesprechung am
- 2) Neben dieser Bedingung müssen wir noch folgende Forderung an Sie stellen:

Es muss aufgrund unserer Arbeitskapazität eine Auswahl unter Ihnen getroffen werden. Da wir die Therapie kostenlos anbieten, wollen wir eine hinreichend grosse Sicherheit haben, dass wir tatsächlich nur solche Personen (Klienten) in die Therapie aufnehmen, die zuverlässig und kooperativ mitarbeiten.

Ohne einen allzu grossen zeitlichen Aufwand zu haben, müssen Sie folgende Arbeiten während der Therapie und Nachbehandlungsphase leisten:

4. täglich eine von uns vorgedruckte Beobachtungskarte (über Zahl der Mahlzeiten, Dauer der Mahlzeiten, Kalorienmenge, Stärke des Hungers, sportliche Betätigung) ausfüllen und an das IFT zurückschicken. (Dieses tägliche Ausfüllen der Beobachtungskarte ist ein ganz wesentlicher Bestandteil unserer Diagnostik und Therapie. Sie bekommen dazu einen Kalorienzähler von uns gestellt.)

- b) wöchentlich drei kurze Fragebögen ausfüllen, dazu eine aktuelle Angabe Ihres Gewichts machen, und sofort an das IFT einschicken.
- c) vor und nach der Therapie einige zusätzliche Fragebögen ausfüllen und an uns zurückschicken.

Als Sicherheit dafür, dass Sie regelmässig mitarbeiten im Sinne dieser drei Punkte, werden wir eine Kautions von DM 120,- erheben, die Sie, der technischen Einfachheit halber, in Form von wöchentlichen DM 10,- Gutschriften zurückverdienen werden, wenn Sie während einer Behandlungswoche alle Ihre Arbeiten genau durchgeführt haben. Die Gesamtsumme wird Ihnen am Ende der Therapie zurückgezahlt (vgl. die Vereinbarung!).

Wir mochten noch einmal betonen, dass wir Sie mit dieser Massnahme nicht abschrecken oder misstrauisch machen wollen, sondern dass Sie uns ein Minimum an Sicherheit für die Durchführung der Therapie geben sollen. Die Kautions bezieht sich nur auf die regelmässige Mitarbeit, nicht etwa auf die Grosse der Gewichtsabnahme.

Zahlen Sie die Kautions bitte bis zum auf unser Konto-Nr. ein.

- 3) Durch die Rücksendung der mit Ihrer Unterschrift versehenen Vereinbarung sind Sie in unser Therapieprogramm aufgenommen. Wir würden Sie bitten, dass Sie bei vorhandenem Interesse die Vereinbarung alsbald an uns zurückschicken, möglichst schon zum oder aber am zur Vorbesprechung mitbringen.
- 4) Wir müssen Sie bitten, das anfallende Porto zum Zurücksenden der täglichen Beobachtungskarten auszuliegen; es wird sich dabei um einen Betrag von ungefähr DM 30,- handeln. Es ist noch nicht sichergestellt, dass wir auch diese Kosten übernehmen werden können; es besteht aber die Möglichkeit, dass Sie bei regelrechter Rücksendung der Beobachtungskarten von uns diese Auslage rückerstattet bekommen. Wir werden Sie darüber noch informieren. Auf jeden Fall sollten Sie aber bedenken, dass Sie während der Therapie leicht DM 30,- an Nahrungsmitteln und Getränken einsparen können!
- 5) Wenn Sie an der Behandlung teilnehmen wollen, so müssen Sie von Ihrem Arzt eine Bescheinigung beibringen, in der stehen soll, dass eine Gewichtsabnahme für Sie wünschenswert und notwendig ist und keine ärztlichen Bedenken gegen eine wöchentliche Abnahme von 1 - 1 1/2 Pfund während der zwölf Wochen dauernden Behandlung bestehen.

Eine solche Bescheinigung sollten Sie bei nächster Gelegenheit von Ihrem Arzt holen und dann an uns schicken. Sprechen Sie ruhig mit Ihrem Arzt über unser Behandlungsprogramm und Ihren Wunsch, daran teilzunehmen!

- 6) Wir möchten Sie am Donnerstag, den um oder zu einer Vorbesprechung einladen.

Bei diesem Termin wird die Gruppeneinteilung vorgenommen, Sie sollten ihn also nicht versäumen. Sie bekommen dort einen Überblick über die Therapie und unser Institut. Offene Fragen können dann geklärt werden.

Die Vorbesprechung findet in unserem Institut statt.

Wir hoffen, dass unsere Vorschläge Ihre Billigung gefunden haben, und verbleiben .

mit freundlichen Grüßen,

Anlage: Fragebogen VAI-A und VAI-B
Fragebogen LEV
2 Vereinbarungen

(Bringen Sie bitte diese drei Bögen ausgefüllt bzw. unterschrieben zurück.)

Vereinbarung

schen der IFT-Projektgruppe "Übergewicht" und der Klientin Frau/
Klienten Herrn

die Zeit der Therapie des Übergewichts vom 15. Februar 1974 bis
Mai 1974 sowie der Zeit der Nachuntersuchung vom 17. Juni 1974
30. Juni 1974.

Ich habe die Bedingungen (siehe Erstes Informationsblatt vom 31.1.74)
Aufnahme in die Behandlung zur Kenntnis genommen, bin damit ein-
standen und verpflichte mich:

1. die mir vom IFT zugeschickten Beobachtungskarten täglich in-
struktionsgemäss ausgefüllt an das IFT zurück zu senden;
2. die drei wöchentlich auszufüllenden Fragebogen termingerecht
zurückzuschicken;
3. vor und nach der Therapie einige zusätzliche Fragebogen auszu-
füllen;
4. die Kautions von DM 120,- bis zum 22. Februar 1974 auf unser
Konto-Nr. 00622600 der Deutschen Apotheker- und Ärztebank,
Zweigstelle Brienerstrasse, einzuzahlen.

die Rückzahlungen der Kautions gelten folgende Bedingungen:

Werden die Punkte 1 und 2 dieser Vereinbarung eine Woche lang
vollständig eingehalten, erfolgt eine Gutschrift von DM 10,-.
Dies gilt für alle zwölf Behandlungswochen sinngemäss.

Werden die Punkte 1 und 2 dieser Vereinbarung in einer Woche nicht
vollständig eingehalten, so erfolgt keine Gutschrift von DM 10,-
für diese Behandlungswoche.

Die Summe der Gutschriften wird am zurückgezahlt.

Ich/er/ihre/ihre Unterzeichnung dieser Vereinbarung ist die Klientin/
Klient in die vom IFT angebotene Therapie zur Verminderung des
Übergewichts aufgenommen.

Die Therapie wird vom IFT kostenlos durchgeführt, lediglich die Porto-
kosten zum täglichen Zurücksenden der Beobachtungskarte sind vom
Klienten zu tragen.

Das IFT behandelt alle Angaben des Klienten streng vertraulich.

Dieses ist kein Vertrag im juristischen Sinne, sondern diese Verein-
barung soll nur sicherstellen, dass wirklich interessierte Personen
die Therapie aufgenommen werden. Es soll damit dokumentiert wer-
den, dass der Klient zu einer regelmässigen Mitarbeit in der Therapie
bereit ist.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Therapeut)

.....
(Klient)

Name:

Datum:

Fragebogen zum Essverhalten

In den Fragebogen VAI-A und VAI-B finden Sie sehr detaillierte Fragen zum Gewicht, zum Essen, zu Nahrungsmitteln und Getränken, zur körperlichen Bewegung und zu persönlichen Einstellungen hinsichtlich des Essens und des Gewichts.

Ihre Antworten sind ein grundlegendes und damit sehr wichtiges Material für den Aufbau einer auf Ihre individuellen Gewichtsprobleme abgestellten Behandlung.

Beantworten Sie alle Fragen daher bitte den Anweisungen entsprechend, überlegen Sie sich die Antwort genau und lassen Sie keine Frage aus.

Zur Erläuterung:

Alle Fragen sind durchnummeriert. Es gibt Fragen mit verschiedenen Antworttypen. Die Fragen mit gleichem Antworttyp sind in Gruppen zusammengestellt, die entsprechenden Anleitungen zum Ankreuzen stehen vor diesen Gruppen. Beachten Sie also bitte diese Anleitungen.

Es gibt bei jeder Frage nur eine zutreffende Antwort für Sie!

Es gilt:

- 1) Bei Fragen mit mehreren Möglichkeiten (a, b, c,): Kreuzen Sie nur den Buchstaben der zutreffenden Antwort an!
- 2) Bei Ja-Nein-Fragen: Kreuzen Sie nur das Ja oder das Nein an!
- 3) Bei Fragen mit "freier" Antwort (.....) schreiben Sie bitte die für Sie zutreffende Antwort selbst hin!

VAT-A

Schreiben Sie bei den Fragen 1 - 19 die entsprechenden Antworten selbst hin (.....)

1. Mein Übergewicht besteht seit Jahren
2. Ich habe schon ernsthaft (mindestens 2 Wochen lang) Gewichtsabnahmen
 - a) Mal versucht
 - b) bisher nicht versucht
3. Meine bisherige längste Abmagerungskur dauerte
 - a) Wochen
 - b) bisher keine Abmagerungskur gemacht
4. Bei den bisherigen Abmagerungskuren habe ich eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von
 - a) kg gehabt
 - b) bisher keine Abmagerungskur gemacht
5. Meine grösste Gewichtsabnahme war bisher
 - a) kg
 - b) bisher keine Abmagerungskur gemacht
6. In den letzten 6 Monaten habe ich ein Diätprogramm (oder irgendeine Abmagerungskur) ernsthaft durchgeführt während
 - a) Wochen
 - b) habe keine Abmagerungskur durchgeführt
7. Durch eine Abmagerungskur habe ich in den letzten 6 Monaten
 - a) kg abgenommen
 - b) habe keine Abmagerungskur durchgeführt
8. Wegen meinem Übergewicht bin ich in ärztlicher Behandlung seit
 - a) Jahren, in regelmässiger Behandlung
 - b) Jahren, in unregelmässiger Behandlung

MEIN GEWICHT IN DEN LETZTEN 6 MONATEN

9. Ist momentan: kg
10. Das Minimum war: kg
11. Das Maximum war: kg

12. Ich trinke Bier, durchschnittlich Gläser (1/2l)
täglich
13. Ich trinke Wein, durchschnittlich Gläser (1/4l)
täglich
14. Ich trinke Spirituosen (Schnaps, Likör, u.a.) durch-
schnittlich Gläser (2 cl) täglich
15. Ich trinke gesüsste alkoholfreie Getränke (Obstsaft,
Coca-Cola, Ginger-Ale, u.a.) durchschnittlich
..... Gläser (1/4 l) täglich
16. Ich trinke Kaffee oder Tee durchschnittlich Tassen
(1/4 l) täglich
17. Ich trinke Wasser durchschnittlich Gläser (1/4 l)
täglich
18. Ich trinke Milch durchschnittlich Gläser (1/4 l)
täglich
19. Ich nehme Hauptmahlzeiten regelmässig pro Tag ein

Kreuzen Sie bei den Fragen 20 - 29 jeweils den entsprechenden Buchstaben (a, b, c, d, e) an!

20. Ich rauche

- a) Mehr als 40 Zigaretten pro Tag
- b) Zwischen 20 und 40 Zigaretten pro Tag
- c) Weniger als 20 Zigaretten pro Tag
- d) Weniger als 10 Zigaretten pro Tag
- e) Nicht

21. Zum Frühstück brauche ich in der Regel

- a) Mehr als 30 Minuten
- b) 20 bis 30 Minuten
- c) 10 bis 20 Minuten
- d) Weniger als 10 Minuten
- e) Ich frühstücke nicht

22. Zum Mittagessen brauche ich in der Regel

- a) Mehr als 30 Minuten
- b) 20 bis 30 Minuten
- c) 10 bis 20 Minuten
- d) Weniger als 10 Minuten
- e) Ich nehme kein Mittagessen

23. Zum Abendessen brauche ich in der Regel

- a) Mehr als 30 Minuten
- b) 20 bis 30 Minuten
- c) 10 bis 20 Minuten
- d) Weniger als 10 Minuten
- e) Ich nehme kein Abendessen

24. Wenn ich Hunger zwischen den Mahlzeiten fühle, esse ich

- a) Immer etwas (100 % der Fälle)
- b) Meistens etwas (75 % der Fälle)
- c) Manchmal etwas (50 % der Fälle)
- d) Selten etwas (25 % der Fälle)
- e) Nicht (0 %)

25. Ich kaufe Nahrungsmittel nach einer vor dem Einkauf geschriebenen Liste in

- a) 100 % der Einkäufe
- b) 75 % der Einkäufe
- c) 50 % der Einkäufe
- d) 25 % der Einkäufe
- e) Weniger als 25 % der Einkäufe

26. Ich halte mich streng an einer Einkaufsliste in

- a) 100 % der Einkäufe
- b) 75 % der Einkäufe
- c) 50 % der Einkäufe
- d) 25 % der Einkäufe
- e) Weniger als 25 % der Einkäufe

27. In Lebensmittelgeschäften verbringe ich durchschnittlich pro Tag

- a) Mehr als 30 Minuten
- b) 20 bis 30 Minuten
- c) 10 bis 20 Minuten
- d) Weniger als 10 Minuten
- e) Ich besuche praktisch keine Lebensmittelgeschäfte

28. Während meiner Berufszeit sitze ich

- a) 6 bis 8 Stunden
- b) 4 bis 6 Stunden
- c) 2 bis 4 Stunden
- d) 1 bis 2 Stunden
- e) Weniger als 1 Stunde

29. Während meiner Berufszeit stehe oder gehe ich

- a) 6 bis 8 Stunden
- b) 4 bis 6 Stunden
- c) 2 bis 4 Stunden
- d) 1 bis 2 Stunden
- e) Weniger als eine Stunde

Wählen Sie jetzt bei den Fragen 30 bis 41 zwischen den Antwortmöglichkeiten a - h und kreuzen Sie jede Frage entsprechend an!

- a) Mehr als einmal täglich
- b) Einmal täglich
- c) Mehrmals in der Woche
- d) Einmal in der Woche
- e) 2 bis 3 Mal im Monat
- f) Einmal im Monat
- g) Seltener
- h) Nie

Im Durchschnitt. (Urlaubszeit ausgeschlossen)

- | | |
|---|-----------------|
| 30. Fahre ich mit dem Fahrrad | a b c d e f g h |
| 31. Schwimme ich | a b c d e f g h |
| 32. Turne ich | a b c d e f g h |
| 33. Tanze ich | a b c d e f g h |
| 34. Spaziere ich zu Fuss/Wandere ich | a b c d e f g h |
| 35. Mache ich Gartenarbeit | a b c d e f g h |
| 36. Treibe ich Ball-Sports (Fussball, Volley-Ball, u.a.) | a b c d e f g h |
| 37. Treibe ich Wintersport (Ski, Eislaufen, u.a.)/ mache ich Bergwanderungen | a b c d e f g h |
| 38. Ich esse abends unmittelbar vor dem Schlafengehen noch irgendetwas | a b c d e f g h |
| 39. Ich esse morgens (gleich nach dem Aufstehen oder noch in Bett, aber <u>vor</u> dem Frühstück) irgendetwas | a b c d e f g h |
| 40. Ich trinke (wie 38) | a b c d e f g h |
| 41. Ich trinke (wie 39) | a b c d e f g h |

Wählen Sie jetzt bei den Fragen 42 - 69 zwischen den Antwortmöglichkeiten a - h und kreuzen Sie jede Frage entsprechend an!

- a) Mehr als 4 Mal täglich
- b) 3 bis 4 Mal täglich
- c) 2 Mal täglich
- d) 1 Mal täglich
- e) 4 bis 6 Mal pro Woche
- f) 1 bis 3 Mal pro Woche
- g) Weniger als einmal pro Woche
- h) Nie

- | | |
|--|-----------------|
| 42. Ich trinke Bier | a b c d e f g h |
| 43. Ich trinke Wein | a b c d e f g h |
| 44. Ich trinke Spirituosen (Schnaps, Likör u.a.) | a b c d e f g h |
| 45. Ich trinke gesüsste alkoholfreie Getränke (Coca-Cola, Sprite, Fruchtsäfte u.a.) | a b c d e f g h |
| 46. Ich trinke Kaffee oder Tee | a b c d e f g h |
| 47. Ich trinke Wasser | a b c d e f g h |
| 48. Ich trinke Milch | a b c d e f g h |
| 49. Ich esse Zwischenmahlzeiten (z. B. zweites Frühstück, Kaffee und Kuchen, vor dem Schlafengehen u.a.) | a b c d e f g h |
| 50. Ich esse Suppen | a b c d e f g h |
| 51. Ich esse Fisch(oder Fischwaren) | a b c d e f g h |
| 52. Ich esse Fleisch, als Bestandteil meiner warmen Hauptmahlzeiten | a b c d e f g h |
| 53. Ich esse Geflügel | a b c d e f g h |
| 54. Ich esse Reis als Bestandteil meiner warmen Hauptmahlzeiten | a b c d e f g h |
| 55. Ich esse Kartoffeln als Bestandteil meiner Hauptmahlzeiten | a b c d e f g h |

56. Ich esse Nudeln, Spagetti, Knödeln
oder andere Eierteigwaren, als Bestandteil
meiner warmen Hauptmahlzeiten a b c d e f g h
57. Ich esse gekochtes Gemüse als Bestandteil
meiner Hauptmahlzeiten a b c d e f g h
58. Ich esse rohes Gemüse, Salat a b c d e f g h
59. Ich esse sonstige Fleischwaren
(z. B. Wurst, Schinken, Curry-Wurst) a b c d e f g h
60. Ich esse Getreideerzeugnisse (Brot,
Gebäck, Kuchen u.a.) a b c d e f g h
61. Ich esse Obst a b c d e f g h
62. Ich esse Eierspeisen (Spiegeleier,
Rühreier u.a.) a b c d e f g h
63. Ich nehme Nachspeisen a b c d e f g h
64. Ich stehe Nachts auf um mir etwas zu
essen zu holen a b c d e f g h
65. Im Tagesverlauf esse ich Süßigkeiten
(Bonbons, Kuchen, Gebäck u.a.) a b c d e f g h
66. Meine Lieblingsspeisen esse ich a b c d e f g h
67. In meiner Familie werden die Nahrungs-
mittel eingekauft a b c d e f g h
68. Ich wiege mich a b c d e f g h
69. Ich stelle mich vor dem Spiegel um
meine Figur zu prüfen a b c d e f g h

Name:

Datum:

VAI-B

Kreuzen Sie bei den Fragen 1 - 3 die entsprechenden Buchstaben an!

1. In meiner Familie waren Übergewichtig
 - a) Meine beiden Eltern und auch andere Verwandte (Geschwister, Grosseltern, Tanten usw.)
 - b) Einer meiner Eltern und auch andere Verwandte
 - c) Nur meine beiden Eltern
 - d) Nur mein Vater
 - e) Nur meine Mutter
 - f) Andere Verwandte
 - g) Niemand
 - h) alle meine Geschwister
 - i) nicht alle meine Geschwister
 - k) Ich habe keine Geschwister

2. Meine bisherige längste Abmagerungskur bestand aus
 - a) Diät (Kalorieneinschränkung) unter ärztlicher Überwachung
 - b) Einnahme von Appetit-Züglern unter ärztlicher Überwachung
 - c) Diät + Appetit-Züglern
 - d) Teilnahme am Programm von einem Diät-Club
 - e) Psychotherapie, Gruppentherapie u.a.
 - f) Selbsterfundene Methoden
 - g) Diät, durchgeführt ohne ärztliche Überwachung
 - h) Null-Diät, stationär
 - i) Selbständig weniger essen

3. Meine grösste Gewichtsabnahme erreichte ich bisher mit
 - a) Diät (Kalorieneinschränkung) unter ärztlicher Überwachung
 - b) Einnahme von Appetit-Züglern unter ärztlicher Überwachung
 - c) Diät + Appetit-Züglern
 - d) Teilnahme am Programm von einem Diät-Club
 - e) Psychotherapie, Gruppentherapie u.a.
 - f) Selbsterfundene Methoden
 - g) Diät, durchgeführt ohne ärztliche Überwachung
 - h) Null-Diät, stationär
 - i) selbständig weniger essen

Kreuzen Sie bei den Fragen 4 - 21 entweder das "Ja" oder das "Nein" an!

Der Grund der mich bisher zu den ernsthaften Abmagerungskuren veranlasste war

- | | | |
|--|----|------|
| 4. Meine Gesundheit | Ja | Nein |
| 5. Wunsch nach Attraktivität | Ja | Nein |
| 6. Besseres Verständnis mit meinem Partner | Ja | Nein |
| 7. Sportliche Ziele | Ja | Nein |
| 8. Schlechte Körperempfindungen | Ja | Nein |
| 9. Ärztliche Hinweise | Ja | Nein |
| 10. Freunde, Bekannte, Familienangehörige | Ja | Nein |
| 11. Berufliche Gründe | Ja | Nein |
| 12. Finanzielle Gründe | Ja | Nein |
| Ich habe Beschwerden aufgrund von | | |
| 13. Diabetes | Ja | Nein |
| 14. Herz und Kreislauf | Ja | Nein |
| 15. Hochdruck | Ja | Nein |
| 16. Niederer Blutdruck | Ja | Nein |
| 17. Übelkeit/Erbrechen | Ja | Nein |
| 18. Atemschwierigkeiten | Ja | Nein |
| 19. Magen- und Darmbeschwerden | Ja | Nein |
| 20. Gelenkschmerzen | Ja | Nein |
| 21. Bindegewebschwäche | Ja | Nein |

Kreuzen Sie bei den Fragen 22 - 27 jeweils den entsprechenden Buchstaben an!

22. Zu Hause nehme ich die Mahlzeiten überwiegend

- a) In der Küche
- b) In der Wohnstube
- c) In meinem Schlafzimmer
- d) In meinem Arbeitszimmer
- e) Habe keinen festen Platz

23. Meistens frühstücke ich

- a) Alleine
- b) Mit Kollegen (oder Freunde)
- c) Mit meinen Eltern
- d) Mit meiner Familie (Ehemann/Frau und Kindern)
- e) Mit fremden Leuten (Im Schnell-Imbiss, Kaffee usw.)
- f) Ich frühstücke nicht

24. Meistens esse ich Mittags

- a) Alleine
- b) Mit Kollegen (oder Freunde)
- c) Mit meinen Eltern
- d) Mit meiner Familie (Ehemann/Frau und Kindern)
- e) Mit fremden Leuten (im Schnell-Imbiss, Restaurant usw)
- f) Ich nehme kein Mittagessen

25. Meistens esse ich Abends

- a) Alleine
- b) Mit Kollegen (oder Freunde)
- c) Mit meinen Eltern
- d) Mit meiner Familie (Ehemann/Frau und Kindern)
- e) Mit fremden Leuten (im Restaurant, Schnell-Imbiss usw)
- f) Ich nehme kein Abendessen

26. Ich esse die grösste Menge

- a) Zum Frühstück
- b) Zum Mittagessen
- c) Zum Abendessen
- d) Zwischen den Hauptmahlzeiten
- e) Ungefähr die selbe Menge zu den Hauptmahlzeiten

27. Die Nahrungsmittel für meine Familie

- a) Kaufe ich überwiegend ein
- b) Kauft meine Ehefrau/Ehemann ein
- c) Kauft meine Mutter/Vater ein
- d) Kaufen meine Geschwister ein
- e) Kauft eine andere Person ein

Kreuzen Sie bei den Fragen 28 - 78 Entweder "Ja" oder "Nein" an!

Zwischen den Hauptmahlzeiten trinke ich

- 28. Bier Ja Nein
- 29. Wein Ja Nein
- 30. Andere alkoholische Getränke
(Schnaps, Likör usw) Ja Nein
- 31. Gesüsste nicht alkoholische Ge-
tränke (Obstsäfte, Coca-Cola, Sprite,
Ginger-Ale usw) Ja Nein
- 32. Kaffee oder Tee Ja Nein
- 33. Wasser (Mineralwasser) Ja Nein
- 34. Milch Ja Nein

Zwischen den Hauptmahlzeiten esse ich

- 35. Würste und Fleischwaren Ja Nein
- 36. Milcherzeugnisse (Käse, Joghurt u.a.) Ja Nein
- 37. Kuchen, Gebäck oder Süßigkeiten Ja Nein
- 38. Obst Ja Nein
- 39. Salzstangen, Käsegebäck, Nüsse u.a. Ja Nein

Unmittelbar vor dem Schlafengehen

- 40. Trinke ich noch ein Glas Bier Ja Nein
- 41. Trinke ich noch ein Glas Wein Ja Nein
- 42. Trinke ich noch etwas Likör oder
Schnaps Ja Nein
- 43. Trinke ich noch ein Glas Milch oder
Fruchtjoghurt Ja Nein

Unmittelbar vor dem Schlafengehen

- | | | |
|---|----|------|
| 44. Esse ich noch ein Stück Fleisch oder Wurst | Ja | Nein |
| 45. Esse ich noch etwas Obst | Ja | Nein |
| 46. Esse ich noch eine Süßigkeit, Stück Kuchen, Gebäck, Nüsse | Ja | Nein |
| 47. Esse ich noch ein Stück Käse | Ja | Nein |
| 48. Verschieden, ich esse nicht immer dasselbe | Ja | Nein |

Unmittelbar nach dem Aufstehen (vor dem Frühstück)

- | | | |
|---|----|------|
| 49. Trinke ich noch ein Glas Bier | Ja | Nein |
| 50. Trinke ich noch ein Glas Wein | Ja | Nein |
| 51. Trinke ich noch etwas Likör oder Schnaps | Ja | Nein |
| 52. Trinke ich noch ein Glas Milch oder Fruchtjoghurt | Ja | Nein |
| 53. Esse ich noch ein Stück Fleisch oder Wurst | Ja | Nein |
| 54. Esse ich noch etwas Obst | Ja | Nein |
| 55. Esse ich noch eine Süßigkeit, Stück Kuchen, Gebäck, Nüsse | Ja | Nein |
| 56. -Esse ich noch ein Stück Käse | Ja | Nein |
| 57. Verschieden, ich esse nicht immer dasselbe | Ja | Nein |

Ich unterhalte mich mit anderen Personen während

- | | | |
|---------------------|----|------|
| 58. Dem Frühstück | Ja | Nein |
| 59. Dem Mittagessen | Ja | Nein |
| 60. Dem Abendessen | Ja | Nein |

Ich sehe Fernsehen oder Höre Musik/Nachrichten während

- | | | |
|---------------------|----|------|
| 61. Dem Frühstück | Ja | Nein |
| 62. Dem Mittagessen | Ja | Nein |
| 63. Dem Abendessen | Ja | Nein |

Ich lese oder bereite meine Arbeit vor während

- | | | |
|---------------------|----|------|
| 64. Dem Frühstück | Ja | Nein |
| 65. Dem Mittagessen | Ja | Nein |
| 66. Dem Abendessen | Ja | Nein |

Ich habe ständig im Haus

- | | | |
|--|----|------|
| 67. Süßigkeiten (Schokolade, Kuchen, Torten) | Ja | Nein |
| 68. Nüsse, Rosinen u.a. | Ja | Nein |
| 69. Käsegebäck, Salzstangen, Ships, Flips u.a. | Ja | Nein |
| 70. Eiscreme, Fruchjoghurt, Pudding u.a. | Ja | Nein |

Welche negativen Folgen befürchten Sie tatsächlich wenn Sie weiterhin Übergewichtig bleiben:

- | | | |
|---|----|------|
| 71. Gesundheitliche Schäden | Ja | Nein |
| 72. Gesellschaftlich ausgeschlossen zu werden | Ja | Nein |
| 73. Berufliche Behinderung | Ja | Nein |
| 74. Finanzielle Verluste | Ja | Nein |
| 75. Meinen Partner zu verlieren | Ja | Nein |
| 76. Keinen Partner zu finden | Ja | Nein |
| 77. Verlust von Selbstvertrauen | Ja | Nein |
| 78. Andere | Ja | Nein |

-172-

2. INFORMATION ZUR THERAPIE DES UBERGEWICHTS

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

Wir teilen Ihnen hiermit den Beginn unserer Behandlung am
... mit, und hoffen, daß Sie diese Information recht-
zeitig erhalten.

Wie wir Ihnen bereits in der Vorbesprechung erläutert haben, ist
es das Wichtigste in der ersten, 14-tägigen Phase der Behandlung,
eine genaue Bestandsaufnahme Ihrer täglichen Essgewohnheiten zu
machen mittels der sog. Esskarte. (Das Gleiche gilt für Ihre
Bewegungsaktivität)!

D.h.: Sie beginnen am ... den ... mit dem Ausfüllen und Ein-
schicken der Beobachtungskarten. Beachten Sie dabei bitte
genau die beigelegte Anleitung zum Ausfüllen der Ess- und
Bewegungskarte!

Wir haben Ihnen für die erste Behandlungswoche vom ... bis
... einen Satz von sieben grünen Beobachtungskarten bei-
gefügt (+ einer Reservekarte). Benutzen Sie diese grünen Karten nur
in der ersten Woche. Für die zweite Behandlungswoche bekommen Sie
neues Material.

Wir möchten Sie nochmals darauf hinweisen, daß Ihr exaktes Aus-
füllen der Ess- und Bewegungskarten eine wichtige Voraussetzung
für eine gute persönliche Therapie ist.

Sie sind Teilnehmer einer brieflich durchgeführten Therapie, d.h.
wir bekommen täglich Ihre Karten und Sie bekommen wöchentlich
unsere therapeutischen Anweisungen mit der Post zugeschickt. Um
auftretende Probleme zu besprechen, haben wir für Sie eine
telefonische Sprechstunde jeden ... von ... Uhr einge-
richtet. Rufen Sie uns also an, wenn Sie Fragen haben.

IHRE KONTROLL-Nr. IST: _____ Tragen Sie sie bitte auf allen Ihren
Beobachtungskarten und Fragebögen ein!

Die nächste Information zur Therapie erhalten Sie Mitte der
nächsten Woche zugestellt.

Mit freundlichen Grüßen!

Die Essenskarte (EK) und die Bewegungskarte (BK)

Sie erhalten von uns wöchentlich sieben gleichfarbige Beobachtungskarten (und eine Reservekarte). Eine Beobachtungskarte besteht aus der Essenskarte (EK) und der Bewegungskarte (BK). Während der Therapie sollen Sie täglich beide Karten ausfüllen und die ausgefüllte Essenskarte täglich an das IFT einschicken.

Aus folgenden Gründen müssen wir größten Wert darauf legen, daß Sie beide Karten regelmäßig und genau ausfüllen:

- nur mit Hilfe dieser detaillierten Beobachtungen können wir die entscheidenden Punkte finden, an denen Ihr Eßverhalten in der Therapie günstig beeinflusst werden kann. Je besser Sie uns informieren, desto wirkungsvoller und dauerhafter ist der Therapieerfolg;
- diese tägliche Selbstbeobachtung beeinflusst auch unmittelbar Ihr Eßverhalten, denn Eigeninformation ist die Voraussetzung einer wirkungsvollen Selbstkontrolle.

Wir bitten Sie daher dringend, die Essenskarte und die Bewegungskarte mit großer Sorgfalt auszufüllen, auch wenn es Sie anfangs viel Mühe kostet. Sie werden nach einigen Tagen bemerken, daß Ihnen das Ausfüllen zusehendschneller von der Hand geht.

Wenn Sie am Abend eines Tages Ihre Eintragungen vollständig gemacht haben, trennen Sie die Bewegungskarte ab und übertragen den "Gesamtkalorienverbrauch" (siehe nachfolgende Erläuterungen) in die Essenskarte. Die Essenskarte frankieren Sie bitte und werfen sie noch am Abend (wenn Sie wirklich nichts mehr bis 24 Uhr essen wollen) oder am nächsten Morgen in den Briefkasten.

Die Bewegungskarten einer Woche sammeln Sie bitte und senden uns zusammen am Ende der Woche zu.

Zur Errechnung der Kalorienwerte für die Essenskarte benutzen Sie bitte "Klevers Kalorienkompaß". Sie können sich die Rechenarbeit erleichtern, in dem Sie sich Mahlzeiten, die Sie öfters einnehmen, einmal ausrechnen und dann notieren.

Wie wird die Essenskarte (EK) ausgefüllt ?

Eine Essenskarte gilt für einen Tag.

Auf der Karte soll jede Nahrungsaufnahme in fester oder flüssiger Form unmittelbar nach Beendigung der Mahlzeit notiert werden.

Hauptmahlzeiten sind Frühstück, Mittagessen und Abendessen;
Nebemahlzeiten sind alle übrigen Mahlzeiten und Nahrungseinnahmen (zB ein Brot, ein Apfel, ein Stück Schokolade ...);
Getränke werden extra notiert.

Beispiel:

Herr Wagner mit der Kontrollnummer 03 nimmt am 4.2.74 zum Frühstück (Hauptmahlzeit) 300 Kalorien an fester Nahrung (Semmel, Käse, Ei ...) und 100 Kalorien an flüssiger Nahrung (Kaffee mit Milch und Zucker) zu sich.

Er notiert:

Gesamt-kalorienverbrauch (Übersicht)					
Kontroll-Nr.	03		Datum		
Name	W. G. Wagner				
Mahlzeitenzahl	1	2	3	4	5
Kalorien gesamt					
Hauptmahlzeit	300				
Getränke	100				
Nebemahlzeit					
Beginn (Uhrzeit)					

Wichtig!

Feste und flüssige Nahrung einer Mahlzeit werden untereinander notiert.

Seine Kalorien gesamt für den 4.2.74 betragen bis jetzt 300+100=400 Kalorien.

Er notiert also weiter:

Kontroll-Nr.	03		Datum		
Name	W. G. Wagner				
Mahlzeitenzahl	1	2	3		
Kalorien gesamt	400				
Hauptmahlzeit	300				
Getränke	100				
Nebemahlzeit					
Beginn (Uhrzeit)					

Wichtig!

In der Zeile Kalorien gesamt soll immer die Anzahl der Kalorien stehen, die an dem betreffenden Tag bisher insgesamt eingenommen wurden (also die Summe der Kalorien aller Mahlzeiten).

Für die Zeile Zeit gesamt gilt dies sinngemäß.

Im Beispiel auf der nächsten Seite unten ist dies noch einmal ausgeführt

Er beginnt das Frühstück um 7¹⁵; es dauert 20 Minuten; seine Zeit gesamt für den Tag, die er bisher beim Essen verbracht hat, ist also 20 Minuten. Er notiert:

Beginn (Uhrzeit)	7 ¹⁵					
Dauer (Minuten)	20					

Das Frühstück nimmt er zu Hause ein (Ort); als Nebentätigkeit bei der Mahlzeit liest er (Zeitung); er ist in Gesellschaft (seiner Frau).

Er notiert weiter:

Dauer (Minuten)	28		
Zeit gesamt	28		
Ort	zu Hause		
Nebentätigkeit	lesen		
In Gesellschaft	ja		
Verlangen n. Nahrung			

Weitere Nebentätigkeiten: Radiohören, Schreiben, Fernsehen, Telefonieren ...
Keine Nebentätigkeit: sich Unterhalten
 Antwortmöglichkeiten für in Gesellschaft: ja und nein. Nein gilt auch, wenn man (im Restaurant) mit unbekanntem Leuten zu Tisch sitzt.

Das Verlangen nach Nahrung (Hunger oder Durst) wird mit ganzen Zahlen zwischen 1 und 4 unmittelbar vor der Nahrungsaufnahme eingeschätzt.

1	2	3	4
<u>KEINEN</u> HUNGER oder DURST	<u>WENIG</u> HUNGER oder DURST	<u>ETWAS</u> HUNGER oder DURST	<u>STARKEN</u> HUNGER oder DURST

Herr Wagner hat bei Beginn der Mahlzeit einen starken Hunger.

Er notiert:

Nebentätigkeit	lesen					
In Gesellschaft	ja					
Verlangen n. Nahrung	4					

mit
 Kalorienverbrauch (Betrug)

Prot. Nr. 02 Datum 4.2.34
 Name Wagner

Kalorienzahl	1	2	3
Kalorien gesamt	400	580	
Mahlzeit	300		
Tränke	100		
sonstige		180	
in (Mahlzeit)	20	5	
er (Minuten)	20	5	
gesamt	20	25	
Nebentätigkeit	lesen	—	
In Gesellschaft	ja	kein	

weiteres Beispiel:

Am selben Tag ißt Herr Wagner ein Käsebrod (seine zweite Mahlzeit) von 180 Kalorien. Seine Kalorien gesamt für den Tag betragen damit 400 (Frühstück) + 180 = 580. Er beendet die Mahlzeit um 10³⁰ und ißt 5 Minuten. Seine Zeit gesamt, die er an dem Tag bis dahin für Essen aufgewendet hat, beträgt nun 20 (Frühst) + 5 = 25 Minuten. Die Nebenmahlzeit (das Käsebrod) nimmt er in Büro allein ein: Nebentätigkeiten hat er dabei keine. Zu Beginn der Mahlzeit hat er etwas Hunger.

Er notiert:

Als letztes ist auf der Essenskarte noch der Gesamtkalorienverbrauch einzutragen. Dieser Wert soll mit der Bewegungskarte (BK) verrechnet werden.

Wie wird die Bewegungskarte (BK) ausgefüllt ?

Auf der Bewegungskarte werden nur die Tätigkeiten erfaßt, die nicht innerhalb Ihrer Tagesroutine (Arbeit, Haushalt) liegen (also nicht tägliches Saubermachen, Einkaufen, zur Bushaltestelle Gehen, am Schreibtisch Sitzen, Autofahren ...).

Auf der Bewegungskarte sind 5 Gruppen von Bewegungsarten mit etwa gleichem Kalorienverbrauch pro Minute angegeben: (zB verbraucht man für Schwimmen oder Dauerlauf 9 Kalorien pro Minute).

Die Kalorienangaben gelten jeweils für eine mittel-intensive Ausführung.

Die Spalte sonstige Kalorien-Ausgaben ist für Tätigkeiten vorgesehen, die nicht von den anderen Gruppen erfaßt werden. Angaben über Kalorienverbrauch finden Sie in "Klevers Kalorien-Kompaß" auf den Seiten 8 und 9.

Beim Ausfüllen der Bewegungskarte gehen Sie bitte so vor:

Notieren Sie während des Tages nur die Minutenzahl einer bestimmten Bewegungsart in der zutreffenden Spalte.

Abends werden dann die Minutenangaben in den einzelnen Spalten zusammengezählt; diese Summen nehmen Sie mal den entsprechenden Kalorienverbrauch pro Minute. Das Ergebnis dieser Multiplikation ist Ihr Kalorienverbrauch durch Bewegungen aus den jeweiligen Tätigkeitsgruppen. Diese Kalorienzahlen zusammengezählt ergeben den Gesamtkalorienverbrauch.

Beispiel:

Herr Wagner mit der Kontrollnummer 03 hat am 2.4.74 folgende Tätigkeiten außerhalb seiner Tagesroutine:

- 30 Minuten zügiges Spazierengehen
- 50 Minuten Radfahren
- 15 Minuten Schneeschaufeln (siehe Klevers Kal.-Komp.)
- 60 Minuten Tanzen

Notiert:

Kontroll-Nr. 03 Datum 7.2.74		BEWEGUNGSKARTE (BK)			
Name Wagner					
20% Spazieren- gehen Wandern	Canistaball Tennis Skilaufen	Fußball Volleyball	Tischtennis Tennis Rudern Bowling Gymnastik	Schwimmen Dauerkraft	sonstige Kal.-Ausg.
30		(Alle Tätigkeiten in Minuten angeben)			75 Min. Schnee- Schaukeln
			50 60		
30 x 3 Kal	x 5 Kal	x 7 Kal	110 x 4 Kal	x 9 Kal	
- 90 Kal	- Kal	- Kal	- 440 Kal	- Kal	- 925 Kal
655 Gesamtkalorienverbrauch					

Den Gesamtkalorienverbrauch überträgt er dann in die Essenskarte:

Gesamt- kalorienverbrauch (Übertrag) 655		ESSENSKARTE (EK)									
Kontroll-Nr. 03 Datum 7.2.74											
Name Wagner											
Mahlzeitenzahl	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Gedächtnisstützen für EA und BK

1. Name, Datum, Kontrollnummer nicht vergessen (am Besten gleich morgens eintragen).
2. Notieren Sie bitte jede Nahrungsaufnahme (fest oder flüssig) unmittelbar nach Beendigung der Mahlzeit.
Bei Beginn der Mahlzeit Uhrzeit merken (notieren); nach Be-
endigung der Mahlzeit die Dauer in Minuten ausrechnen.
3. Keine in Frage kommende Zeile beim Ausfüllen der Essenskarte auslassen.
4. Vergessen Sie bitte nicht den Übertrag des Gesamtkalorienver-
brauchs von der Bewegungskarte in die Essenskarte (wenn an
einem Tag der Gesamtkalorienverbrauch Null war, dann machen
Sie beim Gesamtkalorienverbrauch in der BK und im Übertrag
in die EK einen Strich).

Tabelle 21: Auswertung der Verhaltensdaten: Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung (vgl. Tab. 27; Abb. 15)

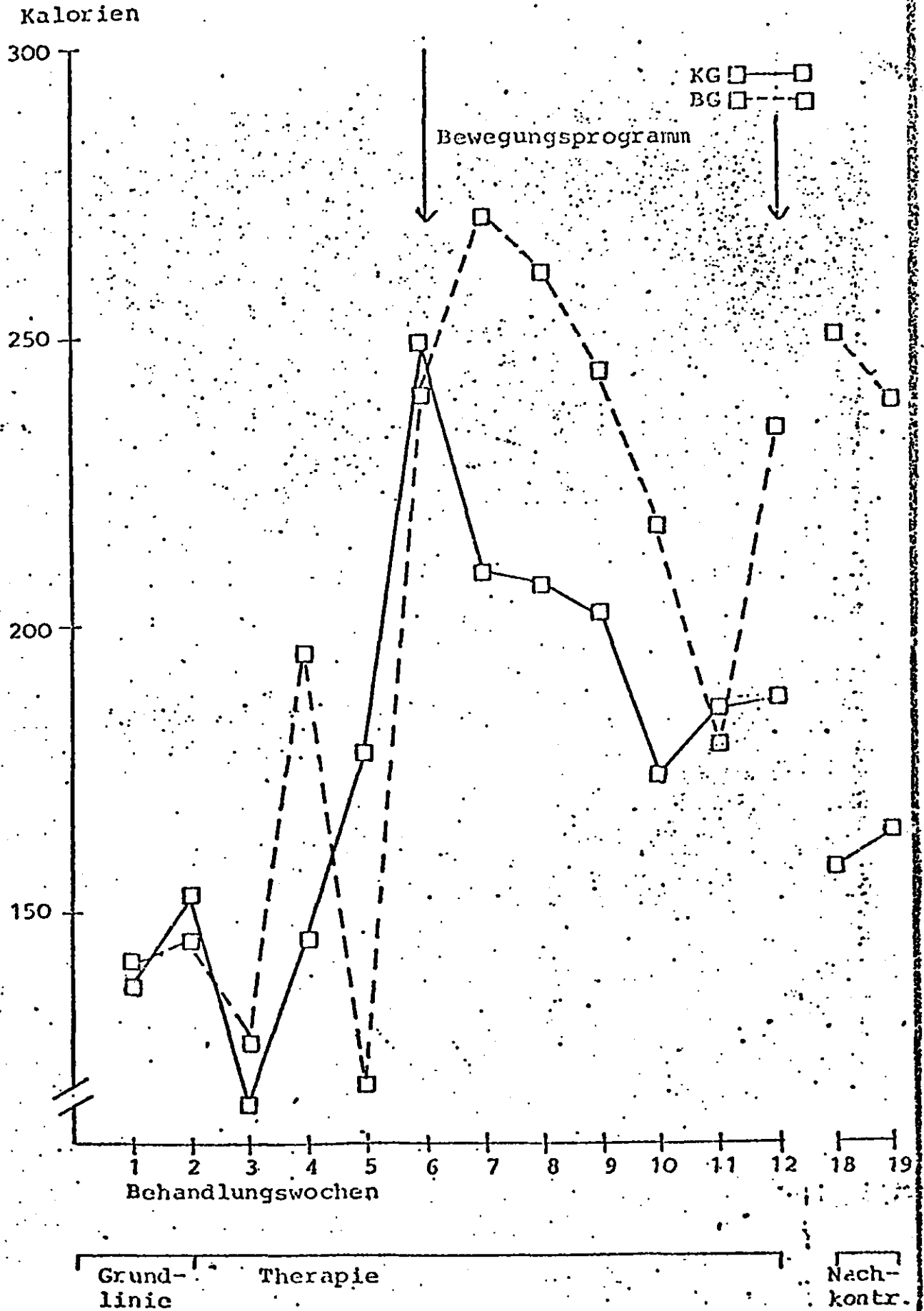
Kovarianzanalyse:

Quelle der Variation	Quadratsumme	df	Mittleres Quadrat	F-Test	Signifikanz
Covariate	97027840.0	1	97027840.0	11.985	p < 0.01
Therapiegruppen	5037056.0	1	5037056.0	0.581	p = 0.451
Vpn. (innerh.)	320693760.0	37	8667389.0	--	--
Behandlungswochen	34702336.0	12	2891861.0	4.251	p < 0.001
Wechselwirkung	10276352.0	12	856362.6	1.259	p = 0.241
Restvarianz	309546752.0	455	680322.5	--	--

Trendanalyse: Signifikanz der Trendkomponenten

	Kontaktgruppe	Briefgruppe
linear		p < 0.01
quadratisch	p < 0.05	
kubisch		

Abbildung 15: Durchschnittlicher täglicher Kalorienverbrauch durch zusätzliche körperliche Bewegung



L-E-V

Name: Alter:

Leitung

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Aufzählung von bestimmten Dingen, Erfahrungen, Hobbies, Situationen und Tätigkeiten, die von Ihnen und Ihren Mitmenschen in einem unterschiedlichen Ausmass als angenehm oder eventuell auch als unangenehm empfunden werden.

Wählen Sie bitte jede angegebene Tätigkeit gut durch und entscheiden Sie, möglichst ohne lange zu überlegen, nach Ihrer gegenwärtigen Einstellung, wie gern Sie diese Tätigkeit ausführen. Sollte sich das Angegebene derzeit nicht verwirklichen lassen, so versuchen Sie dennoch anzugeben, wie gern Sie es - unter anderen Umständen - ausführen würden.

Da die Aufzählung in diesem Fragebogen nicht vollständig ist, sind die Tätigkeiten sicher auch nicht immer speziell genug formuliert sind, ist es möglich, dass etwas fehlt, was Sie sehr gern haben. Sollte das der Fall sein, so tragen Sie bitte das Fehlende in die dafür vorgesehenen, freigelassenen Zeilen, die in verschiedenen Abständen eingeschoben sind, nach.

Ihre Einstufung kennzeichnen Sie durch ein Kreuz in der Antwortspalte, auf der für Sie zutreffenden Markierung.

Ein Beispiel sei dargestellt, wie die Beantwortung formal erfolgen sollte und welche Einstufungen möglich sind.

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
rosen züchten	-	-	-	X	-
schonisch essen	-	-	-	-	X

Achten Sie bitte darauf, dass Sie möglichst keine Tätigkeitsangaben auslassen und nicht in eine falsche Spalte oder Zeile geraten.

Noch ein Hinweis: Es gibt in diesem Fragebogen keine richtigen oder falschen Antworten, es handelt sich auch nicht um einen Persönlichkeitstest, sondern es geht darum, dass Sie ankreuzen, wie gern Sie die auf den nächsten Seiten aufgezählten Tätigkeiten im einzelnen ausführen bzw. ausführen würden.

Beginnen Sie nun bitte an!

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
1. Eiskrem e s s e n	-	-	-	-	-
2. Süßigkeiten	-	-	-	-	-
3. Früchte	-	-	-	-	-
4. Kuchen	-	-	-	-	-
5. Gebäck	-	-	-	-	-
6. ganz bestimmte Gerichte	-	-	-	-	-
7. Spezialitäten	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
8. Mineralwasser t r i n k e n	-	-	-	-	-
9. Milch	-	-	-	-	-
10. Tee	-	-	-	-	-
11. Kaffee	-	-	-	-	-
12. Fruchtsaft	-	-	-	-	-
13. Limonade	-	-	-	-	-
14. Bier	-	-	-	-	-
15. Wein	-	-	-	-	-
16. andere alkoholische Getränke	-	-	-	-	-
17. Kreuzworträtsel l ö s e n	-	-	-	-	-
18. mathematische Probleme	-	-	-	-	-
19. Denksportaufgaben	-	-	-	-	-
20. ausklügeln wie etwas funk- tioniert	-	-	-	-	-
21. Puzzlespiele	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
22. Musik h ö r e n	-	-	-	-	-
23. sinfonische Musik	-	-	-	-	-
24. Kammermusik	-	-	-	-	-
25. Jazz	-	-	-	-	-
26. Pop-, Beat-Musik	-	-	-	-	-

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
7. internationale Folklore	-	-	-	-	-
8. Underground	-	-	-	-	-
9. deutsche Volkslieder	-	-	-	-	-
0. Opernmusik	-	-	-	-	-
1. deutsche Schlager	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
2. Operettenmusik	-	-	-	-	-
3. Musicalmelodien	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
4. sich mit Tieren b e s c h ä f t i g e n	-	-	-	-	-
5. mit Hunden	-	-	-	-	-
6. mit Katzen	-	-	-	-	-
7. mit Vögeln	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
8. stattliche Männer sehen	-	-	-	-	-
9. schöne Frauen sehen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
0. L e s e n	-	-	-	-	-
1. Abenteuerromane	-	-	-	-	-
2. Kriminalromane	-	-	-	-	-
3. Lebensbeschreibungen	-	-	-	-	-
4. Politik und Zeitgeschehen ..	-	-	-	-	-
5. Gedichte	-	-	-	-	-
6. Reisebeschreibungen	-	-	-	-	-
7. Geschichtsdarstellungen	-	-	-	-	-
8. lustige Bücher	-	-	-	-	-
9. Hobbybücher	-	-	-	-	-
0. Liebesromane	-	-	-	-	-

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
. Witze	-	-	-	-	-
. Bilderhefte (Comics)	-	-	-	-	-
. Literatur zur Sexualität ...	-	-	-	-	-
. philosophische Schriften ...	-	-	-	-	-
. religiöse Bücher	-	-	-	-	-
. populärwissenschaftliche Bücher	-	-	-	-	-
. Kunstdarstellungen	-	-	-	-	-
. Science Fiction	-	-	-	-	-
. Zeitungen	-	-	-	-	-
. illustrierte Zeitschriften	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -	- - - -
. nackte Männer sehen	-	-	-	-	-
. nackte Frauen sehen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
. Radio hören	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
. F e r n s e h e n	-	-	-	-	-
. Kriminalfilme	-	-	-	-	-
. politische Sendungen	-	-	-	-	-
. Kurzfilme im Werbefernsehen	-	-	-	-	-
. Sportsendungen	-	-	-	-	-
. Quizsendungen	-	-	-	-	-

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
0. Kulturmagazine	-	-	-	-	-
1. Spielfilme	-	-	-	-	-
2. Musikshows	-	-	-	-	-
3. aktuelle Berichte	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
4. ins Kino gehen	-	-	-	-	-
5. Wildwestfilme ansehen	-	-	-	-	-
6. Kriminalfilme	-	-	-	-	-
7. Heimatfilme	-	-	-	-	-
8. Sexfilme	-	-	-	-	-
9. Kulturfilme	-	-	-	-	-
0. Zeichentricksfilme	-	-	-	-	-
1. Horrorfilme	-	-	-	-	-
2. lustige Filme	-	-	-	-	-
3. Musikfilme	-	-	-	-	-
4. künstlerisch anspruchsvolle Filme	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
5. in die Oper gehen ..	-	-	-	-	-
6. ins Theater	-	-	-	-	-
7. in eine Operette	-	-	-	-	-
8. in ein Musical	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
9. ins Konzert	-	-	-	-	-
0. ins Ballett	-	-	-	-	-
1. ins Kabarett	-	-	-	-	-
2. Pop- und Undergroundver- anstaltungen be- suchen	-	-	-	-	-
3. Schlagerveranstaltungen	-	-	-	-	-
4. Vorträge	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
5. Sportveranstaltungen b e - s u c h e n	-	-	-	-	-
6. Fussballspiele	-	-	-	-	-
7. Handballspiele	-	-	-	-	-
8. Leichtathletikveranstal- tungen	-	-	-	-	-
9. Schwimmveranstaltungen.....	-	-	-	-	-
0. Basketballspiele	-	-	-	-	-
1. Hockeyspiele	-	-	-	-	-
2. Tennisveranstaltungen	-	-	-	-	-
3. Wassersportveranstaltungen .	-	-	-	-	-
4. Eishockeyspiele	-	-	-	-	-
5. Boxveranstaltungen	-	-	-	-	-
6. Ringkämpfe	-	-	-	-	-
7. Motorsportveranstaltungen ..	-	-	-	-	-
8. Radsportveranstaltungen	-	-	-	-	-
9. Reit- und Springturniere ...	-	-	-	-	-
0. Turnveranstaltungen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
1. historische Gebäude be- sichtigen	-	-	-	-	-
2. Museen besuchen.....	-	-	-	-	-
3. Kustausstellungen	-	-	-	-	-
4. zoologische Gärten (Zoo) ...	-	-	-	-	-
5. botanische Gärten	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
16. in ein Restaurant essen gehen	-	-	-	-	-
17. schöne Landschaften be- trachten	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-

ungern weder
 gern
 noch
 ungeru ein
 wenig
 gern gern sehr
 gern

8. T a n z e n	-	-	-	-	-
9. auf einem Ball	-	-	-	-	-
0. in einer Discothek	-	-	-	-	-
1. Ballett	-	-	-	-	-
2. Volkstanz	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
3. S i n g e n	-	-	-	-	-
4. in einem Chor	-	-	-	-	-
5. allein	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
6. ein Musikinstrument spielen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
7. Malen	-	-	-	-	-
8. Fotografieren	-	-	-	-	-
9. Filmen	-	-	-	-	-
0. Tonbandaufnahmen machen	-	-	-	-	-
1. Geschichten schreiben	-	-	-	-	-
2. Gedichte schreiben	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
3. Sport treiben	-	-	-	-	-
4. Fussball s p i e l e n ,	-	-	-	-	-
5. Handball	-	-	-	-	-
6. Basketball	-	-	-	-	-
7. Hockey	-	-	-	-	-
8. Tennis	-	-	-	-	-
9. Billard	-	-	-	-	-
0. Schach	-	-	-	-	-
1. Tischtennis	-	-	-	-	-
2. Leichtathletik t r e i -	-	-	-	-	-
b e n	-	-	-	-	-

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
--	--------	---------------------------------	----------------------	------	--------------

3. Gymnastik	-	-	-	-	-
4. Boxen	-	-	-	-	-
5. Judo	-	-	-	-	-
6. Ringen	-	-	-	-	-
7. Schwimmen	-	-	-	-	-
8. andere Wassersportarten	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
9. Turnen	-	-	-	-	-
0. Radfahren	-	-	-	-	-
1. Angeln	-	-	-	-	-
2. Kegeln	-	-	-	-	-
3. Ski laufen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
4. mit Babys zusammensein	-	-	-	-	-
5. mit Kindern zusammensein ...	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
6. Gartenarbeit verrichten	-	-	-	-	-
7. Karten spielen	-	-	-	-	-
8. Wandern	-	-	-	-	-
9. Spaziergehen	-	-	-	-	-
0. Autofahrten machen	-	-	-	-	-
1. sich mit seiner Sammlung, beschäftigen	-	-	-	-	-
2. Basteln	-	-	-	-	-
3. Handarbeiten	-	-	-	-	-
4. Verreisen	-	-	-	-	-
5. Wochenendfahrten machen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
6. Einkaufen gehen	-	-	-	-	-

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
167. Kleidung kaufen ...	-	-	-	-	-
168. Möbel	-	-	-	-	-
169. Autozubehör	-	-	-	-	-
170. Schallplatten	-	-	-	-	-
171. Poster	-	-	-	-	-
172. Taschenbücher	-	-	-	-	-
173. Blumen	-	-	-	-	-
174. Kosmetika	-	-	-	-	-
175. Sportgeräte	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
176. Schlafen	-	-	-	-	-
177. ein Bad nehmen	-	-	-	-	-
178. Duschen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
179. Essen	-	-	-	-	-
180. in die Kirche gehen	-	-	-	-	-
181. gut gekleidet sein	-	-	-	-	-
182. an politischen Veranstaltungen teilnehmen	-	-	-	-	-
183. in einer Wette (Lotto, Toto usw.) gewinnen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
Ruhe und Frieden haben	-	-	-	-	-
mit einer Begründung recht haben	-	-	-	-	-
über etwas gut Bescheid wissen	-	-	-	-	-
um Rat gefragt werden	-	-	-	-	-
angelacht werden	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
9. g e l o b t w e r d e n ..	-	-	-	-	-
0. des Aussehens w e g e n .	-	-	-	-	-
1. der Arbeit	-	-	-	-	-
2. der Hobbies	-	-	-	-	-
3. der körperlichen Kraft	-	-	-	-	-
4. der Fähigkeiten	-	-	-	-	-
5. der Gesinnung	-	-	-	-	-
6. der moralischen Festigkeit .	-	-	-	-	-
7. des Verständnisses gegen- über anderen	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
8. als Begleitung ausgewählt werden	-	-	-	-	-
9. mit jemandem flirten	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
0. sich u n t e r h a l t e n	-	-	-	-	-
1. mit Freunden	-	-	-	-	-
2. mit Gleichgesinnten	-	-	-	-	-
3. mit angenehmen Menschen	-	-	-	-	-
4. über bestimmte Themen spre- chen (diskutieren)	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-
5. jemandem eine Freude machen	-	-	-	-	-
6. jemandem helfen	-	-	-	-	-
7. andere Menschen beobachten .	-	-	-	-	-
8. Geschlechtsverkehr ausüben .	-	-	-	-	-
9. glückliche Menschen sehen ..	-	-	-	-	-
0. mit Freunden etwas unter- nehmen	-	-	-	-	-
1. in der Nähe eines berühmten Mannes sein	-	-	-	-	-
2. in der Nähe einer berühmten Frau sein	-	-	-	-	-
.....	-	-	-	-	-

	ungern	weder gern noch ungern	ein wenig gern	gern	sehr gern
--	--------	---------------------------------	----------------------	------	--------------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. sich Witze erzählen | - | - | - | - | - |
| 4. über das andere Geschlecht
sprechen | - | - | - | - | - |
| 5. etwas vortragen (z.B. Ge-
dichte) | - | - | - | - | - |
| | - | - | - | - | - |
| 6. mit einer schönen Frau zu-
sammensein | - | - | - | - | - |
| 7. mit einem gut aussehenden
Mann zusammensein | - | - | - | - | - |

V

In dem nun folgenden Teil tragen Sie bitte ein, wie häufig Sie durchschnittlich bestimmte Tätigkeiten (z.B. Rauchen, Kaffee trinken; ein Musikinstrument spielen usw.) an einem Tag ausführen oder auch wie oft Sie an eine Sache, einen Menschen (z.B. ein neues Auto, die Freundin usw.) während eines Tages denken.

Lassen Sie sich bei diesem Teil ruhig etwas mehr Zeit und versuchen Sie, sich Ihren Tagesablauf vorzustellen, um dann ungefähr sagen zu können, wie häufig Sie dies oder jedes tun oder denken.

Unselbstverständliches und Notwendiges brauchen Sie natürlich nicht anzugeben (so z.B. nicht: dienstliche Telefonate, Austreten; wohl aber z.B. private Telefongespräche, Radio einschalten usw.).

Ihre Antwort tragen Sie bitte (möglichst in Stichworten) in die zutreffenden Häufigkeitsklassen ein.

Bedanken und Tätigkeiten, die ungefähr

mal und mehr

.....
.....
.....

mal und mehr

.....
.....
.....

5 mal und mehr

.....
.....
.....

0 mal und mehr

.....
.....
.....

von denen Ich meine, dass sie bei mir häufiger auftreten als bei anderen - ...:

.....
.....
... pro Tag auftreten.

- S A P -

ANWEISUNG ZUM SAP: Tragen sie Namen, Kontroll-Nr. und Datum ein!

Unter dieser Anweisung sind eine Anzahl von Behauptungen aufgeführt, die persönliche Einstellungen und Eigenschaften betreffen. Lesen Sie bitte jeden Satz und bestimmen Sie, ob die Behauptung in Bezug auf Sie selbst richtig (r) oder falsch (f) ist. Machen Sie jeweils einen Kreis um " r " oder " f ". Bitte arbeiten Sie zügig und der Reihe nach und lassen Sie keinen Satz aus!

-) Manchmal erschrecke ich, weil ich nicht sicher bin, ob meine Kleidung in Ordnung ist. r f
-) Ich fürchte, daß andere Leute mich nicht leiden mögen. r f
-) In der Gesellschaft von Körperbehinderten fühle ich mich nicht wohl. r f
-) Ich bin im allgemeinen nervös, wenn ich mit einer wichtigen Person sprechen muß. r f
-) Es ist mir meist unangenehm, mit einer Menge fremder Leute zusammenzusein. r f
-) Es ist mir immer unangenehm, wenn ich nicht weiß, was man von mir erwartet. r f
-) Oft muß ich mich überwinden, um jemandem um Auskunft zu fragen. r f
-) Ich mache mir oft Sorgen, daß ich mich lächerlich mache oder blamiere. r f
-) Manchmal traue ich mich nicht, etwas zu sagen, weil ich einen dummen Fehler machen könnte. r f
-) Fremden gegenüber bin ich oft ungeschickt. r f
-) Ich übernehme bei gemeinsamen Aktionen gerne die Führung. r f
-) Es fällt mir schwer, vor einer großen Gruppe von Menschen zu sprechen oder vorzutragen. r f
-) Wenn ich mit mehreren Menschen zusammen bin, halte ich mich meist im Hintergrund auf. r f

- | | | |
|--|---|---|
| 1) Ich trage gelegentlich gerne etwas vor. | r | f |
| 2) Es würde mir Spaß machen, im Fernsehen aufzutreten. | r | f |
| 3) Ich würde lieber eine schriftliche Ausarbeitung machen, als einen Vortrag halten. | r | f |
| 4) Es macht mir nichts aus, in einer Diskussion - mit unbekanntem Leuten meine Meinung zu äußern. | r | f |
| 5) Ich fühle mich blamiert, wenn mich in einem gut besuchten Restaurant das Besteck herunterfällt. | r | f |
| 6) Es ist mir peinlich, wenn ich auf meine Fehler aufmerksam gemacht werde. | r | f |
| 7) Publikum ist grausam. | r | f |
| 8) Es fällt mir schwer, als erster eine Tanzfläche zu betreten. | r | f |
| 9) In der Schule habe ich nie gerne vor der Klasse gesprochen. | r | f |
| 10) Es interessiert mich überhaupt nicht, was die Leute über mich reden. | r | f |
| 11) Es fällt mir schwer, im Lokal eine Unterhaltung weiterzuführen, wenn jemand vom Nebentisch zuhört. | r | f |
| 12) Ich lasse mich ungern fotografieren. | r | f |
| 13) Ich setze mich in einem Lokal sehr ungern zu anderen Leuten an den Tisch. | r | f |
-

- E V F -

A n l e i t u n g

Dieser Fragebogen ist Teil einer Serie in der eine Reihe von Aussagen, die Leute machten um ihr Ess-Verhalten zu beschreiben, zusammengestellt wurde. Verschiedene Aussagen beziehen sich auch auf andere Lebensumstände.

Lesen Sie jede Aussage durch, und wählen Sie die Antwortmöglichkeit, die für Sie am zutreffendsten ist. Es gibt keine richtige oder falsche Antwort. Halten Sie sich nicht zu lange bei einer Aussage auf, sondern geben Sie die Antwort, die wiedergibt wie Sie sich im allgemeinen verhalten.

Machen Sie einen Kreis um die Zahl die Ihrer Antwort entspricht. Für die vorliegenden Aussagen wird jeweils eine der vier Antwortmöglichkeiten gewünscht:

- 1 = stimmt vollkommen
- 2 = trifft eher zu
- 3 = trifft eher nicht zu
- 4 = stimmt überhaupt nicht

Streichen Sie für jede Feststellung immer nur eine Antwortmöglichkeit an. Wenn Sie sich einmal für keine Möglichkeit entscheiden können, wählen Sie bitte die, der Sie noch am ehesten zustimmen können. Es ist unbedingt notwendig, dass jede Frage beantwortet wird, weil sonst die Analyse durch den Computer sehr erschwert wird. Bitte lassen Sie also keine Frage aus!

Beispiel für die Zeichnung des Kreises für Ihre Antwort:

- 1 ② 3 4
- ① 2 3 4
- 1 2 3 ④

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

- E V F -

- A -

- 1) Ich bekomme Appetit, wenn ich Essen sehe, auch wenn es noch nicht Essenszeit ist. 1 2 3 4
- 2) Ich esse bis der Teller leer ist. 1 2 3 4
- 3) Wenn ich ein schönes Gericht sehe, fühle ich mich schon besser. 1 2 3 4
- 4) Es ist mir egal wieviel ich esse, weil meine Persönlichkeit doch nicht von meinem Gewicht abhängt. 1 2 3 4
- 5) Ich esse mehr, wenn ich mich über etwas besonders freue. 1 2 3 4
- 6) Ich betätige mich aktiv in sozialen Angelegenheiten (auch Nachbarschaftshilfe, Kinderhüten, usw.). 1 2 3 4
- 7) Periodenweise versuche ich sehr wenig zu essen. 1 2 3 4
- 8) In meinem Beruf komme ich viel mit Leuten zusammen. 1 2 3 4
- 9) Ich esse wie ich esse, weil ich es seit langem so gewöhnt bin. 1 2 3 4
- 10) Gewöhnlich esse ich etwas zwischen den Mahlzeiten. 1 2 3 4
- 11) Nach den Mahlzeiten fühle ich mich besonders wohl. 1 2 3 4
- 12) Ich arbeite gerne mit den Händen. 1 2 3 4
- 13) Ich habe Angst meinen Partner zu verlieren wegen meinem Übergewicht. 1 2 3 4
- 14) Wenn ich in einem Restaurant bin, esse ich meine Portion bis zum Ende, weil ich sie sowieso bezahlen muss. 1 2 3 4
- 15) Meine gute Laune hängt viel vom Essen ab. 1 2 3 4
- 16) Ich finde es gesund, salzreiche Speisen zu essen. 1 2 3 4
- 17) Ich tanze alleine vor dem Spiegel. 1 2 3 4

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 18) Ich bin Tag und Nacht hungrig. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) Ich stelle mir meine Speisen nach meinen Vorräten zusammen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Wenn ich eingeladen bin, kann ich Essenangebote nicht ablehnen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21) Wenn ich nicht genug gegessen habe, werde ich leicht reizbar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22) Meine besten Freunde sind übergewichtig. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23) Ich finde Massage eine gute Behandlung für Übergewicht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24) Wenn ich unter Druck arbeiten muss, esse ich mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25) Vielleicht gefalle ich den anderen nicht mehr, wenn ich abmagere. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26) Wenn es mir gut schmeckt, esse ich schneller. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27) Es kommt öfters vor, dass ich mitten in der Nacht aufwache und dann etwas esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28) Ich höre täglich Musik vom Radio, Tonband oder Plattenspieler. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29) Um abzumagern brauche ich die Anerkennung von meinem Partner. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30) Es fällt mir schwer das Essen einzuschränken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31) Ich esse manchmal einige Tage hintereinander viel mehr als sonst. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32) Meine Kindheit war die glücklichste Zeit meines Lebens. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33) Gleich nach dem Aufstehen muss ich sofort etwas essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34) In meiner freien Zeit esse ich mehr als wenn ich arbeite. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35) Die anderen Leute sind zufrieden wenn ich alles aufesse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36) Wenn grosse Portionen auf den Tisch stehen, esse ich mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37) Ich habe an Gewicht zugenommen nachdem ich heiratete. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 38) Ich muss immer etwas essen wenn ich fernsehe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39) Wenn ich mich wohl fühle, kann ich das Essen besser einschränken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40) Durch das Essen wird meine Phantasie beflügelt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41) Frauen werden eher übergewichtig als Männer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42) Ich rauche während dem Essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43) Ich bin sehr verlegen, wenn ich im Mittelpunkt des Interesses stehe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44) Ich habe weniger sexuelle Kontakte als ich möchte, wegen dem Übergewicht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45) Wenn der "Magen knurrt", muss ich sofort etwas essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46) In meiner Kindheit musste ich tüchtig essen um einmal gross und stark zu werden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47) Wenn das Essen noch nicht fertig ist, esse ich schon irgendeine Kleinigkeit. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48) Wegen meinem Übergewicht bin ich von meiner Arbeitsstelle ferngeblieben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49) Ich würde gesunder essen, wenn ich besser über Ernährung informiert wäre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50) Ich esse, wenn ich enttäuscht bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51) Ich treibe gerne Sport. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52) Während ich lese, esse ich gerne etwas zwischendurch. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53) Wenn ich körperliche Übungen mache, fühle ich mich wohler. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54) Es ist mir egal ob ich jetzt zunehme oder abnehme. | 1 | 2 | 3 | 4 |

name:

Datum:

Kontroll-Nr.:

- E V F -
- B -

-) Ich habe tagelang keinen "Heisshunger". 1 2 3 4
-) Ich nehme die Hauptmahlzeiten zu regelmässigen Zeitpunkten. 1 2 3 4
-) Ich kann viel besser arbeiten nach einer guten Mahlzeit. 1 2 3 4
-) Es ist eine Sünde Essen wegzuwerfen. 1 2 3 4
-) Ich esse aus Langeweile. 1 2 3 4
-) Ich besuche gerne Kunstausstellungen. 1 2 3 4
-) Es gibt Tätigkeiten die ich dem Essen vorziehen würde. 1 2 3 4
-) Ich habe Angst an Einfluss zu verlieren, wenn ich abnehme. 1 2 3 4
-) Meine Geschwister haben viel mehr gegessen als ich. 1 2 3 4
-) Ich esse gerne etwas zwischendurch bei der Arbeit. 1 2 3 4
-) Wegen meinem Übergewicht bin ich schon in Verzweiflung geraten. 1 2 3 4
-) Ich verbringe Stunden vor dem Spiegel. 1 2 3 4
-) Ich habe ständig Angst etwas Falsches zu sagen oder zu machen. 1 2 3 4
-) Wenn ich im Restaurant bin, esse ich mehr. 1 2 3 4
-) Meine Familienangehörigen haben mir geraten weniger zu essen. 1 2 3 4
-) Dicke Leute sind meist freundlicher als schlanke. 1 2 3 4
-) Ich bin ein Bastler. 1 2 3 4
-) Ich bekomme Appetit, wenn ich an einem Restaurant vorbeilaufe. 1 2 3 4
-) Ich würde mir schönere Kleider kaufen, wenn ich etwas an Gewicht verlieren würde. 1 2 3 4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 20) Ich esse mehr, wenn ich mit anderen Leuten zusammen bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21) Wenn ich esse, vermindern sich meine Übelkeitsgefühle. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22) Ich gefalle mir so wie ich bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23) Ich betätige mich viel mit religiösen Aktivitäten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24) Wenn ich unter "Stress" bin, esse ich mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25) Ich brauche die Anerkennung von anderen Leuten um etwas durchführen zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26) Für mich ist der Geschmack vom Essen wichtiger als die Menge. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27) Ich esse oft heimlich. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28) In meiner Kindheit wurde nie viel Wert auf sportliche Leistungen gelegt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29) Wenn ich Angestellte hätte, würde ich auch dicke Leute einstellen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30) Essen ist für mich ein Zwang. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31) Ich mache täglich körperliche Übungen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32) Während meiner Jugend durfte ich selten mit anderen jungen Leuten ausgehen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33) Ich esse weniger als andere Leute. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34) Ich esse viel Fertiggerichte. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35) Wegen meinem Übergewicht war es für mich schwierig, einen Partner zu finden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36) Ich esse solange ich Hunger fühle. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37) Aufgrund meines Übergewichts fühle ich mich tagelang unwohl. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38) Wenn ich mit etwas anderem beschäftigt bin, vergesse ich das Essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39) Ich esse öfters, wenn ich mich schüchtern fühle. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40) Wegen meinem Übergewicht habe ich Probleme mit dem Kreislauf. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 41) Ich esse mehr, wenn ich eine grössere Auswahl von Speisen habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42) Während ich esse, denke ich immer an die Kalorien und daran, dass ich nicht dicker werden will. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43) Ich halte die Arbeit für eine besonders gesunde Betätigung. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44) Ich esse schneller als andere Leute. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45) Mein Vater war übergewichtig. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46) In meiner Kindheit musste gegessen werden was auf den Tisch kam. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47) Wenn ich zu essen angefangen habe, kann ich nicht aufhören bis ich satt bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48) Beim Trinken werde ich zunehmend sicherer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49) Es ist für mich leichter eine Abmagerungskur zu machen, zusammen mit einer Gruppe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50) Ich habe ein schlechtes Gewissen wenn ich esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51) Ich esse seit vielen Jahren einmal mehr, einmal weniger. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52) Ich serviere mir nur einmal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53) Ich esse mehr, wenn ich merke, dass dann ein wohlige Gefühl von meinem Magen ausgeht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54) Ich brauche Hilfe um mein Übergewicht verlieren zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

- E V F -

- C -

- 1) Ich überlege nicht lange was ich essen will. 1 2 3 4
- 2) Ich nehme regelmässige Zwischenmahlzeiten zwischen den Hauptmahlzeiten. 1 2 3 4
- 3) Wenn ich mich richtig satt esse, wird mir übel. 1 2 3 4
- 4) Ich finde es wichtig eine Waage zu Hause zu haben. 1 2 3 4
- 5) Ich esse, wenn ich nicht weiss, was ich tun soll. 1 2 3 4
- 6) Ich besuche gerne zoologische, botanische Gärten, naturwissenschaftliche Ausstellungen, Museen, usw. 1 2 3 4
- 7) Ich habe mir schon Tricks ausgedacht, um weniger zu essen. 1 2 3 4
- 8) Wegen meinem Übergewicht meide ich Freunde und Bekannte. 1 2 3 4
- 9) In meiner Kindheit waren manchmal die Lebensmittel sehr knapp. 1 2 3 4
- C. Während dem Fernsehen esse ich gerne etwas zwischendurch. 1 2 3 4
- 1) Ich fühle mich richtig entspannt nach einer guten Mahlzeit. 1 2 3 4
- 2) Ich bastle gerne. 1 2 3 4
- 3) Ich glaube, dass andere Leute denken, dass es mir gut geht weil ich dick bin. 1 2 3 4
- 4) Ich trinke etwas direkt bevor ich Schlafengehe. 1 2 3 4
- 5) Es ist mir egal wieviel ich esse, es achtet ja sowieso niemand auf mich. 1 2 3 4
- 6) Ich glaube, dass fette Speisen ungesund sind. 1 2 3 4
- 7) Ich tanze gerne. 1 2 3 4
- 8) Ich bekomme Appetit, wenn ich andere Leute essen sehe. 1 2 3 4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 19) Ich trinke das, was ich gerade zur Hand habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Ich habe immer eine Kleinigkeit zum Knabbern bei mir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21) Wegen meinem Übergewicht bin ich öfters mit den Nerven herunter. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22) Man sollte übergewichtige Leute zu einer Gewichtsverminderung zwingen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23) Meine Eltern haben sich nicht um meine sportliche Ausbildung gekümmert. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24) Ich bestelle teure Speisen und Getränke, wenn ich anderen beweisen will, dass ich es mir leisten kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25) Ich bin sehr leicht zu kränken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26) Ich lese ausführlich die Speisekarte, wenn ich im Restaurant esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27) Während des Essens versuche ich möglichst wenig zu reden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28) Ich könnte keinen besseren Beruf haben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29) Ich brauche einen besonderen Grund um abmagern zu wollen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30) Ich schränke das Essen ein, wenn ich mir Sorgen um mein Aussehen mache. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31) Ich esse seit vielen Jahren immer mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32) Andere Leute würden mir helfen eine Abmagerungskur durchzuhalten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33) Ich wiege mich mehrmals täglich. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34) Ich esse mehr an Festtagen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35) Nach ein paar Bissen erreiche ich die gute Stimmung der anderen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36) Für mich ist der Geschmack das Wichtigste beim Essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37) Ich habe als Kind viel Sport getrieben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38) Ich esse im Bett. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
|) Ich habe Angst einmal nicht genug zu essen zu haben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Mich hält das Essen beim Autofahren wach. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Wegen dem Übergewicht hat meine sexuelle Aktivität nachgelassen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich gehe regelmässig zum Stammtisch in ein Lokal. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich habe viele Freunde. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bevorzuge grosse, belebte Lokale, wenn ich essen gehe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Es ist mir gleichgültig was ich esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich hatte Geschwister die grösser und stärker waren als ich. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Auf der Strasse esse ich nicht gerne. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Die Arbeit macht mehr Spass, wenn ich dabei essen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich koche gerne selbst. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bemerke oft gar nicht, dass ich esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich plane meine Nahrungs-Einkäufe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich esse am meisten bis zur Mittagsstunde. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich könnte ganz anders leben, wenn ich erstmal meine Figur ändern könnte. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Mein Gewicht fällt gar nicht auf. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

ANLEITUNG FÜR ZUSÄTZLICHE TÄTIGKEITEN AM LETZTEN TAG DER LAUFENDEN BEHANDLUNGSWOCHE

Wir möchten Sie bitten, am letzten, d.h. dem 7. Tag einer jeden Behandlungswoche, die folgenden Dinge zu tun und dann die ausgefüllten Formulare am nächsten Tag an das IFT zurückzuschicken.

1. Füllen Sie die Fragebogen MOT und ETE aus entsprechend Ihrer heutigen Meinung.
2. Wenn entsprechende Formulare beiliegen, so beantworten Sie bitte die Fragen, wie schwierig es war, die Verhaltenskontrollschritte in der abgelaufenen Woche tatsächlich durchzuführen.
3. Die 7 gesammelten Bewegungskarten der letzten Woche senden Sie bitte auch ein.
4. Wiegen Sie sich und tragen Sie Ihr heutiges Gewicht (in kg) in das untenstehende Schema ein:

WÖCHENTLICH GEWICHTSANGABE:

Behandlungswoche		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Gewicht (kg)														

Nachbehandlungsphase		18	19	20	
Gewicht (kg)					

Tragen Sie in die obigen Kästchen Ihr Gewicht für die entsprechende, gerade abgelaufene Behandlungswoche ein. Wiegen Sie sich immer auf der gleichen Waage und unter gleichen Bedingungen (Tageszeit, Kleidung usw.).

3. INFORMATION ZUR THERAPIE DES UBERGEWICHTS

Sehr geehrte Frau.

Sehr geehrter Herr

Wir geben Ihnen mit diesem Schreiben die wesentlichen Informationen für die Beendigung der 1. Behandlungswoche und für die Durchführung der 2. Behandlungswoche. Wenn Sie Fragen dazu haben, sollten, so wenden Sie sich bitte an uns in der telefonischen Sprechstunde von Uhr!

1) Ihre 2. Behandlungswoche dauert vom bis

Bitte füllen Sie wieder täglich die beiliegenden Beobachtungskarten aus. Benutzen Sie für die 2. Woche der Therapie nur die hellbraunen Karten. Beachten Sie dabei bitte wieder die Anweisung zum Ausfüllen der Beobachtungskarten! (Siehe auch Punkt 4 in diesem Schreiben.)

2) Am letzten Tag der 1. Behandlungswoche (also Sonntag, 3.3.74) füllen Sie bitte die beiliegenden Formulare aus (siehe Anleitung für zusätzliche Tätigkeiten am jeweils 7. Tag einer Behandlungswoche.) Schicken Sie dann die ausgefüllten Formulare im beiliegenden Umschlag umgehend an das IFT zurück zusammen mit den gesammelten sieben grünen Bewegungskarten der ersten Woche.

3) Zusätzlich möchten wir Sie bitten, die Teile D, E und f des Fragebogens EVF auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Ersrecken Sie bitte nicht über den (nur anfänglich großen) Arbeitsaufwand. Er ist zunächst einfach nötig, denn je detaillierter und umfangreicher Ihre Angaben sind, desto besser können wir für Sie arbeiten.

Wichtigster Bestandteil dieser laufenden 14-tägigen Beobachtungsphase ist die von Ihnen an Hand unserer Beobachtungskarten durchgeführte Selbstbeobachtung.

Damit diese Selbstbeobachtung wirklich genau von Ihnen durchgeführt werden kann, geben wir Ihnen noch einige Hinweise, damit die bisher von Ihnen gemachten kleinen Fehler zukünftig vermieden werden können.

Kalorienberechnung:

Wenn Sie bestimmte Nahrungsmittel in Klevers Kalorienkompass nicht finden können, so schauen Sie entweder bei ähnlichen Nahrungsmitteln nach oder in anderen Kalorientabellen. Es ist nicht nötig, die Kalorienberechnung bis auf die Kalorie genau durchzuführen; wichtig ist, daß Sie die richtige Größenordnung der täglichen Kalorienmenge aufschreiben, d.h. etwa auf 50 Kalorien genau.

Manizisten in Kantinen oder Restaurants werden schwierig zu berechnen sein; versuchen Sie, sie genau zu schätzen.

Ausfüllen der Esskarte:

Lesen Sie bitte die Ihnen schon zugeschickte Anleitung noch einmal durch.

Wir legen Ihnen ein einfaches Beispiel vor, um Ihnen zu demonstrieren, welches die häufigsten Fehler beim Ausfüllen der Esskarte gewesen sind.

In der Zeile "Kalorien gesamt" soll die Summe aller bis zu dem entsprechenden Zeitpunkt aufgenommenen Kalorien stehen. Also 400 Kalorien nach der ersten Mahlzeit; $400 + 200 = 600$ Kalorien nach der zweiten Mahlzeit.

Das gleiche gilt für die Zeile "Zeit gesamt": 15 Minuten nach der ersten Mahlzeit; $15 + 10 = 25$ Minuten nach der zweiten Mahlzeit.

Sie müssen also fortlaufend von Mahlzeit zu Mahlzeit die Kalorien bzw. die Zeit aufaddieren.

Für die Zeile "Ort" gilt: Tragen Sie nicht nur "zu Hause" ein, sondern auch andere Orte, wie: "Büro", "Kantine", "auf der Straße" usw.

In die obere Zeile "Gesamtkalorienverbrauch (Übertrag)" soll die auf der Bewegungskarte errechnete Summe der Kalorien stehen, die Sie durch zusätzliche körperliche Bewegung (also nicht durch die Tätigkeiten, die Sie sowieso im Rahmen Ihrer Arbeit oder Hausarbeit ausführen) verbraucht haben. (Lesen Sie bitte das Beispiel in der Anleitung auf Seite 5 durch.)

Wenn Sie keine zusätzlichen körperlichen Tätigkeiten dazugezählt haben, so tragen Sie "0" ein oder machen Sie einen Strich, damit wir feststellen können, dass Sie die Eintragung nicht vergessen haben.

Tragen Sie oben in die Karte immer Ihren Namen, Ihre Kontrollnummer und das Tagesdatum ein,

Ganz allgemein möchten wir noch auf folgendes hinweisen: Der Sinn der ersten 34 Tage ist es, zu sehen, wie Ihr Essverhalten ohne spezielle therapeutische Beeinflussung aussieht. Wenn Sie jetzt im Zusammenhang mit den täglichen Ausfüllen der Esskarte feststellen, dass Sie weniger essen als vordem, so sollten Sie das beibehalten, also nicht extra noch ein Stück Torte mehr essen, um uns zu zeigen, wie es bei Ihnen früher eventuell gewesen ist.

5) Die Information für die 3. Behandlungswoche erhalten Sie Mitte der nächsten Woche zugesendet.

Mit freundlichen Grüßen

name: Datum:

Kontroll-Nr.:

- E V F -

- D -

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
|) Ich wache schon hungrig auf. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich nehme meine Zwischenmahlzeiten zu bestimmten Stunden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Nach einer grossen Mahlzeit schlafe ich herrlich. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Meine Familie hilft mir nicht abzumagern. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich esse, wenn ich mich nicht entscheiden kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich betätige mich in einem künstlerischen, literarischen (oder ähnlichen) Verein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Es gibt Sachen, die ich dem Essen vorziehen würde. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich vermeide bei Gesprächen das Thema Übergewicht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) In meiner Kindheit musste ich essen bis der Teller leer war. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Direkt bevor ich schlafen gehe, esse ich noch etwas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Öfters bekomme ich Lob, wenn ich weniger esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Wegen meines Übergewichts habe ich Hemmungen in Gesellschaft zu tanzen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich fühle mich sehr schnell hilflos, wenn ich nichts gegessen habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Im Winter esse ich viel mehr als im Sommer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Trotz meiner massigen Figur habe ich beruflichen Erfolg erreicht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich verstehe mich nur mit Leuten, die auch irgend ein persönliches Problem haben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich gehe gerne zu Sportveranstaltungen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bekomme Appetit, wenn ich Essen rieche (auch wenn es noch nicht Essenszeit ist). | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9) Wenn ich hunger habe, esse ich was gerade zur Hand ist. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Ich kann besser an einem ruhigen Platz essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich habe aus Verzweiflung über mein Übergewicht oder meiner Essensschwäche schon Selbstmordgedanken gehabt.. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich spare, um neue Kleider zu kaufen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Als Kind musste ich viel zu Hause bleiben und lernen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich glaube, dass ich zu viel Geld für Essen ausbebe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich lasse meine Entscheidungen leicht wieder von anderen Leuten umwerfen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Das Gewürz ist mir wichtig beim Essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Es macht mir Spass, Lebensmittel einzukaufen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ich war ein schwaches Kind. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ich gebrauche Ausreden, warum ich esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Ich esse, wenn ich trübe Gedanken habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich kann das Essen zeitweilig einschränken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich habe noch nicht die richtige Arbeit für mich gefunden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Wenn ich einkaufe, richte ich mich nach den Sonderangeboten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich rede gerne während des Essens. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich hatte schon das Gefühl, die Kontrolle über das Essen zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ich esse nur worauf ich Appetit habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Zu Hause habe ich viele Plätze, wo ich etwas zu essen aufbewahre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ich kaufe öfters mehr Nahrungsmittel als ich vorhabe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Wenn ich mich unbeobachtet fühle, esse ich mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Ich glaube, dass eine Null-Diät die beste Methode für Verminderung von Übergewicht ist. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- 1) Ich bevorzuge kleine, gemütliche Lokale, wenn ich essen gehe. 1 2 3 4
- 2) Während ich viel esse, denke ich daran, dass ich davon zunehmen werde. 1 2 3 4
- 3) In Gegenwart von Autoritätspersonen fühle ich mich unwohl. 1 2 3 4
- 4) Ich betrachte dauernd meine Figur im Spiegel. 1 2 3 4
- 5) Manchmal habe ich grossen Heisshunger. 1 2 3 4
- 6) Meine Mutter war immer sehr besorgt um mich und meine Gesundheit. 1 2 3 4
- 7) Wenn man mich wegen zu viel essen tadelt, dann esse ich erst recht viel. 1 2 3 4
- 8) Wegen meines Übergewichts habe ich Probleme mit meinem Herz. 1 2 3 4
- 9) Ich könnte gegen meine Schüchternheit besser kämpfen, wenn ich schlanker wäre. 1 2 3 4
- 0) Bevor ich etwas wichtiges entscheide, muss ich etwas essen. 1 2 3 4
- 1) Ich kaufe Nahrungsmittel in grösseren Mengen auf einmal. 1 2 3 4
- 2) Nach einer Party esse ich noch etwas, wenn ich nach Hause komme. 1 2 3 4
- 3) Wegen meines Übergewichts finde ich schwer Kontakt zu dem anderen Geschlecht. 1 2 3 4
- 4) Übergewichtig zu sein ist eine Veranlagung, die man nicht ändern kann. 1 2 3 4

..... Datum:

.....

- E V F -
- E -

- 1) Ich fühle mich träge. 1 2 3 4
- 2) Ich esse mehr, wenn ich alleine bin. 1 2 3 4
- 3) Nach dem Essen fühle ich mich zufrieden. 1 2 3 4
- 4) Ich würde nie eine(n) dicke(n) Frau (Mann) heiraten. 1 2 3 4
- 5) Ich esse, weil es für meine Probleme keine Lösung gibt. 1 2 3 4
- 6) Ich bin ein künstlerisch begabter Mensch. 1 2 3 4
- 7) Ich kann das Essen einschränken, wenn ich jemanden gefallen will. 1 2 3 4
- 8) Ich habe leicht das Gefühl zu versagen. 1 2 3 4
- 9) Mein Vater war ein grosser, starker Mann. 1 2 3 4
- 0) Wenn ich in einem Restaurant bin, esse ich meine Portion bis zum Ende. 1 2 3 4
- 1) Wegen meines Übergewichts habe ich eine schlechtere berufliche Stellung bekommen. 1 2 3 4
- 2) Ich besuche öfters Tanzlokale oder Nachtclubs. 1 2 3 4
- 3) Andere Leute haben viel Einfluss auf mich. 1 2 3 4
- 4) Ich lasse mich gerne zum Essen einladen. 1 2 3 4
- 5) Wegen meines Übergewichts habe ich Schwierigkeiten beim Atmen. 1 2 3 4
- 6) Gut ernährte Leute haben viel mehr Ausdauer. 1 2 3 4
- 7) Ich arbeite gerne im Garten. 1 2 3 4
- 8) Wenn ich Kuchen und Süssigkeiten sehe, bekomme ich Appetit. 1 2 3 4
- 9) Ich fühle mich stolz, wenn andere Leute mich beobachten. 1 2 3 4
- 0) Wenn ich Hunger habe, koche ich mir sofort etwas. 1 2 3 4

-) Wenn ich esse, geht mir alles besser von der Hand. 1 2 3 4
-) Mein Aussehen ist wichtig für meinen beruflichen Erfolg. 1 2 3 4
-) Ich lese täglich Bücher. 1 2 3 4
-) Wenn ich vor einer unangenehmen Situation stehe, esse ich meistens etwas. 1 2 3 4
-) Ich bin zu höflich, um in einem Restaurant ein schlechtes Essen zu beanstanden. 1 2 3 4
-) Ich kaue das Essen lange bevor ich es schlucke. 1 2 3 4
-) Ich esse im Büro / bei der Arbeit. 1 2 3 4
-) Ich war nie für Sport begabt. 1 2 3 4
-) Ich wünschte, dass man aufhören würde, sich gegenseitig Essen anzubieten. 1 2 3 4
-) Es ist mir unangenehm, dicken Leuten beim Essen zuzusehen. 1 2 3 4
-) Ich kaufe Getränke in grösseren Mengen auf einmal. 1 2 3 4
-) Ich habe schon öfters meine Arbeitsstelle gewechselt. 1 2 3 4
-) Ich stelle immer wieder fest, dass eine massige Gestalt für mich von Vorteil ist. 1 2 3 4
-) Wenn ich mit anderen Leuten gegessen habe, esse ich zu Hause alleine weiter. 1 2 3 4
-) Während des Essens habe ich keine Angst zu sprechen. 1 2 3 4
-) Es ist mir vollkommen unwichtig, wie das Essen aussieht. 1 2 3 4
-) Mein(e) Partner(in) hat gedroht mich zu verlassen, falls ich weiter an Gewicht zunehme. 1 2 3 4
-) Ich rauche um nicht zu essen. 1 2 3 4
-) Ich habe wegen des Essens häufig Schuldgefühle. 1 2 3 4
-) Durch das Essen kann ich besser meine Enttäuschungen überwinden. 1 2 3 4
-) Informationen über gesundes Essen sollten in grösserem Ausmass gegeben werden. 1 2 3 4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 2) Ich esse grössere Bissen als andere Leute. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich ändere mein Verhalten, wenn man mich kritisiert. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Am Wochenende esse ich mehr als an Werktagen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich esse bei Hauptmahlzeiten ungefähr immer dieselbe Menge. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Meinen Freunden und Bekannten schenke ich zu Geburtstagen, Weihnachten usw. öfters Getränke oder Süßigkeiten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich nehme mir Zeit, um das Essen richtig zu geniessen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ich muss an die schädlichen Folgen des Übergewichtes denken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ich sehe täglich fern. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Ich habe keine Ausdauer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich lerne oft neue Restaurants, Gaststätten u.a. kennen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich esse stundenlang. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich esse mehr, wenn ich mich konzentrieren muss. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Es ist nicht so schwer, etwas Gewicht zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

- E V F -
- F -

- 1) Ich fühle mich unwohl, wenn andere Leute mich beobachten. 1 2 3 4
- 2) Ich werde oft zum Essen eingeladen. 1 2 3 4
- 3) Ich fühle mich gesünder, wenn ich gut und viel esse. 1 2 3 4
- 4) Ich sollte mich jeden Tag wiegen, um mein Gewicht besser zu kontrollieren. 1 2 3 4
- 5) Ich esse, weil ich mich unglücklich fühle. 1 2 3 4
- 6) Ich esse gerne. 1 2 3 4
- 7) Ich mache während meiner Mahlzeiten längere Pausen. 1 2 3 4
- 8) Bei Meinungsverschiedenheiten neige ich nachzugeben. 1 2 3 4
- 9) Als ich klein war, hatten die anderen Kinder Angst vor mir. 1 2 3 4
- 0) Ich brauche einen besonderen Grund, um eine Abmagerungskur durchhalten zu können. 1 2 3 4
- 1) Mit meinem Übergewicht habe ich Schwierigkeiten, Arbeit zu finden. 1 2 3 4
- 2) Wenn ich ^{in den} Spiegel schaue, sehe ich, dass ich noch eine gute Figur habe. 1 2 3 4
- 3) Berufliche Krisen bringe ich mit meinem Übergewicht in Zusammenhang. 1 2 3 4
- 4) Beim Lernen esse ich. 1 2 3 4
- 5) Wegen meines Übergewichts habe ich zu trinken angefangen. 1 2 3 4
- 6) Ein Übergewichtiger ist ein kranker Mensch. 1 2 3 4
- 7) Ich mache gerne Spaziergänge oder Wanderungen. 1 2 3 4
- 3) Ich behalte das Essen länger im Mund, um den guten Geschmack zu genießen. 1 2 3 4

Man sieht mir mein Gewicht gar nicht an.	1	2	3	4
Ich esse gerne mit anderen Leuten zusammen.	1	2	3	4
Wenn ich esse, werde ich redengewandter.	1	2	3	4
Ärzte sollten nicht dick sein.	1	2	3	4
Übergewichtige verbrauchen mehr Beruhigungsmittel als andere Leute.	1	2	3	4
Ich esse, wenn ich eine schwierige Situation zu meistern habe.	1	2	3	4
Wenn man mir Vorwürfe wegen meines Essens macht, schränke ich das Essen ein.	1	2	3	4
Wenn ich bei einem Lebensmittelgeschäft vorbeilaufe, erinnere ich mich öfters an etwas, was ich dann auch gleich kaufe.	1	2	3	4
Bei körperlich anstrengenden Arbeiten esse ich etwas zwischendurch.	1	2	3	4
Ich lese täglich Zeitschriften oder Zeitung.	1	2	3	4
Ich fühle mich unwohl in Gesellschaft von Leuten, die ich noch nicht kenne.	1	2	3	4
Es ist mir unangenehm, wenn ich alleine bin und nichts zum essen habe.	1	2	3	4
Ich habe mir vergeblich vorgenommen, nicht mehr so viel zu essen.	1	2	3	4
Ich bin heute wesentlich glücklicher als in meiner Kindheit.	1	2	3	4
Ich wiege mich täglich.	1	2	3	4
Ich esse eine Kleinigkeit vor dem Frühstück.	1	2	3	4
Ich esse, wenn mir Ausdauer fehlt.	1	2	3	4
Es ist für mich wichtig, viel Abwechslung bei den Mahlzeiten zu haben.	1	2	3	4
Ich arbeite um meinen Lebensunterhalt zu verdienen.	1	2	3	4
Ich achte darauf, zu jeder Mahlzeit das passende Getränk zu haben.	1	2	3	4

-) Ich verteidige mein Übergewicht, wenn jemand mich deswegen tadelt. 1 2 3 4
-) Viele Dinge gehen mir fast von selbst von der Hand, wenn ich dabei essen kann. 1 2 3 4
-) Fette Speisen esse ich besonders gerne. 1 2 3 4
-) Ich brauche sehr lange bis ich mein Teller leergegessen habe. 1 2 3 4
-) Es ist für mich leichter eine Abmagerungskur gemeinsam mit Bekannten zu machen. 1 2 3 4
-) Ich bin für das andere Geschlecht wegen meines Übergewichts nicht attraktiv. 1 2 3 4
-) Informationen über gesunde Ernährung nützen nicht viel. 1 2 3 4
-) Ich habe als Kind immer gut und viel gegessen. 1 2 3 4
-) Ich lasse mich von anderen zum Essen überreden. 1 2 3 4
-) Mein Übergewicht nimmt mir das Interesse an anderen Dingen. 1 2 3 4
-) Es wird mir immer wieder geraten abzumagern. 1 2 3 4
-) Meine Anspannung lässt während des Essens nach. 1 2 3 4
-) Ich kann das Essen tagelang einschränken. 1 2 3 4
-) Ich esse auch bei kurzen Autofahrten im Stadtverkehr. 1 2 3 4
-) Ich hatte schon Schwierigkeiten, meine Rechnungen in Restaurants zu bezahlen. 1 2 3 4
-) Ich schaue mich nicht gerne im Spiegel an. 1 2 3 4

4. 3. 1974

4. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

- 1) Sie erhalten heute Unterlagen zur Ernährung. Eine vernünftige Verwendung von Nahrungsmitteln sowie eine richtige Zusammensetzung der Mahlzeiten ist Bestandteil dieser Therapie. Wir machen keine speziellen Essvorschläge, sondern empfehlen Ihnen nur diese allgemeinen Richtlinien.
Sie sollten sich die wesentlichsten Gesichtspunkte einprägen und während der kommenden Behandlungswochen berücksichtigen.
(Siehe auch Seite 3 - 13 in Klevers Kalorienkompass)
Sie sollen nicht hungern; Sie sollen essen, was Ihnen schmeckt.
Nur: Sie sollen bedenken, dass es gut schmeckende Nahrungsmittel gibt, die weniger Kalorien haben.
- 2) Sie erhalten die Formulare für den Abschluss der 2. Behandlungswoche. Füllen Sie sie wie gewohnt am letzten Tag, d.h. am Sonntag, den 10. 3. 1974 aus und schicken Sie sie am Montag zurück.
Vergessen Sie nicht die Gewichtsangaben auf dem Formular und schicken Sie auch dieses Gewichtsformular zurück.
- 3) Die Teile G, H, I und J sind die letzten zusätzlichen Fragebogen des EVF. Füllen Sie sie bitte auch noch aus und senden Sie sie ebenfalls zurück.
- 4) Die Unterlagen für die 3. Behandlungswoche bekommen Sie am Ende dieser Woche zugeschickt. Das tägliche Ausfüllen der Ess- und Bewegungskarte bleibt Bestandteil der Therapie und dient Ihrer Selbstkontrolle.

Mit freundlichen Grüßen

Richtlinien für eine Kost bei Übergewicht

Das ideale Körpergewicht (Idealgewicht) gewährt die höchste Lebenserhaltung, es wird wie folgt berechnet:

Körpergröße minus 100 abzüglich 10 % bei Männern
abzüglich 20 % bei Frauen

z.B. Körpergröße 1,70 m

Idealgewicht Mann: 63 kg

Idealgewicht Frau: 56 kg

Der tägliche Nahrungsbedarf eines Erwachsenen lässt sich nach Körpergröße, Körpergewicht und seiner Tätigkeit annähernd berechnen und in Portionen angeben.

Der Kaloriengehalt der täglichen Nahrungsmenge lässt sich beim Idealgewicht nach folgenden Richtlinien bemessen:

24 Kalorien/kg Körpergewicht bei Bettruhe

32 " " " " leichter körperlicher Arbeit
(z.B. Hausfrau, Büroangest., Lehrer)

40 " " Körpergewicht bei mittelschwerer Arbeit
(z.B. Handwerker, Landarbeiter, Kellner)

z.B. Körpergröße 1,70 m

Idealgewicht 63 kg

Lehrer Kalorienbedarf: 2100 - 2300 Kalorien

Wenn Sie übergewichtig sind, reduzieren Sie die tägl. Nahrungsaufnahme um 800 - 1000 Kal., bis das Idealgewicht erreicht wird.

Man kann die drei Grundnährstoffe: Eiweiss, Fett und Kohlenhydrate

Sie liefern: Eiweiss 1 g - 4 Kalorien

Fett 1 g - 9 Kalorien

Kh 1 g - 4 Kalorien

Unbedingt zu beachten sind die Alkoholkalorien

1 g - 7 Kalorien

Eiweiss dürfen Sie (reichlich) essen, wenn Sie fettarme Produkte wählen:

Mageres Fleisch vom Kalb, Rind, Schwein

Geflügelfleisch von Brathuhn; Pute und Taube

Wildfleisch

Innereien

gekochter oder roher Schinken ohne Fettrand, kaltes Bratenfleisch, Zunge, Tartar, Bierschinken, Geflügelwurst

fettarme Fische, wie Kabeljau, Goldbarsch, Schellfisch, Seelachs, Forelle, Hecht (frisch oder geräuchert)

fettarme Milchprodukte wie Magermilch, Buttermilch, Magerjoghurt, Käse bis zu 30 % Fett i.Tr., Magerquark

Fett kommt in unserer Kost vor als Butter, Margarine, Öl, aber auch als verstecktes Fett in Milch und Milchprodukten, Fleisch, Wurstwaren, Eigelb, Nüssen. Da Fett die meisten Kalorien liefert, muss es bei jeder Reduktionskost stark eingeschränkt und

berechnet werden. Selbst wenn Sie sehr magere Eiweissprodukte essen, haben Sie damit im allgemeinen schon die Hälfte der Ihnen zustehenden Fettmenge verzehrt.

en-
ate sind enthalten in allen zucker- und stärkehaltigen Nahrungsmitteln. Zucker und die damit zubereiteten Speisen und Getränke sind zu vermeiden (z.B. Marmelade, Honig, Schokolade, Pralinen, Bonbons, Torten, Kuchen, Limonade, Süssmost).

Zum Süssen darf nur kalorienfreier Süsstoff verwendet werden.

Stärkehaltige Nahrungsmittel wie Brot, Kartoffeln, Reis, Teigwaren sollten ebenfalls nur in beschränkter Menge verzehrt werden.

Obstsäfte dürfen Sie täglich in kleinen Mengen zu sich nehmen (100 - 200 g), Gemüse und Salate dagegen reichlich.

eine Mahlzeiten sind günstiger als 2 oder 3 gehaltvollere.

einer Reduktionskost soll ausreichend getrunken werden, mindestens - 2 Liter am Tag kalorienfreie Getränke wie: Kaffee und Tee ohne Zucker, Mineralwasser, Tafelwasser, Diät-Limonade, Gemüsebrühe.

Berechnung des Kaloriengehaltes der Nahrungsmittel benötigen Sie Kalorientabelle.

entechnische Ratschläge:

Verwenden Sie Süsstoff zum Süssen.

Würzen Sie normal mit Salz, Gewürzen und vielen Küchenkräutern. Binden Sie Suppen und Sossen nicht mit Mehl oder Mondamin, geeigneter sind Hefeflocken oder Nestargel (Reformhaus, Drogerie).

Garen Sie fettfrei bzw. fettarm im Grill, Römertopf, Siccmatic-Dampfdrucktopf, Teflon-Pfanne, Alustar- oder Nalophan-Folie.

eise für die Zubereitung:

Halten Sie immer eine echte Fleischbrühe (gut entfettet) bereit. Der Fettgehalt bei fertigen Fleischbrühwürfeln liegt wesentlich höher.

Eine Essigmarinade bereiten Sie aus Essig, 2 Tropfen Öl, Salz, Pfeffer, Süsstoff, Salatkräuter und Senf.

Magerquark wird am besten immer mit Buttermilch, Magermilch oder Magerjoghurt angerührt.

Unter Grünzeug verstehen wir: Suppengrün aus Sellerie, Lauch, Karotten und Petersilienstengeln.

Die Mengenangabe für Gemüse bezieht sich immer auf vorbereitetes, also geputzt gewogenes Rohgemüse.

Zusätzliche Erläuterungen zur Ernährungslehre

Allgemein sollten Sie folgendes beachten:

Diät heisst nicht gleich mageres Essen, sondern heisst in vielen Fällen nur leicht verdaulich.

Diät-Nahrungsmittel haben in der Regel nicht weniger Kalorien als normale Nahrungsmittel, sie sind vorzugsweise für Diabetiker hergestellt.

Kein Nahrungsbestandteil sollte in Ihren Mahlzeiten fehlen.

D.h., in allen Ihren Mahlzeiten sollten Kohlenhydrate, Eiweisse und Fett enthalten sein.

Kohlenhydrate

Achten Sie hier darauf, dass Sie nicht zu viel Kohlenhydrate durch alkoholische Getränke, wie z.B. Bier, aufnehmen. Brot ist ein weiterer starker Träger von Kohlenhydraten. Bedenken Sie hierbei, dass Knäckebrötchen zwar weniger Kalorien hat, aber sehr viel weniger sättigt, als anderes Brot.

Obst enthält zum Teil sehr viel Zucker (Weintrauben, Trockenfrüchte); Sie sollten Obst dennoch ruhig reichlich essen, da es Vitamine enthält.

Vermeiden Sie Hülsenfrüchte.

Fett

Achten Sie hier besonders auf das sogenannte versteckte Fett: z.B. finden Sie in den üblichen Wurstsorten bis zu 60 % verstecktes Fett. Beispiel: Zwei Paar Wiener haben 40 g Fett, das bedeutet, sie enthalten 350 Kalorien. Entsprechend sollten Sie auch Nüsse vermeiden: Eine Hand voll = 400 Kalorien!

Sie sollten pro Tag nicht mehr als 30 g Fett aufnehmen. In der Regel nehmen Sie diese 30 g Fett schon auf, wenn Sie das tägliche Quantum Milch, Margarine, Fleisch essen. Also müssen Sie sehen, dass Sie alles weitere Fett vermeiden, z.B. bei der Zubereitung von warmen Mahlzeiten.

Sie können Fett einsparen, wenn Sie magere Milchprodukte nehmen, wie z.B. Quark der Magerstufe, Käse bis 30 % i.Tr., halbfette Margarine, Geflügelwurstsorten.

Eiweiss

Mit Eiweiss sollten Sie sich vorzugsweise ernähren, am besten durch mageres Fleisch (Wild), durch fettarmen Fisch. In 100 g magerem Fleisch sind 20 g Eiweiss enthalten. Eiweiss kann nicht unmittelbar als Fettdepot abgelagert werden; d.h. aber nicht, dass Sie unbegrenzt viel Eiweiss essen können, schon aus dem Grunde nicht, als im jeden eiweisshaltigen Nahrungsmittel auch Fett enthalten ist (z.B. in Eiern).

Getränke, Alkohol

Wenn Sie weniger essen, sollten Sie darauf achten, dass Sie täglich 1,5 - 2 Liter Flüssigkeit zu sich nehmen. Dies dient der ausreichenden Schlackenentfernung durch die Niere.

Sie sollten natürlich kalorienfreie Getränke bevorzugen, wie Kaffee, Tee, Mineralwasser, ungezuckerte Säfte.

Der Alkohol ist ein besonderes Problem: 1 g Alkohol entspricht 7,5 Kalorien. Beispiel: 1 Glas Sekt hat 90 - 120 Kalorien, 1 Glas Wein hat 80 Kalorien (trinken Sie Schorle), eine halbe Bier hat 250 Kalorien.

Der Kaloriengehalt von Diätbier ist grösser als der von Normalbier, da der Alkoholgehalt grösser ist.

Ganz allgemein gilt: Je konzentrierter der Alkohol, desto grösser die Kalorienmenge.

Empfehlungen für tägliche Mahlzeiten

Tee, Kaffee mit Süsstoff. Nehmen Sie dunkles Brot. Sparen Sie an der Margarine oder Butter. Lassen Sie fette Wurst- und Käsesorten weg. Vermeiden Sie Honig und Marmelade (Diätmarmelade hat genau soviel Kalorien wie andere Marmelade). Alle Arten von Streichwurst sind sehr kalorienreich.

Mittagessen: Bevorzugen Sie mageres Fleisch. Achten Sie auf die Zubereitung: Grillen! Lassen Sie Suppen weg. Schränken Sie sich bei Beilagen ein. Nehmen Sie viel Gemüse und Salate, die den Magen gut füllen. Als Nachspeise nur Obst, Joghurt.

Abendessen: Je nach warmer oder kalter Mahlzeit gelten die obigen Richtlinien. Vermeiden Sie alkoholische Getränke bei allen Mahlzeiten.

Zwischenmahlzeiten: Zu empfehlen sind Obst, Magerquark, Buttermilch.

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

- E V F -

- G -

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1) Es ist mir gleichgültig ob ich übergewichtig bin oder nicht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich esse zwischendurch bei der Hausarbeit. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Nach einer Mahlzeit fühle ich mich besser als zuvor. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ein Familienvater sollte nicht dick sein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Wenn ich unzufrieden bin, esse ich mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ich kann ein Instrument spielen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich habe mich endgültig entschlossen weniger zu essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Im Betrieb bin ich innerlich immer sehr unruhig. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Als ich Kind war, waren meine Vorbilder immer kräftige Menschen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Ich esse mehr, wenn viele Leute am Tisch sind. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich fühle mich sicherer, wenn ich gut gegessen habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Wenn ich abmagere, werden meine Bekannten mich deswegen aufziehen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich bin in einem Sportverein (oder ähnliches). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Wenn es auf einer Party nichts Gutes zum essen gibt, bin ich sehr enttäuscht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich esse öfters um mich anzuregen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Dicke Leute sind genau so intelligent wie Normalgewichtige. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Übergewichtige verbrauchen mehr Anregungsmittel als andere Leute. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ich denke oft an Essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ich habe immer etwas zu essen bei mir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Ich esse kurz vor dem Einschlafen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1) Ich kann nicht mehr so gut arbeiten, nachdem ich so dick geworden bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich möchte keine neuen Bekanntschaften machen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich bin ein sehr religiöser Mensch. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Wegen meines Übergewichts bin ich meisst niedergeschlagen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich vermeide, wenn möglich, einen Streit anzufangen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ich kann Essensangebote ablehnen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Wöchentlich habe ich regelmässige Zusammentreffen (Stammtisch, Kaffee, usw.) mit Freunden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ich habe einen Hund, eine Katze (oder irgendein Haustier) mit dem ich mich täglich beschäftige. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Wegen meines Übergewichts geschehen mir öfters Ungeschicklichkeiten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Ich esse während der Arbeitszeit, wenn ich gerade Lust dazu habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Wenn ich einen wichtigen Termin vor mir habe, esse ich etwas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich war immer ein ziemlich braves Kind. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Mir ist jedes Mittel recht, um mein Übergewicht zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Gleich nach einer Mahlzeit ruhe ich mich etwas aus. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich würde mich besser mit meinem Partner verstehen, wenn ich etwas an Gewicht abnehmen würde. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Wenn ich eine Kleinigkeit gegessen habe, habe ich ein starkes Verlangen weiterzuessen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich habe begonnen mehr zu essen, ohne es zu merken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Wenn ich ein Lebensmittel-Sonderangebot sehe, kaufe ich meistens etwas davon. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ich habe Angst das Essen nicht einschränken zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Wenn ich nicht so dick wäre, würde ich mehr Sport treiben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Wegen meiner Figur wissen alle, dass ich nicht die Willenskraft habe, abzunehmen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2) Ich esse weniger, wenn ich in Gesellschaft von Normalgewichtigen bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich habe oft Angst in meinen Kleidern lächerlich zu wirken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Die Hausfrauen sollten mehr Informationen bekommen, um eine gesunde Speisekarte zusammenstellen zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich stelle immer wieder fest, dass ich mich viel dicker einschätze als ich bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ich war ein starkes Kind. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich esse im Urlaub mehr als gewöhnlich. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Wenn ich gut gegessen habe, kann ich gegenüber anderen Leuten Initiative zeigen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Mein Übergewicht behindert mein beruflichen Aufstieg. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Ich esse, wenn ich nervös bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich serviere mir das zweite Mal bevor ich den Teller leer habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Wenn man mir Vorhaltungen macht, esse ich mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Wenn ich esse, geht die Zeit viel schneller vorbei. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich sollte mir mehr Mühe geben um abzunehmen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

name: Datum:

kontroll-Nr.:

- E V F -
- H -

- 1) Mit meinem Übergewicht komme ich gut zurecht. 1 2 3 4
- 2) Bei geistig anstrengenden Arbeiten esse ich etwas zwischendurch. 1 2 3 4
- 3) Ich fühle mich "fit", wenn ich gut gegessen habe. 1 2 3 4
- 4) Dicke Leute können so gut arbeiten wie Normalgewichtige. 1 2 3 4
- 5) Ich esse mehr, wenn man mich kritisiert. 1 2 3 4
- 6) Ich habe Begabung für Handwerkliches. 1 2 3 4
- 7) Ich habe mich entschlossen an Gewicht abzunehmen. 1 2 3 4
- 8) Manchmal hatte ich im Beruf das Gefühl grosser, nicht zu bewältigender Schwierigkeiten wegen meines Übergewichts. 1 2 3 4
- 9) Ich habe an Gewicht zugenommen seit meiner Schwangerschaft. 1 2 3 4
- 10) Ich esse während ich meinen Freizeitbeschäftigungen nachgehe. 1 2 3 4
- 11) Wenn ich esse fällt mir leichter etwas ein. 1 2 3 4
- 12) Ich besuche gerne kulturelle Veranstaltungen (Theater, Konzerte, u.a.). 1 2 3 4
- 13) Die Anerkennung meiner Bekannten spielt eine grosse Rolle für mich. 1 2 3 4
- 14) Ich esse gerne mit Freunden oder Arbeitskollegen. 1 2 3 4
- 15) Mein Übergewicht bereitet meiner Familie Kummer. 1 2 3 4
- 16) Man sollte nur zu den Mahlzeiten essen, aber nicht zwischendurch. 1 2 3 4
- 17) Ich beschäftige mich wöchentlich mit Glücksspielen (Lotto, Wetten, u.a.). 1 2 3 4
- 18) Ich kann dem Essen nicht widerstehen. 1 2 3 4

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 19) Ich habe keine gesundheitlichen Bedenken wegen meines Übergewichts. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) Ich lade andere Leute zum Essen gerne ein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21) Während ich etwas esse legt sich meine Nervosität. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22) Die dicke Prominenz ist das schlechteste Vorbild. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23) Ich führe eine grosse Privat-Korrespondenz. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24) Ich empfinde Witze über dicke Leute als unangenehm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25) Ich bin ein ruhiger Mensch. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26) Es ist angenehm für mich, den Magen richtig voll zu fühlen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27) Ich esse mehr bei beruflichen Festen (Jubiläen, Betriebsfeiern) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28) Meine Eltern haben in allen Hinsichten mein Leben sehr beschränkt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29) Ich fühle mich oft allein. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30) Ich bin ein sehr entschlossener Mensch. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31) Wenn ich an einem Kiosk oder einer Würstchenbude vorbeikomme, kaufe ich öfters etwas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32) Ich fand schon immer die ganze Schule zu ungesund. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33) Meine Willenskraft allein genügt nicht um an Gewicht zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34) In Gegenwart bestimmter Personen esse ich mehr als in Gegenwart anderer Personen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35) Meine Abmagerungskuren wurden bisher immer von meinen Bekannten unterstützt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36) Ich fühle mich dauernd gezwungen zu essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37) Ich finde schwer Kontakt zu dem anderen Geschlecht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38) Ich esse während der Arbeitszeit nur in den Arbeitspausen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39) Ich esse mehr seitdem ich im Beruf aufgestiegen bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40) Ich kann vieles, was ich gerne tue, nicht machen, weil ich zu dick bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1) Meine Arbeit gibt mir viele Freuden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich esse kurz nach dem Aufwachen, noch im Bett. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Wegen meines Übergewichts habe ich viel an Selbstsicherheit verloren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Mein Partner ist übergewichtig. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich nehme alle Anstrengungen auf mich, um an etwas Essbares heranzukommen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Zur Belohnung erhielt ich in meiner Kindheit überwiegend Süßigkeiten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich esse mehr als gewöhnlich an Wochenenden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ich könnte es viel weiter bringen, wenn ich nicht so viel Probleme mit meinem Übergewicht hätte. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ich erfinde gerne neue Rezepte. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Während ich esse, ist es mir gleichgültig was andere über mich denken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich habe mir schon öfters vorgenommen, weniger zu essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Öfters esse ich mehr, nur um keine Reste aufbewahren zu müssen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Wenn ich trinke, werde ich redegewandter. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich fühle mich nur bei Bekannten wohl. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

- E V F -
- I -

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1) Ich esse so viel wie andere Leute auch. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Meistens esse ich in Eile. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Essen ist eigentlich die einzige Sache, die mir wirklich Freude gibt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich brauche einen besonderen Grund, um eine Abmagerungskur durchstehen zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ich bin ein Sammler (Briefmarken, Münzen, u.a.). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich habe das Essen eingeschränkt als ich heiratete. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ich vermeide es möglichst Verantwortung zu übernehmen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ich esse auch Reste von anderen auf. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Bevor ich einkaufen gehe, mache ich eine Einkaufsliste. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich muss immer etwas essen, um gut weiter arbeiten zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich arbeite ständig an irgend einer Handarbeit. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich arbeite lieber mit Maschinen als mit Menschen zusammen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich lasse halbvolle Gläser stehen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Bei einer anstrengenden Arbeit kann ich mich besser konzentrieren, wenn ich etwas esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Es ist vornehm, weniger zu essen als andere. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich beschäftige mich viel mit Fotografieren und/oder Tätigkeiten im Fotolabor. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Wenn man mir Essen anbietet, kann ich nicht widerstehen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Andere Leute machen sich oft wegen meiner Figur lustig. | 1 | 2 | 3 | 4 |

0) Ich kann das Essen wochenlang einschränken.	1	2	3	4
1) Seitdem ich an Gewicht zugenommen habe, sind meine Vorgesetzten mit meiner Arbeit nicht mehr so zufrieden.	1	2	3	4
2) Ich bin mir ständig bewusst, dass ich wegen meinem Übergewicht eine geringere Lebenserwartung habe.	1	2	3	4
3) Ich beschäftige mich viel mit Tieren.	1	2	3	4
4) Manchmal esse ich mehr, nur um jemanden zu ärgern.	1	2	3	4
5) Ich bin ein schüchterner Mensch.	1	2	3	4
6) Die ersten Bissen esse ich hastig.	1	2	3	4
7) Ich esse etwas gleich nach dem Aufstehen, noch vor dem Frühstück.	1	2	3	4
8) Jeden Tag widme ich eine Stunde (oder mehr) meiner weiteren Ausbildung.	1	2	3	4
9) Ich verteidige mein Übergewicht, obwohl ich es selbst nicht für gesund halte.	1	2	3	4
0) Ich habe mir vergeblich vorgenommen, nicht mehr so viel zu essen.	1	2	3	4
1) Ich bewege mich gerne.	1	2	3	4
2) Meine Eltern waren meistens mit meinen Schulleistungen zufrieden.	1	2	3	4
3) Überflüssiges Fett beeinträchtigt die Denkfähigkeit.	1	2	3	4
4) Ich esse im Laufe des Tages zunehmend mehr.	1	2	3	4
5) Ich kann mich besser durchsetzen, wenn ich mich wohl und satt fühle.	1	2	3	4
6) Ich habe grosse Nahrungsmittelvorräte im Haus.	1	2	3	4
7) Als Kind gehörte ich zu den Pfadfindern (oder irgendeiner ähnlichen Vereinigung).	1	2	3	4
8) Ich besuche immer wieder ein bestimmtes Restaurant/ eine bestimmte Gaststätte.	1	2	3	4
9) Ich habe oft Selbstmitleid.	1	2	3	4
0) Meine Freunde und Bekannten machen mich immer auf mein Übergewicht aufmerksam.	1	2	3	4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1) Ich war schon als Kind der "Dicke" in meiner Gruppe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich esse auf dem Weg zur Arbeit. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich fühle mich unwohl, wenn andere Leute mich beim Essen beobachten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich habe schon immer Probleme in meinem Sexualverhalten gehabt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Die Zeit zwischen zwei Mahlzeiten kommt mir viel länger vor als sie tatsächlich ist. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Wenn ich abmagere, werden meine Bekannten mich wieder zum Essen verleiten wollen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich esse mehr als gewöhnlich, wenn ich mit dicken Leuten zusammen bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Wegen meines Übergewichts war ich längere Zeit ohne Arbeit. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) Ich koche gerne für andere. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Wenn ich schlanker wäre, würde ich mehr Selbstvertrauen haben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich versuche nicht aufzufallen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Die Tatsache, dass bekannte Persönlichkeiten dick sind, ermuntert mich weiter zu essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Viele meiner Ziele kann ich nicht erreichen wegen meines Übergewichts. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Für mich gibt es nichts, was das Essen ersetzen könnte. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

- E V F -

- J -

- 1) Wegen meines Übergewichts falle ich überall auf. 1 2 3 4
- 2) Wenn ich in Gesellschaft bin, esse ich weiter, weil die anderen noch essen. 1 2 3 4
- 3) Nach dem Essen habe ich einen guten Geschmack im Mund. 1 2 3 4
- 4) Magere Leute sind viel gesünder als dicke. 1 2 3 4
- 5) Ich esse wenn mir nichts anderes einfällt. 1 2 3 4
- 6) Ich bin eigentlich ein intellektueller Mensch. 1 2 3 4
- 7) Ich esse manchmal tagelang sehr wenig. 1 2 3 4
- 8) Ich mache selbst Witze über mein Übergewicht. 1 2 3 4
- 9) Ich wollte als Kind ein Sportler werden. 1 2 3 4
- 0) Beim Essen nehme ich mir Zeit. 1 2 3 4
- 1) Ich vergesse alle meine Probleme während ich esse. 1 2 3 4
- 2) Ich gehe gerne ins Kino. 1 2 3 4
- 3) Die ganze Arbeit ist einfach zu ungesund. 1 2 3 4
- 4) Auch wenn ich eingeladen bin kann ich Essenangebote ablehnen. 1 2 3 4
- 5) Wegen dem Essen habe ich Auseinandersetzungen und Streit mit meiner Familie gehabt. 1 2 3 4
- 6) Ich kaufe mir regelmässig neue Kleider. 1 2 3 4
- 7) Ich spiele viel Kartenspiele. 1 2 3 4
- 8) Während dem Essen lässt mein Appetit bald nach. 1 2 3 4
- 9) Ich bin körperlich sehr leistungsfähig. 1 2 3 4
- 0) Ich esse gerne Speisen die ich selbst vorbereite. 1 2 3 4

) Nachdem ich etwas gegessen habe, meistere ich besser meinen Ärger.	1	2	3	4
) Viele Unfälle hätten vermieden werden können, wenn der Fahrer gerade nicht gegessen hätte.	1	2	3	4
) Als Kind war ich ein guter Schüler.	1	2	3	4
) Wenn ich Angst habe esse ich mehr.	1	2	3	4
) Ich würde mich in einem Restaurant nie beim Geschäftsführer beschweren.	1	2	3	4
) Es kommt öfters vor, dass ich etwas kaufe, wenn ich bei einer Konditorei vorbeilaufe.	1	2	3	4
) Ich esse schneller als andere Leute.	1	2	3	4
) Ich bin ein gutmütiger Mensch.	1	2	3	4
) Ich glaube andere Leute machen Witze über mein Gewicht.	1	2	3	4
) Ich esse weiter um den anderen nicht nachzugeben.	1	2	3	4
) Ich bin mir ständig bewusst, dass ich zuviel esse.	1	2	3	4
) Ich habe schon immer Probleme mit meiner Gesundheit gehabt.	1	2	3	4
) Ich könnte gleichwohl noch etwas zunehmen.	1	2	3	4
) Meistens mache ich die Lebensmitteleinkäufe vor dem Mittag- oder Abendessen.	1	2	3	4
) Da ich nicht mehr so viel leisten kann wegen meines Übergewichts, müssen andere Leute für mich arbeiten.	1	2	3	4
) Wenn ich im Laden etwas sehe was ich gerne esse, kaufe ich es, auch wenn es viele Kalorien enthält.	1	2	3	4
) Ich wäre nicht übergewichtig, wenn ich nicht geheiratet hätte.	1	2	3	4
) Ich kann mein Essen monatelang einschränken.	1	2	3	4
) Gerade in Belastungszeiten kann ich auf das Essen einfach nicht verzichten.	1	2	3	4
) Ich musste mit vielen körperlichen Übungen aufhören, weil ich zu dick geworden bin.	1	2	3	4
) Das Familienleben hat mich zum Essen verleitet.	1	2	3	4

EVF-J-3

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
|) Ich trinke viel an Festtagen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich habe viele Schuldgefühle. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bevorzuge Lokale mit vornehmer Atmosphäre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich esse gerne salzreiche Gerichte. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich habe kein Selbstvertrauen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Wenn ich angefangen habe zu essen, esse ich immer schneller. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich esse, wenn ich mich übel fühle. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ein gutes Essen ist das beste Geschenk, was ich mir selbst machen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich habe meine Arbeitsstelle gewechselt, weil ich Schwierigkeiten aufgrund meines Übergewichts gehabt habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich esse auch auf der Strasse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich esse während der Arbeitszeit, unabhängig davon, was ich gerade tue. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich würde mehr Autorität haben, wenn ich schlanker wäre. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich glaube, dass ich von anderen Leuten dicker eingeschätzt werde als ich bin. | 1 | 2 | 3 | 4 |

5. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

- 1) Wir haben für Sie einen Kalorienhöchstgrenzwert von Kalorien täglich errechnet. Wenn Sie diese Grenze nicht übertreten, werden Sie so viel Kalorien einsparen, dass Sie unser Therapieziel der wöchentlichen Abnahme von 1 - 2 Pfund erreichen. Achten Sie darauf, dass Sie diese Grenze wirklich nicht überschreiten, also auch dann nicht mehr essen, wenn Sie am Tag vorher nur wenige hundert Kalorien gegessen haben sollten. Wichtig ist, dass Sie jeden Tag ungefähr die gleiche Kalorienmenge aufnehmen, also täglich konstant essen. Sie dürfen dabei essen, was Sie wollen. Beachten Sie aber unsere Empfehlungen zur Ernährungslehre. Merken Sie sich den Wert Ihrer Kalorienhöchstgrenze und überschreiten Sie ihn nicht.

- 2) Während der ersten 14-tägigen Phase der Behandlung haben Sie durch das tägliche Ausfüllen der Ess- und Bewegungskarte eine genaue Selbstbeobachtung Ihres Essverhaltens durchgeführt. Diese Selbstbeobachtung ist eine wichtige Vorbedingung für das Erlernen einer wirksamen Selbstkontrolle des Essens. Auch im nun folgenden Verlauf der Behandlung werden Sie die Ess- und Bewegungskarte täglich ausfüllen und an uns schicken, damit Sie selbst und wir über die Wirksamkeit der nächsten Behandlungsschritte unmittelbar eine Rückmeldung haben. Sie müssen sich also darüber klar sein, dass die tägliche Selbstbeobachtung in der bisherigen Form auch weiterhin ein wesentlicher und fördernder Bestandteil der Therapie ist. Die Mühe, die Sie dabei aufwenden müssen, wird sich, wie Sie vielleicht schon selbst gemerkt haben, im Therapieerfolg auszahlen. In der nun folgenden Phase der Behandlung werden wir wöchentlich je eine Gruppe von vier oder fünf Verhaltensregeln in die Therapie einführen, die bestimmte Bestandteile Ihrer bisherigen Essgewohnheiten betreffen und verändern werden. Sehen Sie sich dazu bitte die Ausführungen und Instruktionen auf dem Blatt "Verhaltensregeln in der 3. Behandlungswoche" an.

- 3) Auch diesmal finden Sie wieder die Fragebogen MOT und ETE in der Anlage, die Sie bitte wie bisher auch am Ende dieser 3. Behandlungswoche (also am kommenden Sonntag) ausfüllen und an uns zurückschicken. Desgleichen tragen Sie bitte am Sonntag

wieder Ihr aktuelles Gewicht in das Schema ein und führen Sie auch die Schätzung der Schwierigkeit der vier Verhaltensregeln durch. Senden Sie auch diese beiden Formulare an uns zurück, zusammen mit den sieben Bewegungskarten der dritten Behandlungswoche.

- 4) Im Laufe dieser Woche bekommen Sie noch die Unterlagen für die vierte Behandlungswoche.
- 5) Die Gutscheine für die Rückzahlung Ihrer Kautions erhalten Sie aus technischen Gründen immer etwa eine Woche nach Ablauf der Behandlungswoche, für die die Gutscheine gelten. Wir hoffen, dass Sie dafür Verständnis haben.

Mit freundlichen Grüßen

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

M O T

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen, das Übergewicht und das Essen betreffend.

Lesen Sie jede Aussage durch, und wählen Sie dann aus den Antwortmöglichkeiten 1 - 4 diejenige, die für Sie am besten zutrifft.

- 1 = stimmt vollkommen
- 2 = trifft eher zu
- 3 = trifft eher nicht zu
- 4 = stimmt überhaupt nicht

Machen Sie einen Kreis um die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht. Machen Sie bei jeder Aussage nur einen Kreis! Lassen Sie keine Aussage aus!

Arbeiten Sie zügig, d.h. denken Sie nicht zu lange über eine Aussage nach, sondern kreisen Sie die Antwort ein, die Ihnen unmittelbar am zutreffendsten erscheint.

Vergessen Sie nicht, Ihren Namen und das Datum einzutragen!

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1) Ich stelle immer wieder fest, dass eine massige Gestalt für mich von Vorteil ist. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich bin überzeugt, in der Verminderung meines Übergewichts Fortschritte zu machen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich werde mir schönere Kleidung kaufen, wenn ich das Übergewicht verliere. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich bin körperlich leistungsfähig. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich bin froh, dass ich endlich dabei bin, mein Übergewicht zu vermindern. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ich bin sicher, dass ich nicht weiter zunehmen werde. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich bin oft in der Situation, dass andere Leute über mein Dicksein lachen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

-) Ich esse weniger als andere Leute. 1 2 3 4
-) Ich bin träge. 1 2 3 4
-) Ich werde mir Mühe geben, mein Essverhalten zu kontrollieren. 1 2 3 4
-) Ich spare Geld, wenn ich mein Essen einschränke. 1 2 3 4
-) Fortschritte in der Kontrolle meines Essverhaltens werden mich bestärken, weiterzumachen. 1 2 3 4
-) Ich bin froh, dass ich endlich dabei bin, mein Essverhalten kontrollieren zu lernen. 1 2 3 4
-) Ich gebe mich damit zufrieden, dass ich weiter an Gewicht zunehme. 1 2 3 4
-) Zum Essen trinke ich gerne einen guten Wein. 1 2 3 4
-) Ich esse soviel wie andere Leute auch. 1 2 3 4
-) Mit meiner massigen Gestalt falle ich überall auf. 1 2 3 4
-) Ich werde mir Mühe geben, mein Übergewicht zu verlieren. 1 2 3 4
-) Wenn ich nicht mehr so viel esse, werden mich meine Freunde loben. 1 2 3 4
-) Fortschritte in der Verminderung meines Übergewichts werden mich bestärken, weiterzumachen. 1 2 3 4
-) Ich werde konsequent sein bei der Einschränkung meines Essens. 1 2 3 4
-) Ich will an Gewicht zunehmen. 1 2 3 4
-) Beim Essen kann ich mich so richtig entspannen. 1 2 3 4
-) Ich bekomme grossen Appetit, wenn ich Süssigkeiten sehe. 1 2 3 4
-) Ich bin überzeugt, dass ich in Zukunft nicht mehr so viel essen werde. 1 2 3 4
-) Ich sollte mir mehr Mühe geben, mein Essverhalten zu kontrollieren. 1 2 3 4
-) Ich betrachte dauernd meine Figur im Spiegel. 1 2 3 4
-) Allein mit Willenskraft kann ich nicht Gewicht abnehmen. 1 2 3 4

MOT-3

h werde konsequent sein bei der Verminderung meines Übergewichts.	1	2	3	4
h will mein Gewicht unverändert halten.	1	2	3	4
nn ich nichts zum Essen habe, hole ich mir sofort etwas.	1	2	3	4
t meinem Übergewicht komme ich gut zurecht.	1	2	3	4
h bin überzeugt, in der Einschränkung meines Lebens Fortschritte zu machen.	1	2	3	4
h sehe besser aus, wenn ich mein Übergewicht verliere.	1	2	3	4
h will mich nicht sportlich betätigen.	1	2	3	4
h setze wirklich meine ganze Kraft ein, um mit Erfolg mein Übergewicht zu vermindern.	1	2	3	4
ist mir gleichgültig, dass ich übergewichtig bin.	1	2	3	4
h brauche Hilfe, um mein Übergewicht verlieren zu können.	1	2	3	4
in Begehren zu essen ist stark, wenn ich etwas zum Essen sehe.	1	2	3	4
h bin überzeugt, dass ich in Zukunft nicht mehr wiegen werde.	1	2	3	4
h sollte mir mehr Mühe geben, mein Übergewicht zu vermindern.	1	2	3	4
ne fremde Hilfe kann ich mein übermässiges Essen nicht einschränken.	1	2	3	4
kommt doch auf mich allein an, ob ich es schaffe.	1	2	3	4
r ist jedes Mittel recht, um von meinem Übergewicht herunterzukommen.	1	2	3	4
h bin attraktiver, wenn ich mein Übergewicht verlieren habe.	1	2	3	4
me Lieblingsessensspeise könnte ich dauernd essen.	1	2	3	4
h esse gern schön zubereitete Speisen.	1	2	3	4
h habe ein starkes Bedürfnis, mein Übergewicht zu verlieren.	1	2	3	4

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
|) Wenn ich weniger wiege, bin ich aktiver. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Schon geringe körperliche Bewegung strengt mich an. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich werde es immer wieder versuchen, bis ich es geschafft habe, mein Übergewicht zu vermindern. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich setze wirklich meine ganze Kraft ein, um mit Erfolg mein Essverhalten zu kontrollieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich brauche Hilfe, um mein vieles Essen wirklich einschränken zu können. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich kann an einer Würstchenbude nicht vorbeigehen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Meine Mahlzeiten schmecken mir gut. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich halte es für leicht, das viele Essen einzuschränken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich meine, dass ich in der Kontrolle meines Essverhaltens mehr Fortschritte machen werde als andere Personen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Nur mit fremder Hilfe kann ich mein Übergewicht vermindern. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bin fest entschlossen und mir völlig sicher, dass ich es schaffe, mein Essverhalten zu kontrollieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Mir ist jedes Mittel recht, um mein vieles Essen einzuschränken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bekomme Anerkennung von Bekannten, wenn ich mein Übergewicht verloren habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) An Konditoreischaufenstern kann ich nicht vorbeigehen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich finde die Begleitumstände einer guten Mahlzeit anregend. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich habe ein starkes Bedürfnis, mit dem vielen Essen aufzuhören. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich lebe gesünder, wenn ich das Übergewicht verliere. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich sollte mich in Zukunft mehr körperlich bewegen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bin fest entschlossen und mir völlig sicher, dass ich es schaffe, mein Übergewicht ganz zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 3) Es ist schwierig, aber ich werde Erfolg haben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich will meine körperliche Leistungsfähigkeit wieder herstellen, deswegen möchte ich von meinem Übergewicht herunterkommen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0) Wenn ich mit dem Essen angefangen habe, kann ich nicht mehr aufhören. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1) Ich finde den Geschmack einer Speise anregend. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) Ich halte es für leicht, das Übergewicht zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) Ich meine, dass ich in der Verminderung meines Übergewichts mehr Fortschritte machen werde als andere Personen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) Ich betätige mich gerne sportlich. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) Ich bin fest entschlossen und mir völlig sicher, dass ich es schaffe, mein Übergewicht etwas zu vermindern. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) Ich bin entschlossen, jede Hilfe in Anspruch zu nehmen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) Ich will meine körperliche Leistungsfähigkeit wieder herstellen, deswegen möchte ich mein vieles Essen einschränken lernen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) Ich esse sehr schnell während meiner Mahlzeiten. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

- E T E -

In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Aussagen über die Therapie, an der Sie jetzt teilnehmen. Lesen Sie jede Aussage durch und stellen Sie fest, inwieweit sie mit Ihrer augenblicklichen Meinung hinsichtlich der Therapie übereinstimmt.

kreuzen Sie dann die entsprechende Antwortmöglichkeit (1 - 4) an!

- 1 = stimmt vollkommen
- 2 = trifft eher zu
- 3 = trifft eher nicht zu
- 4 = stimmt überhaupt nicht

lassen Sie dabei keine Frage aus und beachten Sie, dass Sie bei jeder Aussage nur ein Kreuz machen können.

Sie können bei der Beantwortung nichts richtig oder falsch machen; also denken Sie nicht zu lange über jede Aussage nach, sondern kreuzen Sie die Antwort an, die Ihnen unmittelbar am zutreffendsten erscheint.

Vergessen Sie nicht, Ihren Namen, das Datum und Ihre Kontroll-Nummer einzutragen!

- 1) Ich kann jetzt in Situationen mit dem Essen aufhören, wo ich es vor der Behandlung noch nicht konnte. 1 2 3 4
- 2) Ich bin überzeugt, dass ich in der Zeit nach der Behandlung kein Gewicht mehr zunehmen werde. 1 2 3 4
- 3) Ich werde von Bekannten ermutigt, die Verhaltensregeln für das Essen beizubehalten. 1 2 3 4
- 4) Die vielen Kontrollen in der Behandlung sind mir im eigenen Interesse willkommen. 1 2 3 4
- 5) Ich bin überzeugt, auch in der nächsten Woche weitere Fortschritte zu machen. 1 2 3 4
- 6) Ich halte die an mir praktizierte Therapie für erfolgversprechender als andere Methoden der Gewichtsverminderung, die ich kenne. 1 2 3 4

Ich glaube, dass ich in der Behandlung mehr Fortschritte mache, als andere.	1	2	3	4
Die Therapie kostet mich zuviel Arbeit.	1	2	3	4
Ich wünsche, dass die Therapie sich auch auf andere Probleme als das Essverhalten und das Übergewicht erstreckt.	1	2	3	4
Ich bin überzeugt, dass ich in der Behandlung mehr als 10 kg abnehmen werde.	1	2	3	4
Ich kann jetzt aus eigener Kraft darauf verzichten, zwischen den Hauptmahlzeiten zu essen.	1	2	3	4
Ich bin überzeugt, dass ich während der Behandlung kein Gewicht zunehmen werde.	1	2	3	4
Ich werde von anderen Leuten ermutigt, weiterhin in der Therapie zu bleiben.	1	2	3	4
Ich fühle mich durch die Behandlung zu stark kontrolliert.	1	2	3	4
Ich habe im Verlauf der Behandlung schon Fortschritte gemacht.	1	2	3	4
Das gemeinsame Bemühen in der Therapie hilft mir bei meinen Anstrengungen, das Übergewicht zu vermindern.	1	2	3	4
Was mich an der Therapie am meisten bestärkt, sind meine bisherigen Fortschritte (sichtbaren Fortschritte).	1	2	3	4
Ich bin froh, wenn die Therapie vorüber ist.	1	2	3	4
Auf die Dauer beansprucht die Therapie zuviel von meiner Zeit.	1	2	3	4
Ich bin überzeugt, dass ich nach der Behandlung weiterhin Gewicht abnehmen werde.	1	2	3	4
Ich kann die Kalorien-Menge meiner Hauptmahlzeiten schon vor dem Essen abschätzen.	1	2	3	4
Ich bin überzeugt, dass die Therapie nur für kurze Zeit wirksam ist.	1	2	3	4
) Ich spreche gerne mit Bekannten über den Stand meiner Fortschritte.	1	2	3	4
) Ich probiere zusätzlich eigene Einfälle aus, wie ich das Essen einschränken kann.	1	2	3	4
) Ich bin mit der Behandlung eher zufrieden als unzufrieden.	1	2	3	4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
|) Das gemeinsame Bemühen in der Therapie hilft mir bei meinen Anstrengungen, weniger zu essen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich weiss, ich werde mir in der nächsten Therapie-woche noch mehr Mühe geben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bin mit der Behandlung überhaupt nicht zufrieden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bin überzeugt, mein Therapieerfolg wird mindestens ein halbes Jahr anhalten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich werde das neu gelernte Essverhalten nach der Behandlung beibehalten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich esse jetzt weniger fette Nahrungsmittel als vor der Therapie. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Es macht mir nichts aus, dass ich in der Therapie noch keinen Erfolg habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich spreche häufig mit Bekannten über meine Behandlung. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich werde die in der Therapie gegebenen Anweisungen in der nächsten Woche besser befolgen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bin mit der Behandlung voll und ganz zufrieden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich würde mich einer derartigen Therapie auch ein zweites Mal unterziehen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich habe mir selbst Verhaltensregeln ausgedacht, um mein Essen einzuschränken. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich finde die Therapie gut, aber sie hilft mir nicht. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bin mit der Behandlung eher unzufrieden als zufrieden. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich habe schon anderen Personen Vorschläge gemacht, wie sie ihr Essen einschränken können. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich kenne die Kalorienwerte der Nahrungsmittel, die ich am häufigsten esse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Sollte ich in der Therapie keinen Erfolg haben, werde ich es noch einmal versuchen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich zweifle daran, ob ich weiter in der Therapie bleiben soll. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich sollte die Beobachtungskarte in der nächsten Woche genauer ausfüllen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Es hat sich bis jetzt für mich gelohnt, an der Therapie teilzunehmen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
|) Ich kann die in der Therapie vorgeschlagenen Verhaltensregeln aus dem Gedächtnis aufzählen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich bin überzeugt, mein Therapieerfolg wird mindestens ein Jahr anhalten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Die Therapie hilft mir offensichtlich, aber ich finde sie nicht gut. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Ich sollte mir in der Therapie mehr Mühe geben. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Fest steht, dass die Therapie sich für mich lohnen wird. | 1 | 2 | 3 | 4 |
|) Seit ich in der Behandlung bin, kann ich meinen Alkoholkonsum einschränken. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

Sie sollten in der abgelaufenen Behandlungswoche täglich die Ess- und Bewegungskarte ausfüllen und einschicken. Wir möchten daher nach Abschluss der Woche wissen, wie schwierig es Ihnen nun gefallen ist, dies entsprechend unserer Anleitung zu tun.

Stufen Sie bitte die unten stehenden Tätigkeiten danach ein, wie schwierig Ihre Durchführung für Sie in der vergangenen Woche tatsächlich war, indem Sie jeweils die entsprechende Zahl ankreuzen:

1	2	3	4	5
sehr leicht	leicht	mittel	schwer	sehr schwer

Geben Sie bitte nun wirklich zutreffende Antworten, gleichgültig, ob es Ihnen leicht oder schwer gefallen ist, denn nur dann können wir Ihre Angaben sinnvoll für die Behandlung nutzen.

- | | |
|--|-----------|
| 1) tägliches vollständiges Ausfüllen der Esskarte | 1 2 3 4 5 |
| 2) " " " " Bewegungskarte | 1 2 3 4 5 |
| 3) " Frankieren und Wegschicken der Esskarte | 1 2 3 4 5 |
| 4) Kalorienberechnung der täglichen Hauptmahlzeiten | 1 2 3 4 5 |
| 5) " " " Getränke | 1 2 3 4 5 |
| 6) " " " Nebenmahlzeiten | 1 2 3 4 5 |
| 7) Berechnung der Dauer der täglichen Mahlzeiten | 1 2 3 4 5 |
| 8) Einschätzen des Nahrungsverlangens | 1 2 3 4 5 |
| 9) tägliches Berechnen des Gesamtkalorienverbrauchs auf der Bewegungskarte | 1 2 3 4 5 |

5. Information-II. Teil

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

1. Sie bekommen von uns wöchentlich eine Zusatzinformation zu dem Behandlungsprogramm; wir wollen Ihnen damit helfen, Schwierigkeiten, Probleme oder Mißverständnisse in der Durchführung unserer Behandlungsschritte zu beheben. Verwenden Sie also diese zusätzlichen Hinweise und Anleitungen dazu, die Verhaltensregeln konsequent zu befolgen.

Wenn Sie spezielle Probleme oder Fragen haben, so sprechen Sie bitte mit uns während der telefonischen Sprechstunde donnerstags von 18-20 Uhr.

2. Die Kalorienhöchstgrenze haben wir für Sie individuell errechnet. Sie können damit entsprechend unserem Therapieziel 1-1 1/2 Pfund pro Woche abnehmen, wenn Sie die Grenze nicht überschreiten. Versuchen Sie dabei, täglich etwa die gleiche Menge an Kalorien aufzunehmen. Sie sollten keine "Hungertage" mit z.B. nur 500-600 Kalorien einlegen.

Wenn Sie nicht soviel Kalorien zu sich nehmen wollen wie es die Höchstgrenze zulassen würde, dann sollten Sie auch versuchen, täglich etwa gleich viel zu essen, also nicht einmal sehr wenig und an einem anderen Tag mehr. Bleiben Sie nicht zu weit unter der Kalorienhöchstgrenze!

Häufig kommt es vor, daß man einmal abends eingeladen ist und weiß, daß man dann relativ viel essen wird und auch trinken. In diesen Fällen sollten Sie natürlich versuchen, vorher am Tag nicht soviel zu essen, damit Sie die Kaloriengrenze einhalten können.

3. Wir geben Ihnen einige Hinweise zum Befolgen der Verhaltensregeln.

Regel 1: Informieren Sie vorzugsweise Personen, die nicht schon wissen, daß Sie abnehmen wollen. Machen Sie sich nichts daraus, auch entferntere Bekannte zu informieren. Sie sollten nicht glauben, daß es komisch wirken könnte. Sie müssen diesen Personen nur genau erklären, was Sie machen und warum Sie es machen.

Suchen Sie sich also Personen aus, die Interesse und Verständnis haben und Sie des öfteren zum Durchhalten aufmuntern könnten. Dies ist sehr wichtig; Sie sollten daher mindestens 3 Personen in den nächsten Tagen informieren.

Regel 2: Es lässt sich sicherlich so einrichten, daß Sie zu Hause einen festen Essplatz bestimmen können und dann nur dort essen.

ie sollten also auch jeden kleinen Bissen, einen Bonbon, ein Getränk nur an diesem festen Ort zu sich nehmen. Alles, was Sie so wischendurch zu sich nehmen wollen, dürfen Sie nur an diesem Platz konsumieren. Nur so werden Sie eine wirklich gute Kontrolle über Ihr Essen erwerben.

Wenn Sie diesen von Ihnen bestimmten Platz nicht aufsuchen können, sollten Sie keine Nahrung zu sich nehmen.

Es gibt verschiedene Gründe, warum man nicht alle täglichen Mahlzeiten an einem festen Platz einnehmen kann. Sie sollten in einem solchen Fall zwei feste Plätze in der Wohnung bestimmen.

Nach Möglichkeit sollten Sie nicht in der Küche essen.

Wenn Sie sehr viele Ihrer Mahlzeiten nicht in der Wohnung, sondern z.B. im Büro einnehmen, dann sollten Sie diese Regel auch unter diesen Bedingungen anwenden.

Regel 3: Nebentätigkeiten sind: Radio und Musik hören, Fernsehen, Arbeit und Berufsgespräche, Zeitung und Bücher lesen, Telefonieren, Handarbeiten u.s.w.

Wenn Sie essen wollen, dann sollen Sie eben nur essen und nicht herartige Nebentätigkeiten durchführen. Wenn Sie etwas anderes tun wollen oder müssen, dann essen sie eben nicht. Halten Sie diese Trennung konsequent durch.

Mögliche Konflikte mit Familienmitgliedern, Freunden oder Gästen können sie vermeiden, indem sie genau erklären, warum Sie keine Nebentätigkeiten beim Essen durchführen sollen. Diese anderen Leute werden dann zu Ihrem Nutzen darauf verzichten, Radio beim Frühstück zu hören u.s.w.

Auch wenn Sie meinen sollten, daß das Radio Sie nicht vom Essen ablenkt oder dazu führt, daß Sie mehr essen, sollten Sie dennoch bei jeder Gelegenheit diese Regel konsequent durchhalten. Sie werden die Selbstkontrolle dann besser und schneller erlernen.

Regel 4: Wenn Sie in einem Appartement mit Wohnküche leben, so versuchen sie auch hier alle Nahrungsmittel in einem Schrank oder hinter einem Vorhang zu verbergen.

Achten Sie auch bei der Arbeit (im Büro) darauf, daß Ihre Kollegen nicht Nahrungsmittel in Ihrer Nähe aufbewahren oder stehen lassen.

4. Führen Sie den Test zur Selbstkontrolle durch, den wir Ihnen mitschicken. Bewahren Sie diesen Test gut auf, damit wir nach der Behandlung Ihr Ergebnis sehen können. Im Moment dient dieser Test nur Ihrer eigenen Selbstüberprüfung.

5. Die Unterlagen für die 4. Behandlungswoche bekommen ^{Sie} am Ende dieser Woche zugeschickt.

6. Sagen Sie uns bitte rechtzeitig Bescheid, wenn Sie einmal für ein paar Tage verreisen. Wir können Ihnen dann die Unterlagen an Ihren Aufenthaltsort nachschicken.

Name:

Datum:

Kontroll-Nr.:

Schwierigkeitschätzung der Verhaltensregeln: I

Sie sollten in der abgelaufenen Behandlungswoche täglich die Verhaltensregeln 1 - 4 befolgen. Wir möchten daher nach Abschluss dieser Woche wissen, wie schwierig es Ihnen tatsächlich gefallen ist, diese Verhaltensregeln zu befolgen.

1 2 3 4 5
sehr leicht leicht mittel schwer sehr schwer

Benützen Sie diese Einstufungen, wenn Sie die 4 Verhaltensregeln daraufhin einschätzen sollen, wie schwer es Ihnen in der vergangenen Woche gefallen ist, das durch die Regeln geforderte Verhalten durchzuführen.

- 1) Informieren Sie möglichst viele (mindestens 3) Bekannte, Freunde, Berufskollegen darüber, dass Sie eine Abmagerungskur durchführen! 2 3 4 5
- 2) Bestimmen Sie für sich zu Hause für alle Ihre Mahlzeiten einen festen Essplatz und essen Sie von heute an nur noch an diesem Platz! 3 4 5
- 3) Vermeiden Sie absolut alle Nebentätigkeiten während des Essens! Einzige Ausnahme: Gespräche bei Tisch. 2 3 4 5
- 4) Bewahren Sie alle Nahrungsmittel nur an einem Ort: möglichst in der Küche, auf! Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von allen anderen Plätzen in der Wohnung weg. Zusätzlich: Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von Ihrem Arbeitsplatz weg! 2 3 4 5

Verhaltensregeln in der 3. Behandlungswoche

Alle Verhaltensregeln, die im Laufe unserer Behandlung eingeführt werden, sollen von Ihnen durchgeführt und gelernt werden. D.h.: Sie sollen dadurch jene Essverhaltensweisen, die zum Dicksein geführt haben, durch andere, "normale" Verhaltensgewohnheiten ersetzen und dadurch Selbstkontrolle des Essens lernen. Alle diese neuen Verhaltensweisen sollen in Ihrem üblichen Tagesablauf durchführbar sein und ihren dauerhaften Platz finden. Wichtig ist aber: Halten Sie sich in jedem Fall an die Regeln und führen Sie das entsprechende Verhalten durch.

Instruktionen

In dieser 3. Behandlungswoche sollen Sie 4 für die Therapie und Ihr Essverhalten grundlegende Verhaltensregeln kennenlernen und einhalten. Das Befolgen dieser 4 Regeln wird Ihnen helfen, sich selbst als jemanden zu sehen, der jetzt bewusst das Problem "zu viel essen" und "Dicksein" selbst angeht und es zu kontrollieren lernt. Voraussetzung ist, dass Sie versuchen, das entsprechende Verhalten in dieser Woche konsequent durchzuführen. Wenn Sie die 4 Regeln einhalten, kontrollieren Sie bereits einen wichtigen Teil Ihres Essverhaltens.

Verhaltensregeln

- 1) Informieren Sie möglichst viele (mindestens 3) Bekannte, Freunde, Berufskollegen darüber, dass Sie eine Abmagerungskur durchführen!
- 2) Bestimmen Sie für sich zu Hause für alle Ihre Mahlzeiten einen festen Essplatz und essen Sie von heute an nur noch an diesem Platz!
- 3) Vermeiden Sie absolut alle Nebentätigkeiten während des Essens: (Einzige Ausnahme: Gespräche bei Tisch.)
- 4) Bewahren Sie alle Nahrungsmittel nur an einem Ort (möglichst in der Küche) auf! Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von allen anderen Plätzen in der Wohnung weg. Zusätzlich: Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von Ihrem Arbeitsplatz weg!

Zu 1: Sie sollten Ihren Entschluss, eine Abmagerungskur durchzuführen, öffentlich bekanntmachen, d.h., mit solchen Personen darüber reden, mit denen Sie desöfteren zusammen sind oder sogar zusammen essen. Es sollte sicher sein, dass diese Personen Sie von Zeit zu Zeit ermuntern, im Abmagerungsprogramm weiter durchzuhalten.

Zum anderen sollten Sie sich anderen Leuten gegenüber in einer "neuen sozialen Rolle" präsentieren, nämlich als eine(r), die (der) einen bestimmten Bereich des Lebens verändern will und sich dabei durch diese anderen Leute kontrollieren lassen will. Eine derartige Fremdkontrolle ist nötig und gerade am Anfang sehr hilfreich. Also: Informieren Sie möglichst viele (mindestens 3) Bekannte, Freunde, Berufskollegen darüber, dass Sie eine Abmagerungskur durchführen.

Zu 2: Sie sollen lernen zu unterscheiden zwischen der Gelegenheit zu essen und der Gelegenheit nicht zu essen. Diese Unterscheidung wird aufgrund der räumlichen Gegebenheiten getroffen: Wenn Sie etwas essen oder trinken wollen, dürfen Sie es nur an diesem Platz tun. Wenn Sie aus irgend welchen

Gründen diesen Platz nicht aufsuchen können, dürfen Sie nichts essen oder trinken. Der Platz sollte möglichst nicht in der Küche sein.

Wir wissen aus der Forschung, dass eine derartige räumliche Beschränkung der Möglichkeit zu essen ein wichtiger und sehr wirkungsvoller Bestandteil des Erlernens der Selbstkontrolle ist. Also: Bestimmen Sie für sich zu Hause für alle Ihre Mahlzeiten einen festen Essplatz und essen Sie von heute an nur noch an diesem Platz!

Zu 3: Nebentätigkeiten, die mit dem Essen und Trinken nichts zu tun haben, führen häufig dazu, dass die Konzentration vom Essen abgelenkt wird und man gar nicht mehr merkt, wie viel man nebenbei gegessen und getrunken hat. Man wird also sehr leicht zu viel essen.

Wenn Sie essen, dann konzentrieren Sie sich auf das Essen und seinen Geschmack und vermeiden Sie jede Ablenkung. Das Essen und Trinken wird so zu einer in einem bestimmten Augenblick bewusst durchgeführten Tätigkeit, die unter Ihrer Kontrolle ist. Also: Vermeiden Sie alle Nebentätigkeiten während des Essens, wie z.B. Fernsehen, Zeitunglesen, Handarbeiten, Telefonieren, Musikhören. Sie können sich aber mit anderen Personen unterhalten.

Zu 4: Der Anblick von Nahrungsmitteln (Obst, Süßigkeiten, Brot, Getränke) verführt in der Regel zum sofortigen Essen oder sogar Aufessen, bis nichts mehr da ist. Je mehr und je häufiger man etwas Essbares und Trinkbares sieht, desto mehr isst und trinkt man.

Dieses "automatische Essen" können Sie nur kontrollieren, wenn Sie den Anblick von etwas Essbarem weitgehendst vermeiden können. Also: Bewahren Sie alle Nahrungsmittel nur an einem Ort auf (möglichst in der Küche)! Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von anderen Plätzen in der Wohnung weg. Räumen Sie auch von Ihrem Arbeitsplatz alle erreichbaren Nahrungsmittel weg.

Lernprogramm

Machen Sie jetzt die Augen zu und sagen Sie die 4 Verhaltensregeln aus dem Gedächtnis auf.

Lernen Sie die 4 Verhaltensregeln so lange, bis Sie sie auswendig sagen können.

Legen Sie sich täglich Rechenschaft ab, ob Sie die 4 Verhaltensregeln tatsächlich befolgt haben.

Versuchen Sie mögliche auftretende Schwierigkeiten so zu meistern, dass die Verhaltensregeln in der Weise wirksam bleiben, wie oben beschrieben.

Bewahren Sie diese 4 Verhaltensregeln gut auf.

Test zur Selbstkontrolle (in der 3. Behandlungswoche)

Sie sind in einer Behandlung des Übergewichts, in der Sie die Kontrolle Ihres Essverhaltens erlernen wollen. Sie haben in der 3. Behandlungswoche vier Verhaltensregeln bekommen, die Sie täglich befolgen sollen, d.h. Sie sollen sich in Ihrem üblichen Tagesablauf diesen Regeln entsprechend verhalten. Das tägliche Üben dieser Verhaltensregeln führt schließlich im Laufe der Behandlung zu einer sehr verbesserten Selbstkontrolle des Essens und damit zu einer dauerhaften Gewichtsabnahme. Sie werden gerade zu Beginn dieser Behandlung auf die vielleicht etwas ungewohnten Therapiemaßnahmen sehr unterschiedlich reagieren: dem Einen fällt es leicht sich umzustellen, er kann die Regeln leicht befolgen; der Andere hat Schwierigkeiten auf Grund seines Berufs, die Regeln einzuhalten, wieder ein Anderer meint, daß diese oder jene Regel sinnlos ist, und so weiter.

Alle diese Reaktionen mögen gerechtfertigt sein. Wir wissen, daß gerade zu Anfang der Behandlung solche Unterschiede auftreten, daß der Eine besser zurechtkommt als der Andere. Aber: es ist wichtig zu wissen, daß diese Unterschiede noch nichts über den Therapieerfolg des Einzelnen aussagen. Wenn einer jetzt noch nicht klar kommt, so kann er dennoch im weiteren Verlauf sehr gute Fortschritte machen.

Entscheidend für das Erlernen der Selbstkontrolle ist, daß man jederzeit selbst weiß, wo man steht. D.h., daß man sich selbst überprüft, wie gut man die gesetzten Ziele erreicht.

Zu diesem Zweck sollten Sie einen Test zur Selbstkontrolle in der 3. Behandlungswoche durchführen.

Machen Sie also folgendes:

- 1) Bestimmen Sie für das Wochenende einen Tag, an dem Sie diesen Test durchführen wollen (Freitag, Samstag oder Sonntag dieser Woche).
- 2) Nehmen Sie sich für diesen Tag vor, die Regeln besonders gut zu befolgen, und beobachten Sie sich selbst genau dabei.
- 3) Am Abend dieses Tages bewerten Sie sich für Ihre Tagesleistung mit Punkten, und zwar wie folgt:

Punkte

Befolgen der 1. Regel ("mindestens 3 Personen informieren")

- | | |
|--|---|
| a) ich habe in dieser Woche bisher nur eine Person oder gar keine informiert | 0 |
| b) ich habe in dieser Woche bisher zwei Personen informiert | 1 |
| c) ich habe in dieser Woche bisher drei oder mehr Personen informiert | 2 |

Befolgen der 2. Regel ("zu Hause festen Essplatz bestimmen und nur dort essen")

- | | |
|---|---|
| a) ich habe heute den festen Essplatz bei meinen Nahrungsaufnahmen überwiegend nicht aufgesucht | 0 |
| b) ich habe heute den festen Essplatz bei meinen Nahrungsaufnahmen überwiegend aufgesucht | 1 |

folgen der 3. Regel ("keine Nebentätigkeiten beim Essen") Punkte

- ich habe heute beim Essen überwiegend doch Nebentätigkeiten durchgeführt 0
- ich habe heute beim Essen überwiegend keine Nebentätigkeiten durchgeführt 1
- ich habe heute beim Essen keine Nebentätigkeiten durchgeführt 2

folgen der 4. Regel ("alle Nahrungsmittel nur an einem Ort in der Wohnung (Küche!) aufbewahren")

- ich habe heute verschiedene (mehr als ein) Nahrungsmittel noch an anderen Orten in der Wohnung stehen 0
- ich habe heute nur ein Nahrungsmittel noch an anderen Orten in der Wohnung stehen 1
- ich habe heute alle Nahrungsmittel nur an einem Ort (in der Küche) aufbewahrt 2

die 4 Verhaltensregeln auswendig wissen (sagen Sie die Regeln jetzt auswendig auf!)

- ich kann nur eine oder zwei Regeln sagen 0
- ich kann drei Regeln sagen 1
- ich kann alle 4 Regeln sagen 2

Kaloriengrenze einhalten

- ich habe die Kaloriengrenze heute überschritten 0
- ich bin heute um mehr als 500 Kalorien unter der Grenze geblieben 1
- ich habe heute die Kaloriengrenze nicht überschritten und bin auch nicht um mehr als 500 Kalorien darunter geblieben 2

Rechnen Sie Ihre Gesamtpunktzahl aus, indem Sie die erreichten Punkte zusammenzählen.

Gesamtpunktzahl: Punkte

Wenn Sie 8 oder mehr Punkte erreicht haben, dann haben Sie die positive Erfahrung gemacht, daß Sie Ihr EBverhalten schon gut kontrollieren konnten. Das ist eine gute Voraussetzung für die weitere Therapie. Wenn Sie weniger als 8 Punkte erreicht haben, dann sollten Sie nicht mutlos werden, sondern den Test morgen wiederholen.

Merken Sie sich, bei welchen Regeln Sie viele Punkte gemacht haben und bei welchen Regeln Sie wenig Punkte gemacht haben. Die einen sollten Sie gleichermaßen gut weiterbefolgen; die anderen sollten Sie verstärkt üben.

Eine korrekte Selbstüberprüfung wird Ihren Therapiefortschritt erleichtern.

6. Information zur Therapie des Übergewichts

ehr geehrte Frau

ehr geehrter Herr

- Diese Unterlagen sind für die 4. Behandlungswoche gedacht. In dieser Woche werden weitere 5 Verhaltensregeln in das Therapieprogramm aufgenommen. Sehen Sie sich dazu bitte die Erläuterungen auf dem Blatt "Verhaltensregeln in der 4. Behandlungswoche" an.
- In Bezug auf die in der 3. Behandlungswoche für Sie individuell festgesetzte Kalorienhöchstgrenze sollten Sie folgendes beachten: Sie sollten versuchen sie nicht zu überschreiten, und zwar auf Grund veränderter oder neuer Essverhaltensweisen, die Sie während der Behandlung einüben und sich aneignen werden.
Gerade zu Beginn der Behandlung kann es vorkommen, daß Sie die Höchstzahl einmal überschreiten. Dies sollten Sie dann natürlich auch in die EBkarte so eintragen, damit wir sehen können, warum und wo Schwierigkeiten auftreten.
- Auf jeden Fall sollten Sie große tägliche Schwankungen in der Kalorienaufnahme vermeiden. Versuchen Sie also, täglich im Bereich der Kaloriengrenze zu bleiben. Sie werden dann weiterhin abnehmen können.
- Füllen Sie auch in dieser Woche so gut wie bisher die täglichen EB- und Bewegungskarten aus. Sie selbst werden schon gemerkt haben, wie wichtig diese Art der täglichen Selbstkontrolle ist, auch wenn es manchmal schwer fallen mag. Die Beobachtungskarten für diese Woche legen wir Ihnen bei.
- In der Anlage finden Sie auch wieder die Formulare, die Sie nach Beendigung dieser Behandlungswoche am Sonntag wie gewohnt ausfüllen und bitte an uns zurückschicken. Schicken Sie auch die 7 Bewegungskarten mit.

Information: - II. Teil

Ihr geehrte Frau
Ihr geehrter Herr

Sie erhalten hiermit unsere Zusatzinformation für das Behandlungsprogramm in der 4. Behandlungswoche. Sollten Sie außerdem noch Schwierigkeiten oder Fragen zur Durchführung der Therapieschritte haben, so rufen Sie uns während der telefonischen Sprechstunde, donnerstags von 18-20 Uhr an.

Hinweise zu den Verhaltensregeln 5-9

Ein jeder von Ihnen wird bei dieser oder jener Regel Schwierigkeiten in der konsequenten Befolgung haben. Sie sollten sich dadurch nicht entmutigen lassen, sondern weiterhin versuchen, die Regeln entsprechend ihrem Wortlaut in Ihr Eßverhalten einzubeziehen.

Richten Sie sich also in allen Situationen nach diesen Regeln! Warum ist es so wichtig, daß Sie die Regeln ohne Ausnahme befolgen? Sie sind in der jetzigen Phase der Behandlung dabei, gewisse grundlegende Eßverhaltensweisen + Kontrollen zu erlernen und damit alte Gewohnheiten zu ersetzen. Dies kann nur dann erfolgreich funktionieren, wenn die neuen Verhaltensregeln gerade zu Beginn ausnahmslos und konsequent befolgt werden.

Sie werden bei Befolgen der Regeln neue Erfahrungen machen, die Ihnen zeigen, wie man das eigene Eßverhalten unter Kontrolle bringen kann, und es sind diese Erfahrungen und Erkenntnisse, die das weitere Umlernen gut fördern.

Sie werden sicherlich den Sinn der Verhaltensregeln einsehen; wichtig ist aber, daß Sie sich entsprechend verhalten. Der Therapieerfolg hängt davon ab, wie gut Sie diese Regeln befolgen können.

Wir möchten Ihnen jetzt noch zwei allgemeine Ratschläge geben: Sie müssen besonders "kritische" Situationen selbst erkennen und auch in diesen Situationen die Regeln befolgen, indem Sie die Regeln den Situationen und Umständen anpassen.

Sie sollten sich nicht durch spöttische, geringschätzige oder unsachliche Bemerkungen anderer Personen beirren lassen.

Sie haben das Ziel, Ihr Übergewicht zu verlieren. Daher haben Sie sich entschlossen, diese Behandlung zu machen; das ist momentan das wichtigste für Sie. Bleiben Sie bei Ihrem Entschluß und geben Sie anderen Personen diese sachliche Erklärung dafür, warum Sie sich beim Essen einschränken und anders verhalten.

Regel 5: Seit viele von Ihnen werden es für undurchführbar halten, 5 Zeitpunkte für Mahlzeiten festzulegen. Dies betrifft insbesondere diejenigen von Ihnen, die freiberuflich tätig sind, viel außer Haus essen oder viel umherfahren. Auch Ihnen sollte es aber am Tag vorher möglich sein, 5 Esszeiten für den nächsten Tag festzulegen.

Der Vorteil der "verteilten Nahrungsaufnahme" für das Abnehmen ist so groß, daß wir ihn nicht aus der Hand geben sollten!

Im Sinn dieser Regel ist es, bis zu drei Nebenmahlzeiten zu haben. Diese Nebenmahlzeiten kann man jederzeit gut einhalten, wenn man sich morgens etwas zu diesen kleinen Nebenmahlzeiten mitnimmt oder sich schnell etwas kauft. Doch wenn Sie viel beschäftigt sind und bisher nur 2 oder 1 Mahlzeiten eingehalten haben, werden Sie die Zeit haben, diese kleinen Nebenmahlzeiten zu den festgesetzten Zeiten einzunehmen.

Essen Sie auch dann zu den von Ihnen festgelegten Zeiten, wenn Sie keinen Hunger haben! Sie sollen ja gerade das Hungergefühl vermeiden.

Wenn Sie die Regel wirklich nicht befolgen können, dann legen Sie zunächst Zeitpunkte für 3 oder 4 Mahlzeiten fest. Informieren Sie uns darüber.

Regel 6 - 7: Wir wissen, daß übergewichtige Personen im Gegensatz zu normalgewichtigen Personen zu schnell essen. Diese Regeln führen dazu, daß Sie langsamer und damit weniger essen, bis das Sättigungsgefühl Ihr Essen beendet. Auch bei Ihnen ist dieser Regulationsmechanismus wirksam; Sie werden es bemerken, wenn Sie die Regeln befolgen. Es ist nicht so, daß Sie schneller wieder Hunger bekommen, weil Sie auf diese Art weniger gegessen haben.

Regel 8 - 9: Durch das Befolgen dieser Regeln lernen Sie, bei Anblick der Speisen dennoch nicht zu essen oder zu trinken. Es ist gerade diese Kontrolle, die jenen Leuten fehlt, die zuviel essen. Also: halten Sie sich an die Regeln, auch wenn es zu Anfang ungewohnt ist und schwer fällt. Sie könnten den Einwand haben, daß während der 2 Minuten-Pause das warme Essen kalt wird; erhitzen Sie dann die Teller im Ofen oder holen Sie das gebratene Steak erst später aus der Küche.

Überbrücken Sie die Esspausen mit Gesprächen. Benutzen Sie die Pausen, um zu überlegen, welche Regeln Sie sonst noch beachten sollen. Nehmen Sie in jeder Pause einen "neuen Anlauf", die Regeln zu befolgen!

Wenn Sie die 2-Min.-Regel nicht einhalten können, dann versuchen Sie zunächst 1 Minute, dann 1 1/2 Minuten und schließlich wieder 2 Minuten das Essen zu unterbrechen. Informieren Sie uns darüber.

Machen Sie bitte wieder am Ende der Woche den Test zur Selbst-
kontrolle.

Sie haben bisher die Eß- und Bewegungskarten sehr gut ausgefüllt. Sie sollten diese Maßnahme zur Selbstüberprüfung weiterhin so gut beibehalten, denn diese Art der Selbstbeobachtung trägt viel zu dem endgültigen Therapieerfolg bei.

Mit freundlichen Grüßen

Verhaltensregeln in der 4. Behandlungswoche

Sie haben in der 3. Behandlungswoche vier für die Therapie grundlegende Verhaltensregeln zum Aufbau der Selbstkontrolle kennengelernt und versucht, Ihr Verhalten entsprechend zu verändern.

Die ersten vier Verhaltensregeln führen zu einer verbesserten situationalen Kontrolle des Essens (und Trinkens), d.h. Sie haben die begleitenden Umstände verändert bzw. in die Situation, in der Sie vorzugsweise essen, Veränderungen eingeführt und werden so das Essen und Trinken selbst besser bestimmen können. Richten Sie sich in Ihrem Verhalten auch im weiteren Verlauf der Behandlung nach diesen Regeln, denn nur das konsequente Durchführen sichert den Therapieerfolg, den Sie erzielen wollen: Selbstkontrolle des Essens und damit dauerhafte Verminderung des Gewichts.

Instruktionen:

In dieser 4. Behandlungswoche sollen Sie zusätzlich fünf Verhaltensregeln kennenlernen und einhalten, die den Vorgang der Nahrungsaufnahme selbst betreffen.

Ein wichtiger Unterschied zwischen Übergewichtigen und normalgewichtigen Personen besteht darin, daß die Übergewichtigen unregelmäßig essen, in der zweiten Tageshälfte zuviel essen und während der Mahlzeit zu schnell essen.

Durch das konsequente Befolgen der fünf neuen Verhaltensregeln werden Sie im Laufe der Therapie eine sehr verbesserte zeitliche Kontrolle der Nahrungsaufnahmen (Essen und Trinken) erwerben und damit einen wichtigen Bestandteil Ihres Eßverhaltens günstig verändern.

Verhaltensregeln

Legen Sie Zeitpunkte für 5 tägliche Nahrungsaufnahmen fest (3 Hauptmahlzeiten + 2 Nebenmahlzeiten oder 2 Hauptmahlzeiten + 3 Nebenmahlzeiten). Essen und trinken Sie von nun an fünfmal täglich und nur zu den von Ihnen festgelegten Zeitpunkten!

Nehmen Sie bei Ihren Mahlzeiten nur kleine Bissen (kleine Schlucke) bzw. nur kleine Portionen auf die Gabel!

Kauen Sie langsam und achten Sie auf den Geschmack der verschiedenen Speisen (und Getränke)!

Legen Sie das Besteck während jeder Mahlzeit mindestens fünfmal aus der Hand und warten Sie etwa 15 Sekunden, bis Sie es wieder aufnehmen und weiteressen!

Machen Sie während jeder Nahrungsaufnahme (Essen oder Trinken) nach den ersten Bissen eine Pause von 2 Minuten, während der Sie nichts essen oder trinken!

5: Sie sollten die fünf Zeitpunkte so wählen, daß der Zeitraum zwischen zwei Nahrungsaufnahmen nicht kleiner als 2 Stunden und nicht größer als 4 Stunden ist.

Regelmäßigkeit der Nahrungszufuhr und gleichmäßige Verteilung der Kalorien über den Tag ist eine wichtige Voraussetzung für eine optimale Gewichtsverminderung, da die durch die Nah-

zung zugeführte Energie (Kalorien) sehr viel besser verstoffwechselt wird, also nicht als Fettdotpot gelagert wird. Außerdem vermeiden Sie starke Hungergefühle.

Durch das Befolgen dieser Regel lernen Sie, nur noch zu dem Zeitpunkt zu essen, an dem Sie es sich vorgenommen haben. Damit können Sie auch lernen, das "Unmittelbar-essen-wollen" durch das Hinauszögern des Essens zu ersetzen. Also: Legen Sie Zeitpunkte für 5 tägliche Nahrungsaufnahmen fest. (3 Hauptmahlzeiten + 2 Nebemahlzeiten oder 2 Hauptmahlzeiten + 3 Nebemahlzeiten). Essen und trinken Sie von nun an fünfmal täglich und nur zu den von Ihnen festgelegten Zeitpunkten!

- 6: Das Gefühl der Sättigung (durch die Verdauung der Nahrungsmittel) tritt erst einige Zeit nach dem Essen auf. Wenn Sie schnell essen, werden Sie daher mehr essen, bis dieses Sättigungsgefühl Ihr Essen beendet.
- 7:

Durch das Befolgen der Regeln 6 und 7 lernen Sie den EBvorgang zeitlich zu verlängern, so daß das Sättigungsgefühl Ihre Nahrungsaufnahme besser beeinflusst. Das Sättigungsgefühl ist ein wichtiger Regulator des Essens und des Gewichts. Also: Nehmen Sie bei Ihren Mahlzeiten nur kleine Bissen (kleine Schlucke) bzw. nur kleine Portionen auf die Gabel! Kauen Sie langsam und achten Sie auf den Geschmack der verschiedenen Speisen (Getränke)!

- 8
- 9: Auch diese beiden Regeln führen dazu, daß Sie lernen, den EBvorgang zeitlich auszudehnen. Zusätzlich erlernen Sie einen weiteren wichtigen Schritt: Sie machen die Erfahrung, daß es Ihnen beim Anblick der Mahlzeit möglich ist, das bisherige "automatische" Essen zu unterbrechen, auch wenn Sie noch etwas auf dem Teller haben. Sie lernen, daß Sie nicht mehr unbedingt in einem Zug zu Ende essen "müssen", Sie können beim Anblick des Essens abwarten. Also: Legen Sie das Besteck während jeder Mahlzeit mindestens fünfmal aus der Hand und warten Sie etwa 15 Sekunden, bis Sie es wieder aufnehmen und weiter essen! Machen Sie während jeder Nahrungsaufnahme (Essen oder Trinken) nach den ersten Bissen (Schlucken) eine Pause von 2 Minuten, während der Sie nichts essen oder trinken!

ernprogramm:

legen Sie dieses Papier aus der Hand und sagen Sie die fünf Regeln aus dem Gedächtnis auf. Lernen Sie die Regeln auswendig.

berprüfen Sie täglich, ob Sie diese Verhaltensregeln tatsächlich befolgt haben.

ersuchen Sie trotz aller möglichen Widerstände diese Regeln in allen Situationen konsequent zu befolgen.

ewahren Sie diese Regeln gut auf.

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

Schwierigkeitsschätzung der Verhaltensregeln: II

Sie sollten in der abgelaufenen Behandlungswoche täglich die Verhaltensregeln 5 - 9 befolgen. Wir möchten daher nach Abschluss dieser Woche wissen, wie schwer es Ihnen tatsächlich gefallen ist, diese Verhaltensregeln zu befolgen.

1	2	3	4	5
sehr leicht	leicht	mittel	schwer	sehr schwer

Benutzen Sie diese Einstufungen, wenn Sie die 4 Verhaltensregeln daraufhin einschätzen sollen, wie schwer es Ihnen in der vergangenen Woche gefallen ist, das durch die Regeln geforderte Verhalten durchzuführen. Kreuzen Sie jeweils die entsprechende Zahl an.

5. Legen Sie Zeitpunkte für 5 tägliche Nahrungsaufnahmen fest (3 Hauptmahlzeiten + 2 Nebenmahlzeiten oder 2 Hauptmahlzeiten + 3 Nebenmahlzeiten), Essen und trinken Sie von nun an 5x täglich und nur zu den von Ihnen festgelegten Zeitpunkten!

1 2 3 4 5

6. Nehmen Sie bei Ihren Mahlzeiten nur kleine Bissen (kleine Stücke) bzw. nur kleine Portionen auf die Gabel!

1 2 3 4 5

7. Kauen Sie langsam und achten Sie auf den Geschmack der verschiedenen Speisen (Getränke)!

1 2 3 4 5

8. Legen Sie das Besteck während jeder Mahlzeit mindestens 5 x aus der Hand und warten Sie etwa 15 Sekunden, bis Sie es wieder aufnehmen und weiter essen!

1 2 3 4 5

9. Machen Sie während jeder Nahrungsaufnahme (Essen oder Trinken) nach dem ersten Bissen (Schlucken) eine Pause von 2 Minuten, während der Sie nichts essen oder trinken!

1 2 3 4 5

Test zur Selbstkontrolle (in der 4. Behandlungswoche)

entscheidend für das Erlernen der Selbstkontrolle ist, daß man jederzeit selbst weiß, wo man steht. D.h., daß man sich selbst überprüft, wie gut man die gesetzten Ziele erreicht.

Zu diesem Zweck sollten Sie einen Test zur Selbstkontrolle in der 4. Behandlungswoche durchführen.

Machen Sie also folgendes:

- 1) Bestimmen Sie für das Wochenende einen Tag, an dem Sie diesen Test durchführen wollen (Freitag, Samstag oder Sonntag dieser Woche).
- 2) Nehmen Sie sich für diesen Tag vor, die Regeln besonders gut zu befolgen, und beobachten Sie sich selbst genau dabei.
- 3) Am Abend dieses Tages bewerten Sie sich für Ihre Tagesleistung mit Punkten, und zwar wie folgt:

Ich habe die Regel heute bei meinen Nahrungsaufnahmen überwiegend nicht befolgt: 0 Punkte

Ich habe die Regel heute bei meinen Nahrungsaufnahmen überwiegend befolgt: 1 Punkt

Ich habe die Regel heute bei meinen Nahrungsaufnahmen vollständig befolgt: 2 Punkte

Markieren Sie sich für jede Regel die entsprechende Punktzahl, indem Sie die zutreffende Zahl ankreuzen.

<u>Erfolgen der 5. Regel ("Zeitpunkte für 5 Mahlzeiten festlegen und nur dann essen")</u>	Punkte
	0 1 2

<u>Erfolgen der 6. Regel ("Nur kleine Bissen bzw. kleine Portionen auf die Gabel nehmen")</u>	0 1 2
---	-------

<u>Erfolgen der 7. Regel ("Langsam kauen und auf Geschmack achten")</u>	0 1 2
---	-------

<u>Erfolgen der 8. Regel ("Besteck 5mal aus der Hand legen und 15 Sekunden warten")</u>	0 1 2
---	-------

<u>Erfolgen der 9. Regel ("Bei jeder Nahrungsaufnahme eine Pause von 2 Minuten machen")</u>	0 1 2
---	-------

Kaloriengrenze einhalten

Ich habe die Kaloriengrenze heute überschritten 0

Ich bin heute um mehr als 500 Kalorien unter der Grenze geblieben 1

Ich habe heute die Kaloriengrenze nicht überschritten und bin auch nicht um mehr als 500 Kalorien darunter geblieben 2

Rechnen Sie Ihre Gesamtpunktzahl aus, indem Sie die erreichten Punkte zusammenzählen.

Gesamtpunktzahl: . . . Punkte

Wenn Sie 8 oder mehr Punkte erreicht haben, dann haben Sie die positive Erfahrung gemacht, daß Sie Ihr Eßverhalten schon gut kontrollieren konnten. Das ist eine gute Voraussetzung für die weitere Therapie. Wenn Sie weniger als 8 Punkte erreicht haben, dann sollten Sie nicht mutlos werden, sondern den Test morgen wiederholen.

Merken Sie sich, bei welchen Regeln Sie viele Punkte gemacht haben und bei welchen Regeln Sie wenig Punkte gemacht haben. Die einen sollten Sie gleichermaßen gut weiterbefolgen; die anderen sollten Sie verstärkt üben.

Eine korrekte Selbstüberprüfung wird Ihren Therapiefortschritt erleichtern.

Heben Sie diese Testformulare gut auf. Am Ende der Behandlung sollten Sie uns dann die Ergebnisse Ihrer Tests mitteilen.

7. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

- 1) Diese Unterlagen sind für die 5. Behandlungswoche. Beachten Sie bitte, dass eine jede Behandlungswoche immer am Montag beginnt und am Sonntag endet. Die Ess- und Bewegungskarten einer Woche sind immer in einer Farbe, die sich von den Farben der vorhergehenden und nachfolgenden Behandlungswoche unterscheidet.
- 2) Sofern Sie die ärztliche Bescheinigung bzw. die Kautionscheinung noch nicht beigebracht haben, bitten wir Sie, dies jetzt umgehend zu tun.
- 3) Füllen Sie bitte die täglichen Ess- und Bewegungskarten mit der gleichen Sorgfalt wie bisher aus. Diese täglichen Registrierungen sind nach wie vor ein wesentlicher Bestandteil der Therapie, nämlich als Kontrolle der Wirksamkeit der Therapieschritte für uns und als Instrument der Selbstbeurteilung für Sie. Füllen Sie am kommenden Sonntag die Fragebogen wie üblich aus und schicken Sie sie an das IFT.
- 4) Als Therapieunterlagen finden Sie in der Anlage die Verhaltensregeln in der 5. Behandlungswoche. Lesen Sie diese Unterlagen genau durch und richten Sie Ihr Verhalten auch nach diesen Regeln. Das Befolgen der Verhaltensregeln der 3., 4. und 5. Behandlungswoche zusammen ist die entscheidende Grundlage dafür, das Therapieziel der Selbstkontrolle des Essverhaltens und damit der dauerhaften Gewichtsverminderung zu erreichen.
Nach Beendigung dieser 5. Behandlungswoche werden Sie eine zweite Phase unserer Therapie erfolgreich bewältigt haben. Das Ziel dieser zweiten Phase ist es, durch das konsequente Befolgen der Verhaltensregeln 1 - 13 eine grundlegende und verbesserte Kontrolle des Essens selbst und der Umstände beim Essen zu erzielen. Sie werden durch das Befolgen dieser Regeln neue Erfahrungen gemacht haben. Sie werden bemerkt haben, dass Sie sich bei jeder Nahrungsaufnahme sehr viel besser beobachten, dass Sie die Menge dessen, was Sie essen, besser einschränken können und dass Sie plötzlichen Essimpulsen nicht mehr so leicht nachgeben. Sie können Ihre individuelle Kaloriengrenze besser einhalten. Wenn Sie diese Erfahrungen gemacht haben, ist das für uns und für Sie ein sicheres Ziel dafür, dass Sie schon ein entscheidendes Mass an Selbstkontrolle erlernt haben!
Wir können dann mit unseren weiteren Therapieschritten darauf aufbauen.

Mit freundlichen Grüssen

Information: II. Teil

: geehrte Frau
: geehrter Herr

Wir geben Ihnen hiermit unsere Zusatzinformation für die 5. Behandlungswoche. Benutzen Sie ansonsten auch unsere telefonische Sprechstunde donnerstags zwischen 18.00 - 20.00 h.

Allgemeine Hinweise zu den Verhaltensregeln:

Es hat sich bei Ihnen wahrscheinlich herausgestellt, dass das Befolgen der Regeln in einigen Situationen (z.B. zu Hause) gut geht, in anderen Situationen (z.B. am Arbeitsplatz, bei Einladungen, an Wochenenden) aber nicht oder nur manchmal möglich scheint. Wenn das so ist, dann haben Sie schon einen wichtigen Schritt getan: Sie sind sich darüber klar, unter welchen Bedingungen Sie besondere Schwierigkeiten haben, Ihr Essverhalten zu kontrollieren. Im Sinne unserer Therapie ist es nun, dass Sie gerade in den schwierigen Situationen die Regeln sinngemäß befolgen. Es ist erfahrungsgemäss so, dass Sie aus der Bewältigung schwieriger Situationen für Ihre Therapie am meisten lernen. Versuchen Sie also bitte, die Verhaltensregeln Ihrem Tageslauf anzupassen und dann konsequent zu befolgen.

Hinweise zu den Verhaltensregeln 10 - 13

Regel 10:

Erfahrungsgemäss fällt das Einhalten dieser Regel leicht; viele von Ihnen werden sich schon entsprechend verhalten haben. Wenn Sie den Tisch für Ihre Familie oder Gäste decken, sollten Sie sich schon das, was Sie essen wollen, auf den Teller legen.

Regel 11:

Sie sollten etwa auf 50 - 100 Kalorien genau schätzen lernen. Sie sollten sich genau beobachten, ob Sie häufiger über- oder unterschätzen. Im weiteren Verlauf werden Sie diese wichtige Fähigkeit des Kalorienschätzens noch sehr gut lernen.

Regel 12:

Sie sollten auch bei kleinen Nebenmahlzeiten einen kleinen Rest übrig lassen (z.B. einen Löffel Joghurt). Wichtig ist es eben, möglichst häufig zu üben, mit dem Essen aufzuhören, wenn noch etwas

zum Essen da ist (dies lernen Sie auch durch die Pausen, die Sie während der Mahlzeiten machen).

Auch wenn Sie nur wenig essen: lassen Sie ein wenig übrig. Sehr kalorienhaltige Sachen (Pommes frites, reines Fett, Bier usw.) sollte man nicht nur übrig lassen, sondern ohne Bedenken wegwerfen. Andere Reste können Sie verschenken oder für die nächste Mahlzeit aufheben.

Regel 13:

Sie können die Esssituation auch dann beenden, wenn Sie mit mehreren Personen am Tisch sitzen, indem Sie den Teller wegstellen. Ansonsten sollten Sie so langsam essen, dass Sie als Letzter fertig werden und der Tisch abgeräumt werden kann.

Machen Sie bitte wieder den kleinen Test zur Selbstkontrolle.

Mit freundlichen Grüßen

Verhaltensregeln in der 5. Behandlungswoche

Sie haben in der 3. und 4. Behandlungswoche die Verhaltensregeln 3 - 9 zur situativen und zeitlichen Kontrolle des Essens (und Trinkens) kennengelernt und befolgt. Befolgen Sie diese Regeln auch im weiteren Verlauf der Therapie.

Instruktionen:

In dieser 5. Behandlungswoche werden zusätzlich 4 Verhaltensregeln in das Therapieprogramm aufgenommen, die insgesamt zu einer verbesserten mengenmässigen Kontrolle des Essens (und Trinkens) führen. (Betrachten Sie diese vier neuen Regeln als "Tischsitten", die Ihnen ein "anständiges" Essen ermöglichen.)

Es ist wichtig zu wissen, 1. dass übergewichtige Personen in Ihrem Essverhalten sehr viel mehr durch den Anblick und Geruch von Nahrung beeinflusst werden als normalgewichtige Personen; d.h. wenn übergewichtige Nahrungsmittel sehen oder riechen, dann haben sie einen starken Drang, sofort und vollständig alles zu essen. Es ist 2. so, dass übergewichtige Personen sehr viel schlechter abschätzen können, wieviel Nahrung ihr Organismus im Moment benötigt; d.h. sie neigen dazu, den Bedarf zu überschätzen und essen daher zu viel.

Durch das konsequente Befolgen der Verhaltensregeln 10 - 13 werden Sie auch diesen Bereich des Essverhaltens besser beherrschen lernen.

Verhaltensregeln:

- 10: Entscheiden Sie sich vor jeder Mahlzeit, wieviel Sie essen und trinken wollen und stellen Sie dann nur soviel auf den Tisch (entsprechend: nehmen Sie sich dann nur soviel auf den Teller oder ins Glas; nehmen Sie sich nur soviel für Nebenmahlzeiten mit).
 - 11) Schätzen Sie unmittelbar vor Beginn Ihrer Mahlzeit den Kaloriengehalt dessen ein, was Sie essen und trinken wollen bzw. was Sie auf dem Teller (im Glas) haben.
 - 12) Lassen Sie bei jeder Mahlzeit einen kleinen Rest (mindestens einen Bissen oder Schluck) übrig, den Sie nicht mehr essen oder trinken.
 - 13) Räumen Sie unmittelbar nach Beendigung des Essens alles Geschirr und alle Nahrungsmittelreste und Getränke weg.
- Zus. 0: Wichtig ist, dass Sie die Nahrungsmenge schon vor dem eigentlichen Essen kontrollieren, denn der Appetit kommt bekanntlich mit dem Essen. Sie vermeiden so den Anblick überflüssiger Nahrung und werden nicht zum "Mehr-Essen" verführt.

~~Kann~~ ~~das~~ ~~Essens~~ ~~fait~~ ~~die~~ ~~Kontrolle~~ schwerer, Sie können sich also vor dem Essen besser einschränken. Während des Essens werden Sie dann nicht mehr die Befürchtung haben, dass Sie doch zu viel essen. Wenn Sie nur wenig auf den Tisch stellen, dann richten Sie es hübsch her und verteilen es über den ganzen Tisch.

Aiso: Entscheiden Sie sich vor jeder Mahlzeit, wieviel Sie essen und trinken wollen und stellen Sie dann nur soviel auf den Tisch (entsprechend: nehmen Sie sich dann nur soviel auf den Teller oder ins Glas; nehmen Sie sich nur soviel für Nebenmahlzeiten mit).

Zu 11: Für das Erlernen der Selbstkontrolle ist es wichtig, dass man vorher weiss, was man tun wird. Dazu gehört, dass Sie schon vor Beginn der Mahlzeit ohne dauerndes Nachschlagen im Kalorienzähler überblicken, wieviel Kalorien die Speise auf dem Teller hat.

Sie können dies lernen, indem Sie Ihre Schätzung vor der Mahlzeit mit der Kalorienzahl vergleichen, die Sie nach dem Essen errechnen und in die Esskarte eintragen. Sie sollen sich bei dieser Schätzung überlegen, welche Bestandteile Ihrer Mahlzeit besonders viel Kalorien haben (Alkohol, Fett, Mehl Speisen usw.).

Aiso: Schätzen Sie unmittelbar vor Beginn Ihrer Mahlzeit den Kaloriengehalt dessen ein, was Sie essen und trinken wollen bzw. was Sie auf dem Teller (im Glas) haben.

Zu 12: Durch diese Regel lernen Sie es, sich auch während des Essens einzuschränken und die Nahrungsmenge zu reduzieren. Sie lernen, trotz des Anblicks von Nahrung auf dem Teller mit dem Essen aufzuhören. Lassen Sie vorzugsweise die kalorienreichen Bestandteile Ihrer Nahrung (vgl. Regel 11) übrig. Wenn Sie zu Besuch sind, so können Sie mit dieser Regel das Nachliegen des Gastgebers verhindern.

Aiso: Lassen Sie bei jeder Mahlzeit einen kleinen Rest (mindestens einen Bissen oder Schluck) übrig, den Sie nicht mehr essen oder trinken.

Zu 13: Durch das Befolgen dieser Regel vermeiden Sie alle verführerischen Aufforderungsreize, nachdem Sie sich einmal entschlossen haben, nicht mehr weiter zu essen. Sie lernen, die Essenssituation endgültig zu beenden.

Im Restaurant sollten Sie die Teller abräumen lassen bzw. den Teller und die Serviette wegschieben.

Aiso: Räumen Sie unmittelbar nach Beendigung des Essens alles Geschirr und alle Nahrungsmittelreste und Getränke weg

Lernprogramm:

Legen Sie nun dieses Papier aus der Hand und sagen Sie die 4 Regeln aus dem Gedächtnis auf. Lernen Sie die Regeln auswendig.

Überprüfen Sie täglich, ob Sie diese Verhaltensregeln tatsächlich befolgt haben.

Versuchen Sie trotz aller möglichen Widerstände diese Regeln in allen Situationen konsequent zu befolgen.

Bewahren Sie die Regeln gut auf.

Name: Datum:

Kontroll-Nr.:

Schwierigkeitsschätzung der Verhaltensregeln: III

Sie sollten in der abgelaufenen Behandlungswoche täglich die Verhaltensregeln 10 - 13 befolgen. Wir möchten daher nach Abschluss dieser Woche wissen, wie schwer es Ihnen tatsächlich gefallen ist, diese Verhaltensregeln zu befolgen.

1	2	3	4	5
sehr leicht	leicht	mittel	schwer	sehr schwer

Benutzen Sie diese Einstufungen, wenn Sie die 4 Verhaltensregeln daraufhin einschätzen sollen, wie schwer es Ihnen in der vergangenen Woche gefallen ist, das durch die Regeln geforderte Verhalten durchzuführen, Kreuzen Sie jeweils die entsprechende Zahl an.

- 10) Entscheiden Sie sich vor jeder Mahlzeit, wieviel Sie essen und trinken wollen und stellen Sie dann nur soviel auf den Tisch (entsprechend: nehmen Sie sich dann nur soviel auf den Teller oder ins Glas; nehmen Sie sich nur soviel für Nebenmahlzeiten mit). 1 2 3 4 5
- 11) Schätzen Sie unmittelbar vor Beginn Ihrer Mahlzeit den Kaloriengehalt dessen ein, was Sie essen und trinken wollen bzw. was Sie auf dem Teller (im Glas) haben. 1 2 3 4 5
- 12) Lassen Sie bei jeder Mahlzeit einen kleinen Rest (mindestens einen Bissen oder Schluck) übrig, den Sie nicht mehr essen oder trinken. 1 2 3 4 5
- 13) Räumen Sie unmittelbar nach Beendigung des Essens alles Geschirr und alle Nahrungsmittelreste und Getränke weg. 1 2 3 4 5

Test zur Selbstkontrolle (in der 5. Behandlungswoche)

Entscheidend für das Erlernen der Selbstkontrolle ist, dass man jederzeit selbst weiss, wo man steht. D.h., dass man sich selbst überprüft, wie gut man die gesetzten Ziele erreicht.

Zu diesem Zweck sollten Sie einen Test zur Selbstkontrolle in der 5. Behandlungswoche durchführen.

Machen Sie also folgendes:

- 1) Bestimmen Sie für das Wochenende einen Tag, an dem Sie diesen Test durchführen wollen (Freitag, Samstag oder Sonntag dieser Woche).
- 2) Nehmen Sie sich für diesen Tag vor, die Regeln besonders gut zu befolgen, und beobachten Sie sich selbst genau dabei.
- 3) Am Abend dieses Tages bewerten Sie sich für Ihre Tagesleistung mit Punkten, und zwar wie folgt:

Ich habe die Regel heute bei meinen Nahrungsaufnahmen überwiegend nicht befolgt: 0 Punkte

Ich habe die Regel heute bei meinen Nahrungsaufnahmen überwiegend befolgt: 1 Punkt

Ich habe die Regel heute bei meinen Nahrungsaufnahmen vollständig befolgt: 2 Punkte

Geben Sie sich für jede Regel die entsprechende Punktzahl, indem Sie die zutreffende Zahl ankreuzen.

Befolgen der 10. Regel: ("Vor jeder Mahlzeit entscheiden, wieviel man essen will.") Punkte
0 1 2

Befolgen der 11. Regel: ("Vor der Mahlzeit Kalorien schätzen.") 0 1 2

Befolgen der 12. Regel: ("Einen Rest übrig lassen.") 0 1 2

Befolgen der 13. Regel: ("Sofort nach dem Essen alles wegräumen.") 0 1 2

Kaloriengrenze einhalten

a) Ich habe die Kaloriengrenze heute überschritten. 0

b) Ich bin heute um mehr als 500 Kalorien unter der Grenze geblieben. 1

c) Ich habe heute die Kaloriengrenze nicht überschritten und bin auch nicht um mehr als 500 Kalorien darunter geblieben. 2

Regeln auswendig kennen: (Sagen Sie die 4 Regeln jetzt auswendig auf.)

Ich kann nur 1 oder 2 Regeln sagen. 0

Ich kann 3 Regeln sagen. 1

Ich kann alle 4 Regeln sagen. 2

4) Rechnen Sie ihre Gesamtpunktzahl aus, indem Sie die erreichten Punkte zusammenzählen.

Gesamtpunktzahl: Punkte

5) Wenn Sie 8 oder mehr Punkte erreicht haben, dann haben Sie die positive Erfahrung gemacht, dass Sie Ihr Essverhalten schon gut kontrollieren konnten. Das ist eine gute Voraussetzung für die weitere Therapie. Wenn Sie weniger als 8 Punkte erreicht haben, dann sollten Sie nicht mutlos werden, sondern den Test morgen wiederholen.

6) Merken Sie sich, bei welchen Regeln Sie viele Punkte gemacht haben und bei welchen Regeln Sie wenig Punkte gemacht haben. Die einen sollten Sie gleichermassen gut weiterbefolgen; die anderen sollten Sie verstärkt üben.

Eine korrekte Selbstüberprüfung wird Ihren Therapiefortschritt erleichtern.

7) Haben Sie diese Testformulare gut auf. Am Ende der Behandlung sollten Sie uns dann die Ergebnisse Ihrer Tests mitteilen.

8. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

- 1) Diese Unterlagen zur Therapie betreffen Ihre 6. Behandlungs-
woche.

Füllen Sie bitte weiterhin die Ess- und Bewegungskarten genau und regelmässig aus, damit wir uns ein genaues Bild von dem Verlauf Ihrer Behandlung machen können. Vergessen Sie bitte auch nicht, die Fragebogen am Wochenende auszufüllen und an das IFT zurückzusenden.

- 2) Sie haben jetzt eine zweite Phase der Behandlung erfolgreich
durchgestanden.

In der ersten 14-tägigen Phase haben Sie gelernt, sich mittels der Beobachtungskarten und des Kalorien-Kompasses bei Ihren Mahlzeiten genau zu beobachten. Sie haben sich die wichtigsten Grundlagen und Informationen zur Ernährung angeeignet.

In der zweiten Phase haben Sie über drei Wochen hin schrittweise durch das Befolgen der Verhaltensregeln 1 - 13 eine bessere Kontrolle Ihres Essverhaltens aufgebaut. Sie haben gelernt, Esssituationen von Nicht-Essituationen zu unterscheiden, langsamer zu essen, nicht bei jedem Anblick von Nahrung sofort einem Essimpuls nachzugeben.

Alle diese Fähigkeiten, die Sie während unserer Therapie erlernen, sind Grundlage des Therapieerfolgs und geben Ihnen die Möglichkeit, die erzielte Gewichtsverminderung nach Abschluss der Behandlung zu halten oder sogar fortzusetzen.

In der nun folgenden dritten Phase der Behandlung geht es darum, die bisher gelernten neuen Fähigkeiten zu stabilisieren. Das Ziel dieser Phase besteht darin, dass Sie aufgrund veränderter Essverhaltensweisen die von uns vorgeschlagene individuelle Kaloriengrenze täglich ohne grosse Schwierigkeiten einhalten können. D.h.: Sie sollen lernen, sich durch Ihre täglichen Mahlzeiten sozusagen "automatisch" auf diese Kaloriengrenze einzupendeln. Sie müssen natürlich die Verhaltensregeln 1 - 13 weiterhin täglich konsequent befolgen!

- 3) Um das eben genannte Ziel der Stabilisierung zu erreichen, werden wir in den nächsten Wochen verschiedenartige Massnahmen ergreifen. Alle diese Massnahmen werden für Sie leicht durchzuführen sein und sollen Ihnen Spass machen. Schauen Sie sich jetzt bitte die Instruktionen zum Bewegungsprogramm in der 6. Behandlungswoche an!

Mit freundlichen Grüessen

Information zur Therapie des Übergewichts - II. Teil

geehrte Frau
geehrter Herr

erhalten hiermit noch einige Zusatzinformationen zu dem Bewegungsprogramm der 6. Behandlungswoche.

Bewegungsprogramm ist keine zusätzliche Belastung - zusätzlich zur zeitigen Kalorieneinschränkung - sondern erleichtert Ihnen Ihre Kalorieneinschränkung.

Es vermehrt Bewegung senkt das Nahrungsverlangen; der Grund für diese Tatsache liegt darin, dass der Hungerregulationsmechanismus des menschlichen Körpers auf etwas (mehr) körperliche Aktivität eingestellt ist. Die Lebensbedingungen der modernen Zeit, in der Maschinen, Verkehrsmittel, Haushaltsgeräte, ... die Bewegung für die Menschen reduzieren, und wo teilweise auch der Beruf sitzend ausgeübt wird, haben dazu geführt, dass das Ausmass an körperlicher Aktivität (Weg) unter die Mindestmass gesunken ist. Diese "unnatürlichen" Bedingungen lassen den Körper paradox reagieren: mit geringerer Bewegung hat man mehr Hunger.

Kalorieneinschränkung ist also leichter mit etwas mehr Bewegung.

Regelmässige leichte Bewegung summiert sich im Laufe der Zeit zu ansehnlichen Ausgabebeträgen. Eine tägliche vermehrte Ausgabe von 100 Kalorien (ca. 1/2 Std. zügig Spazierengehen) ergibt in einem Jahr einen "Kalorienwert" von über 10 Pfund.

Die beruhigende Wirkung von mehr Bewegung (Beseitigung von Muskelspannung) und den bekannten Einfluss von sinnvoller Bewegung auf die Gesundheit und die Lebenserwartung sei nur noch einmal kurz hingewiesen.

Regelmässige, täglich etwas erhöhte Bewegung so wichtig ist, muss man in ein kleines Bewegungsprogramm in den Alltag einbauen. Gelegenheit ist überall da, wo sonst Maschinen die Bewegung abnehmen: ein Stück zu Fuß gehen, Treppen steigen, evtl. gelegentlich auf Haushaltsmaschinen verzichten (Teppich klopfen, den Kuchen selber rühren, ...). Für den Alltag ist ein Kurzprogramm für zu Hause, wie etwa Gymnastik, empfehlenswert.

Bewegungsprogramm in der 6. Behandlungswoche

Sie können den bisher erzielten Therapieerfolg durch körperliche Bewegung noch weiter fördern. Wir nehmen daher in dieser 6. Behandlungswoche ein für Sie leicht durchführbares Programm für etwas mehr körperliche Bewegung in unsere Behandlung auf. Alle bisherigen Erfahrungen zeigen, dass leichte körperliche Aktivität den Erfolg einer Abnahmekur langfristig sehr verbessert und stabilisiert.

Da körperliche Bewegung jetzt ein wesentlicher Bestandteil unserer Behandlung wird, geben wir Ihnen im folgenden eine ausführliche Begründung dafür:

Welchen Nutzen hat körperliche Bewegung für Ihre Therapie?

Sie können Ihr Gewicht verringern, indem Sie Kalorien einsparen, also weniger essen. Sie können Ihr Gewicht im Prinzip auch verringern, indem Sie mehr Kalorien durch Bewegung ausgeben. Allerdings ist dieser weite Weg sehr viel mühevoller als der erste; dennoch sollten Sie beide Möglichkeiten ausnutzen, vor allem aber deshalb, weil ein leichtes Mass an täglicher körperlicher Bewegung es Ihnen erleichtern wird, Ihr Nahrungsverlangen zu kontrollieren.

Es ist nämlich ein Irrtum zu glauben, man würde umso mehr essen oder trinken müssen, je mehr man sich körperlich bewegt (das gilt nur für Schwerarbeiter und Leistungssportler). Tatsächlich ist der menschliche Organismus auf ein wenig körperliche Aktivität eingestellt, d.h. er reagiert darauf nicht mit Hunger, sondern verwertet die zugeführte Nahrung optimal.

Überraschenderweise ist es aber so, dass sich bei mangelnder Aktivität ein grösseres Nahrungsverlangen einstellt; man isst dann mehr und setzt Fettdepots an, weil die zugeführte Energie nicht verbraucht wird.

In der heutigen gesellschaftlichen Situation sind fast alle Menschen in der Lage, dass sie sich aufgrund der Automatisierung im Haushalt, der Verkehrsmittel und der "sitzenden Tätigkeiten" am Arbeitsplatz nicht mehr genug körperlich bewegen können. Daher essen sie zu viel. Dies ist ein Ergebnis unserer Gesellschaftsstruktur und kein individuelles Problem. Aber jeder Einzelne kann es lösen.

Wenn Sie jetzt im Rahmen der Therapie ein kleines Programm leichter körperlicher Bewegung befolgen, machen Sie sich diese Vorteile zunutze:

- 1) Leichte körperliche Bewegung, täglich ausgeführt, verringert das Verlangen nach Nahrung. Sie können sich kalorienmässig besser einschränken.
- 2) Auf lange Sicht nehmen Sie auch durch Bewegung ab bzw. halten Ihr Gewicht niedrig. Wenn Sie jeden Tag eine halbe Stunde spazieren gehen würden, 20 Minuten radfahren würden oder 10 Minuten Tischtennis spielen würden, so nehmen Sie in einem Jahr ungefähr 5 - 6 Pfund weniger zu.

Sie können also langfristig Ihr Gewicht viel besser regulieren, wenn Sie sich angewöhnen, sich am Alltag ein wenig mehr zu bewegen.

Täglich etwas mehr Bewegung wirkt sich entspannend auf die Muskulatur aus, und damit auch auf Ihre Stimmungslage. Wenn es bei Ihnen so sein sollte, dass Sie unter Anspannung und Erregung mehr essen, dann vermeiden Sie dies jetzt.

Herz und Kreislauf und damit auch andere Organe werden leistungsfähiger.

Wie sollte eine sinnvolle Bewegung aussehen?

Sie sollen die eben genannten Vorteile erreichen, ohne sich allzu sehr anzustrengen.

Sie sollen durch das Bewegungsprogramm nicht müde werden oder es als belastend empfinden.

Über sollen Sie sich nur ein wenig mehr bewegen; Sie können dann Ihre zusätzliche Bewegung in kleinen Schritten im Laufe der Therapie erlernen.

Ihre zusätzliche körperliche Bewegung sollte gleichmässig erfolgen.

Wenn man an einem Tag zuviel tut, bekommt man wieder mehr Hunger.

Über sollten Sie Ihr kleines Bewegungsprogramm täglich durchführen.

Das gilt auch für diejenigen von Ihnen, die schon gezielt eine bestimmte Sportart (Ski, Tennis usw.) ein- oder zweimal wöchentlich ausüben. Behalten Sie diese Gewohnheit ruhig bei, machen Sie aber dennoch täglich das jetzt eingeführte Bewegungsprogramm.

Sie sollten dafür sorgen, dass Sie Spass dabei haben. D.h., machen Sie Ihr Bewegungsprogramm unter Bedingungen, die Ihnen Spass machen (z.B. Tischtennis spielen mit Freunden; spazierengehen und Schaufenster anschauen; Auto dort parken, wo es nichts kostet und zu Fuss weiter gehen), wählen Sie nur Aktivitäten, die Ihnen Spass machen und Sie nicht zu sehr belasten.

Instruktion:

Beachten Sie die genannten Grundsätze (keine besondere Anstrengung, keine Müdigkeit, Spass, tägliche Verteilung, Steigerung der Leistung in kleinen Schritten) bei der Planung und Durchführung Ihres Bewegungsprogramms. Nur so werden Sie diese zusätzliche körperliche Bewegung wirklich durchhalten können.

Versuchen Sie, diese zusätzliche Aktivität in Ihrem üblichen Tagesablauf durchzuführen. Wir geben Ihnen dafür einige Beispiele:

- Das Auto 200 m vom Haus entfernt parken
- Treppensteigen statt Lift fahren
- Kurze Strecken mit dem Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen
- Eine Station eher aus der Tram oder der U-Bahn aussteigen
- Morgens und abends ein paar Minuten Gymnastik machen (nach Anleitung oder Radio)

Wenn Sie außerdem noch bestimmte Sportarten (Schwimmen, Tennis usw.) einmal wöchentlich oder häufiger betreiben oder betreiben wollen, sollten Sie das natürlich beibehalten oder tun. Machen Sie es zusammen mit Sportgruppen oder Freunden, dann haben Sie mehr Spass und halten länger durch.

Verhaltensregel:

Regel 14: Erhöhen Sie Ihre tägliche Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung um mindestens 50 Kalorien!

Erläuterung: Es ist wichtig, dass Sie sich jeden Tag etwas mehr bewegen. Nur so überanstrengen Sie sich nicht und nur so kann diese Bewegung zur Gewohnheit werden.

Aus Ihren Angaben in den Bewegungskarten haben wir Ihre bisherige durchschnittliche Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung errechnet:

.....Kalorien pro Tag

Sie sollen also von nun an diesen Betrag täglich durchschnittlich um mindestens 50 Kalorien übertreffen. Überprüfen Sie das bitte am Wochenende, wenn Sie die 7 Bewegungskarten an uns schicken.

Wir geben Ihnen ein Beispiel, wie Sie 50 Kalorien leicht verbrauchen können:

3 Minuten Gymnastik	12 Kal
5 " Radfahren	20 Kal
3 Stockwerke Treppen steigen	10 Kal
4 Minuten langsam gehen	8 Kal
	<u>50 Kal</u>

Maßen Sie sich dazu die Bewegungsangaben im Kalorienkompass:

Information zur Therapie des Übergewichts

r. geehrte Frau

r. geehrter Herr

Diese Unterlagen betreffen die 7. Behandlungswoche vom bis

In dieser Woche sollen die bisherigen 14 Regeln intensiv eintrainiert werden - je energischer dies durchgeführt wird, desto sicherer werden die Regeln für Sie zur Selbstverständlichkeit. Dabei wird es besonders auf Ihre Initiative ankommen - Sie sollen für jeden einzelnen Wochentag Ihre Therapie individuell bestimmen. Näheres erfahren Sie aus dem Blatt "Trainingsprogramm für die 7. Behandlungswoche".

Führen Sie auch weiterhin die Ess- und Bewegungskarten aus; die blauen Karten für diese Woche liegen bei.

Füllen Sie bitte auch wie bisher die Formulare für den letzten Tag der Behandlungswoche aus und senden Sie uns diese mit den 7 Bewegungskarten zu.

Mit freundlichen Grüßen

Datum:

Entscheidung beim Abnehmen

In diesem Fragebogen wollen wir Ihre Gründe abzunehmen und Ihre guten
schlechten Erfahrungen beim Abnehmen noch näher erfahren.

Gewicht, das ich während oder nach der Therapie erreichen will,
... kg.

Kreuzen Sie an, ob die folgenden Gründe bei Ihrem Entschluss
abnehmen für Sie sehr wichtig, wichtig oder nicht wichtig waren.

Gründe ab:	sehr wichtig	wichtig	nicht wichtig
äußerlich attraktiver zu sein
von einem Partner besser zu gefallen
nicht unangenehm aufzufallen
besser Kontakt zu finden
gesund zu sein
andere Gründe
sich wohler zu fühlen
andere Gründe:
.....
.....
.....

Sie haben inzwischen Erfahrungen beim Abnehmen gesammelt. Bitte kreuzen
an, ob Ihnen beim Abnehmen die folgenden Ereignisse geholfen
geschadet, ob sie für Sie nicht zutreffen oder ob Sie wünschen,
ob sie für Sie (evtl. vermehrt) zutreffen.

	hat mir geholfen	hat mir geschadet	trifft für mich nicht zu	trifft nicht (kaum) zu, würde ich mir aber wünschen
keine Unterstützung
von Bekannten- und Verwandten
Fortsetzung des Abnahmeprogramms
Wirkung des Abnahmeprogramms
Wirkung, wenn ich zu viel gegessen habe
Wirkung der Gewichtsabnahme

	hat mir geholfen	hat mir geschadet	trifft für mich nicht zu	trifft nicht (kaum) zu, würde ich mir aber wünschen
für Einhalten der Regeln				
Denke von anderen für Er- folge beim Abnehmen				
Denke für Erfolge, die ich selbst gemacht habe				
versprochenes Geschenk für sichzeitliche Beendigung der Therapie				
neue Kleidung während der The- rapie				
neue Frisur während der Therapie				
Wette, dass ich erfolg- reich abnehmen werde				
deutliche Gewichtsabnahme Regeln konstant eingehal- ten				
erhöhtere grössere Kontrolle über eigenes Essverhalten				
erhöhtere körperliche Bewegung				
erhöhte gesellschaftliche Einkommungen (z.B. Be- tritte, Tanzen,)				

Kreuzen Sie nun an, ob Ihnen das Einhalten der Regeln in den fol-
genden Situationen leicht oder schwer fällt und geben Sie bei schwer
mit der Regelnummer an, welche der 13 Regeln dies besonders sind.

Regeln einzuhalten fällt mir:	leicht	schwer (evtl. Regel- nummer)
ich in der Arbeit bin		
ich alleine bin		
ich in Gesellschaft bin		
ich viel Zeit habe		
ich ohne Zeitdruck stehe		
ich zu Hause bin		
ich im Restaurant/in der Kantine bin		
ich Ereignisse beim Abendessen gehabt habe		
ich nicht abgenommen habe		
Wochenende		
Freie Tage		
ich einige Tage die Regeln befolgt habe		
ich		
ich		
ich		

Information zur Therapie des Übergewichts - II. Teil

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

Sie erhalten hiermit noch einige Zusatzinformationen zum Trainingsprogramm der 7. Behandlungswoche.

Der "Regeltag" ist eine gute Gelegenheit, sich noch einmal die Bedingungen für die Regeln deutlich zu machen; bitte lesen Sie die Begründungen für die Regel(n), die Sie an diesem Tag speziell einüben, jeweils noch einmal durch.

Der Fragebogen "Erfahrungen beim Abnehmen" hat gezeigt, dass manche Regeln nicht immer, sondern nur in bestimmten Situationen besonders schwierig durchzuführen sind.

Sehr häufig sind einige Regeln in Gesellschaft schwierig. Vorschlag: Machen Sie einen "Gesellschaftstag"; laden Sie ein oder lassen Sie sich einladen und versuchen Sie die entsprechenden Regeln in dieser Situation durchzusetzen.

Besonders hilfreich ist es, wenn man sich von schwierigen Situationen nicht überrollen lässt, sondern sich schon vorher einen Schlachtplan entwirft.

Die Schwierigkeiten in Gesellschaft könnte dies u.a. sein: den Gastgeber gleich und nicht erst vor vollen Schüsseln (und nachdem das ganze Essen schon gekocht ist) unterrichten, dass man weniger essen will; sich Ersatzhandlungen für Essen ausdenken (wie könnte man sich für Gesprächsstoff sorgen, Spiele, ...); vorher die Regeln durchgehen und sich überlegen, welche Regeln in dieser Situation speziell helfen könnten (z.B. essen mit ausgedehnten Pausen); sich Argumente ausdenken, mit denen man begründen will, warum man weniger (nicht solche Unmengen) essen will;

Besonders schwierig werden Regeln auch, wenn man einige Zeit nicht zugehört (einmal zugehört) hat, oder am Tag vorher die Kalorienbegrenzung stark überschritten hat; in diesen Fällen besteht die Gefahr, dass man einige Tage verstreichen lässt, bevor man sich wieder fängt; falls Ihnen dies passiert: ergreifen Sie die Gelegenheit und führen Sie die Regeln trotzdem besonders genau durch. Sie vermeiden auf diese Weise von Zeit zu Zeit in die "es-ist-ja-sowieso-egal-Stimmung" zu kommen.

or Sie sich entscheiden, auf einige Regeln (später) zu verzichten - und Sie diese Regeln deshalb auch kaum beachten - sollten Sie Regeln erst einmal in der Praxis kennengelernt und damit erprobt haben, ob Ihnen die Regeln helfen (ob Regeln hilfreich sind oder nicht kann nur durch praktische Erprobung festgestellt werden); falls dies für Sie zutrifft, der Vorschlag: machen Sie einen "Tag Kennenlernens von abgelehnten Regeln" und erproben Sie dann die Regeln erst noch einige Zeit bevor Sie sie ablehnen. Wenn es nicht möglich ist, bestimmte Regeln gleich ganz durchzuführen: verwenden Sie die Strategie der kleinen Schritte.

Mit freundlichen Grüßen

Trainingsprogramm für die 7. Behandlungswoche

Die Voraussetzung des Therapieerfolges ist, dass die Verhaltensregeln (siehe 14) zur selbstverständlichen Gewohnheit werden - anderenfalls sind lebenslange Willensanstrengungen nötig, um sich beim Essen zu beherrschen". Es ist z.B. sehr wesentlich, dass man aus Gewohnheit langsam mit Pause isst. Gewohnheiten erreicht man, indem man die betreffenden Verhaltensweisen über eine längere Zeit stetig ausführt (weshalb auch eine 12-wöchige Therapiezeit).

Die grosse Gefahr in der Angewöhnungsperiode ist, dass sich in dieser Zeit Ungenauigkeiten und Fehler einschleichen oder dass man vergisst, einige Regeln mitzuüben. Als Ergebnis davon gewöhnt man sich auch neugierig die Fehler an oder man prägt sich ein, einige Regeln stets auszulassen.

Deshalb sollen in dieser Woche - bevor sich eventuelle Fehler verfestigt haben - die Grundregeln intensiv eintrainiert werden.

Aufgabe 1: Lernen Sie die Regeln 1 bis 13 sinngemäss auswendig und überprüfen Sie, ob Ihnen die Begründungen der Regeln noch deutlich sind.

Aufgabe 2: Stellen Sie jeden Tag unter das Motto von einer oder zwei Regeln (Auswahl aus allen 14 Regeln) und konzentrieren Sie sich bei jeder Mahlzeit darauf, diese Regeln möglichst genau durchzuführen. Tragen Sie bitte die von Ihnen bestimmten jeweiligen besonderen Tagesregeln in das "Wochenschema zum Trainingsprogramm" ein und senden Sie uns das Schema nach Ende der 7. Behandlungswoche zu.

Begründung für Aufgabe 1:

Die Begründung für diese Aufgabe ist natürlich sehr einfach - nur Regeln die man im Bewusstsein hat können auch geübt und damit auch zur Gewohnheit werden; wenn Ihnen die Begründungen der Regeln dazu auch deutlich sind, dann können Sie - etwa nach Beendigung der Therapie - diese Regeln auch in ungeübten Situationen sinngemäss anwenden.

Eräuterungen und Begründungen für Aufgabe 2:

Lesen Sie sich bitte die 14 Regeln noch einmal durch und überlegen Sie sich, inwieweit Sie die betreffenden Regeln sinngemäss ausführen und Sie die Regeln bei jeder Gelegenheit ausführen.

Wenn sich dabei herausstellt, dass Sie meistens nur 3 oder 4 Mahlzeiten am Tage einnehmen (oder 2!!): erklären Sie einen Tag zum "Tag der Mahlzeiten" und versuchen Sie an diesem Tag den Durchbruch zu den 5 Mahlzeiten zu schaffen. Ist Ihnen der Schritt unmöglich, dann machen Sie sich einen "Tag der erhöhten Mahlzeitenzahl".

Die Regel, die leicht vergessen wird, ist die Regel 7: langsam kauen und auf Geschmack achten. Entdecken Sie am "Tag der Regel 7" evtl.

oder verschiedene Gewürze und achten Sie bewusst auf den Kauvorgang. Entdecken Sie am "Tag der Bewegung" alltägliche Bewegungsmöglichkeiten die Spas machen.

.....
.....
.....

"Wochenschema zum Trainingsprogramm"

Name _____

Kontroll-Nr. _____

vom _____

bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerst.	Freitag	Samstag	Sonntag
welcher „Regeltag“							
welche Schwierigkeiten traten noch auf							

287 -

10. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

1. Diese Unterlagen betreffen die 8. Behandlungswoche vom bis
2. In dieser Woche wird als dritter wesentlicher Pfeiler (nach den Essregeln und dem Bewegungsprogramm) das Belohnungsprogramm eingeführt.
Bitte studieren Sie die Begründungen und die Erläuterungen zur Ausführung genau; die richtige Anwendung des Belohnungsprogramms ist entscheidend für den Erfolg.
3. Führen Sie auch bitte weiterhin die Ess- und Bewegungskarten; die orangen Karten für diese Woche liegen bei.
4. Füllen Sie bitte auch wie bisher die Formulare für den letzten Tag der Behandlungswoche aus und senden Sie uns diese mit den sieben Bewegungskarten zu.

Mit freundlichen Grüßen

Information - II. Teil

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

Sie erhalten hiermit die Zusatzinformation zur 8. Behandlungs-
woche. In dieser Woche sollen Sie für sich selbst ein sogenanntes
"Belohnungsprogramm" entwerfen und wirksam werden lassen.
Wir wissen, dass systematisches Wirksamwerden auch kleinster Be-
lohnungen den erzielten oder angestrebten Therapieerfolg unge-
heuer gut stabilisiert.
Das richtige Vorgehen ist dabei allerdings entscheidend. Wir
geben Ihnen deswegen noch einige zusätzliche Hinweise.

Hinweise zu dem Belohnungsprogramm

- a) Es ist Ihnen sicherlich im Laufe der Therapie aufgefallen,
dass Ihnen die Therapie bzw. das Befolgen unserer therapeu-
tischen Anweisungen leichter gefallen ist bzw. mehr Spass ge-
macht hat, wenn Sie selbst Erfolge gesehen haben (z.B. ein
schönes Kleid passt Ihnen wieder; Sie stellen fest, dass es
Ihnen nichts ausmacht, während des Essens eine längere Pause
zu machen, usw.), wenn Freunde oder Bekannte Sie gelobt oder
geuntert haben oder wenn Sie noch andersartige positive Konse-
quenzen Ihrer Teilnahme an der Therapie erwarten konnten.
Ohne das Wirksamwerden derartiger Belohnungen dürfte es einem
Menschen kaum möglich sein, eine Abnahmekur erfolgreich durch-
zuführen; denn das Essen ist ja allemal angenehmer als das Ab-
nehmen.
Sie brauchen also die Unterstützung und Stabilisierung durch
Belohnungen solcher Art wie: Erfolgserlebnisse in der Therapie;
Lob und Anerkennung anderer Personen; kleine Geschenke für
Therapiefortschritte.
Das Problem ist, dass leider unter normalen Lebensumständen
Personen, die (zum x-ten Male) abnehmen wollen, durch andere
Personen nur sehr wenig und selten darin bestärkt werden; viel
häufiger kommt es vor, dass andere Personen dem Abnehmen mit
ladenscheinigen Argumenten und Taten entgegenwirken.

Um diese Situation für die Zukunft etwas zu verbessern, wollen wir mit Ihnen ein systematisches Belohnungsprogramm für Sie einführen. Sie selbst können mit wenig Aufwand die Lage entscheidend verbessern:

- Sie können sich selbst für Therapiefortschritte bewusster belohnen.
- Sie können andere dazu bringen, in diesem Sinne besser auf Sie einzugehen.

b) Was sind Belohnungen?

Belohnungen sind grundsätzlich alle Dinge, die Ihnen Spass machen. Das können Gegenstände sein, die man kaufen kann. Es können Arbeiten sein, die man nicht machen muss (Abspülen, Schuheputzen, Einkaufen ...). Man kann sich Zeit nehmen für angenehme Tätigkeiten (Musik, Kreuzworträtsel usw.). Belohnungen können Abwechslungen im Alltag sein (Telefonieren, Gesellschaftsspiele, ein Abendspaziergang).

c) Wir nennen Ihnen noch einmal die wichtigsten Grundprinzipien des Belohnungsprogramms:

- Belohnungen sollen möglichst unmittelbar und bewusst auf erzielte Therapiefortschritte folgen.
- Belohnen Sie sich auch für kleine Fortschritte; allerdings nur mit kleinen Belohnungen. Auf grössere Fortschritte sollen grössere Belohnungen folgen.
- Sie selbst müssen für sich festlegen, was eine grosse Belohnung und was eine kleine Belohnung ist. (Ein Telefongespräch mit einer bestimmten Person kann einen höheren Wert haben, als eine Schallplatte von 24,- DM.)
- Kein Essen als Belohnung!
- Belohnen Sie in erster Hinsicht das Regelbefolgen; erst in zweiter Linie den Gewichtsverlust.

d) Beispiele für Bestärkung durch andere Personen

Sie sollten möglichst häufig die Gesellschaft von dünnen Leuten herbeiführen, die Verständnis für Ihr Gewichtsproblem haben und Ihr Abnahmeprogramm anerkennen und unterstützen. Entsprechend sollten Sie die Gegenwart von Leuten bewusst vermeiden, die das nicht tun.

Wenn Sie den Kontakt mit diesen Personen nicht vermeiden können, dann vermeiden Sie das Gespräch über Gewicht und Abnehmen; indem Sie konsequent über andere Themen reden.

Vermeiden Sie für ein paar Wochen Besuche, wo Sie wissen, dass Sie zum Essen "genötigt" werden.

Seien Sie freundlich zu den Personen, die hin und wieder einmal Ihren Abnahmeerfolg loben und anerkennen. Sagen Sie ihnen, dass Sie sich darüber freuen und dass es Ihnen hilft.

Zusätzlich können Sie z.B. Vereinbarungen der folgenden Art treffen:

Wenn Sie eine freundschaftliche Beziehung zu einer verständnisvollen Person haben, so vereinbaren Sie, dass diese Person Sie alle drei Tage oder jede Woche anruft und nach Ihren Fortschritten fragt. Wenn Sie Fortschritte gemacht haben, plaudern Sie telefonisch ein wenig darüber und über andere Dinge. Wenn Sie keine Fortschritte gemacht haben, dann verabreden Sie nur einen neuen Anruftermin und beenden das Telefongespräch.

(Anstelle des Telefongesprächs können Sie z.B. auch einen Spaziergang (= Bewegung) oder einen Kinobesuch vereinbaren.) Wenn Ihnen irgend eine befreundete oder verwandte Person des Bitteren einmal Geschenke macht (Blumen, Taschenbücher usw.; nicht jedoch Pralinen oder ähnliches), so vereinbaren Sie, dass Sie diese Geschenke nur dann bekommen, wenn Sie Therapiefortschritte gemacht haben.
Lassen Sie sich weiter solche Möglichkeiten einfallen!

c) Beispiele für Selbstbelohnung

Wie setzt man kleine Belohnungen ein? Nehmen Sie sich dafür kleine Ziele vor!

Sie haben einen Tag lang Regeln eingehalten. Verzichten Sie dann einfach einmal darauf, den Stapel trockene Wäsche zu bügeln und machen Sie es sich an dem Abend gemütlich mit Fernsehen oder Illustrierte lesen.

Sie haben Schokoladenostereier geschenkt bekommen. Schenken Sie sie weiter und freuen Sie sich, dass Sie das Problem los sind.

Wenn Sie glauben, bestimmte Regeln nicht einhalten zu können, so nehmen Sie sich diese Regeln für diese oder jene Mahlzeit besonders vor. Wenn es klappt, gehen Sie auf Teufel komm raus am gleichen Abend in den Film, den Sie schon lange sehen wollten.

Für grössere Ziele können Sie sich grössere Belohnungen geben. Wenn Sie feststellen, dass Sie kontinuierlich abnehmen, so planen Sie den Kauf neuer, schicker Kleidung für das Ende der Therapie. Wählen Sie die Konfektionsgrösse entsprechend dem angestrebten Gewicht. Für den Kauf können Sie wochenweise Geld zurücklegen.

Wir möchten noch darauf hinweisen, dass in der augenblicklichen Situation es besonders wichtig ist, sich für kleine Therapiefortschritte zu belohnen. Dies gilt besonders für die Therapiebestandteile, die Ihnen schwer fallen.

Während es natürlich unsinnig ist, sich für Erfolge mit leckeren Süssigkeiten zu belohnen, treffen Sie zwei Fliegen mit einer Klappe, wenn Sie als Belohnung eine sportliche Tätigkeit wählen (eine Stunde Tennis spielen, Schaufensterbummel etc.).

Es wäre von Ihnen ein Missverständnis, wenn Sie die Verhaltensregeln nur ausführen, um z.B. Belohnungen in Form von Geschenken zu bekommen. Der Sinn ist, dass Sie sich selbst Ziele setzen und nach dem Erreichen des Ziels diesen Therapiefortschritt durch Belohnungen festigen. Sie sollten das Belohnungsprogramm solange beibehalten, bis das neue Essverhalten stabil ist.

Mit freundlichen Grüßen

Belohnungsprogramm für die 8. Behandlungswoche

Ziel ist abzunehmen und zu lernen Ihr erstrebtes Gewicht auf zu halten - also Ihr Gewicht kontrollieren zu können. Sie können dieses Ziel nur, wenn Sie ein neues Verhalten leben (bisher: neues Essverhalten, neues Bewegungsverhalten).

Altes Essverhalten war z.B. schnell essen - das neue Verhalten langsam essen. Wenn Sie das neue Verhalten gelernt haben, führen Sie das alte (schädliche) Verhalten nicht mehr aus - wenn Sie langsam essen, können Sie nicht gleichzeitig schnell essen. Die erfolgreiche Therapie kümmert sich also um den Aufbau von neuem Verhalten, da mit dem neuen Verhalten gleichzeitig das alte (schädliche) Verhalten verschwindet.

Wie kann man menschliches Verhalten steuern? Die hauptsächlichsten Möglichkeiten auf Verhalten sind Belohnung und Bestrafung. Die Wirkungen lassen sich so kennzeichnen: Verhalten, das belohnt wird, wird gefestigt und tritt häufiger auf; Verhalten, das bestraft wird, wird unterdrückt.

Bestrafung nicht für den Aufbau von neuem Verhalten geeignet

Bestrafung kann man lediglich Verhalten unterdrücken (solange die Bestrafungssituation anhält); Bestrafung ist auf Dauer nicht wirksam; mit Unterdrückung eines bestimmten Verhaltens hat man noch ein anderes (erwünschtes) Verhalten aufgebaut. Bestrafung für Ihr falsches Essverhalten (Übergewicht) können Sie beobachten und von sich selbst erfahren haben: gesundheitliche Nachteile, Tadel oder Spott, bezeichnende Blicke, soziale Isolierung, schlechtes Selbstwertgefühl, schlechtes Gewissen, ... Dass Bestrafung Verhalten nicht ändert, wird sich auch bei Ihnen gezeigt haben: Sie (jahrelangem) Kummer und eigener und fremder Kritik haben Sie Übergewicht behalten. Wenn der Kummer zu gross wurde, konnten Sie sich für einige Zeit zusammenreissen (Ihr falsches Essverhalten wurde durch Bestrafung unterdrückt), aber die Bestrafung konnte auf Dauer nichts ändern. Die kummervollen Folgen des Übergewichts haben Sie zwar veranlassen, jetzt an der Therapie teilzunehmen, aber das Verhalten selbst wird aber nicht durch Bestrafung änderbar sein (sondern durch Gewöhnung an neues Verhalten und Belohnung von neuem Verhalten).

Belohnung für den Aufbau von neuem Verhalten geeignet ist

In zahlreichen Versuchen hat sich immer wieder gezeigt, dass Verhalten, das belohnt wird, immer häufiger ausgeführt wird und dass diese Verhaltensweisen dauerhaft werden. Dies liegt im Bau des menschlichen Gehirns (und existiert auch

(und bei den meisten anderen Lebewesen): es gibt im Gehirn ein Zentrum, das Belohnungen registriert, wodurch Verhalten bevorzugt ausgeführt werden, die belohnt wurden. In der Therapie werden Sie vielleicht schon die Wirksamkeit von Belohnungen erfahren haben: Lob und Anerkennung von anderen für gute Erfolge beim Abnehmen, steigendes Selbstgefühl, die Abhängigkeit von Essensreizen nicht mehr so abhängig zu sein, mehr Wohlbefinden, mehr Beweglichkeit, ... Diese Belohnungen können sich fortlaufend "von selbst" einstellen, für die Therapie nutzbar, die Wirksamkeit von Belohnungen für neues Verhalten besser auszunutzen.

Regeln für Ihre praktische Anwendung von Belohnungen

Setzen Sie kleine Belohnungen bei kleinen Mühen - grössere Belohnungen für grössere Leistungen.

Wenn Sie sich also nicht für einen Tag die Regeln einhalten mit einer Belohnung und für eine Woche die Regeln einhalten mit einer Illustration, sondern setzen Sie die Grösse der Belohnung im Verhältnis zur Anstrengung.

Verzehren Sie die Belohnungen.

Die gleichen Belohnungen über längere Zeit verlieren an Wirksamkeit.

Belohnen Sie sich nicht mit Nahrung.

Belohnen Sie sich mehr zu essen.

Belohnen Sie sich möglichst unmittelbar nachdem Sie das getan haben, was Sie belohnen wollten.

Wenn Sie sich also für drei Tage die Regeln gut einhalten mit einem Kinobesuch belohnen wollen, so hat der Kinobesuch keine Wirkung als Belohnung, wenn Sie erst zwei Wochen später ins Kino gehen - am wirksamsten ist die Belohnung hier am Ende des dritten Tages.

Belohnen Sie sich bewusst.

Wenn Sie sich z.B. dafür, dass Sie es geschafft haben, innerhalb einer Woche die Mahlzeiten auf fünf zu erhöhen, mit einer Schallplatte belohnen wollen, dann machen Sie sich beim Kauf und beim Anheften der Schallplatte bewusst: diese Platte erhalte ich dafür, dass ich fünf Mahlzeiten in dieser Woche erkämpft habe.

Wenn Sie das gesetzte Ziel nicht erreichen, dann belohnen Sie sich nicht (bestrafen Sie sich deswegen aber nicht zusätzlich).

Kann alles belohnt werden?

Belohnt werden sollte vor allem das Einhalten von Regeln oder das Verbessern oder Durchsetzen einiger spezieller Regeln (allgemein: langsame Initiativen betreffend das Essverhalten und Bewegungsprogramm).

Wenn Sie das Einhalten von Regeln belohnen, können Sie auch zusätzlich noch Erfolge beim Abnehmen belohnen (Gewicht); falsch ist es, sich beim Belohnen nur auf das Gewicht zu konzentrieren.

Wer soll belohnen?

Sie können sich von anderen Personen belohnen lassen und sich selbst belohnen (am besten beide Möglichkeiten wahrnehmen).

Mit wem sollen Sie sich belohnen?

Belohnen Sie sich nicht durch Nahrung. Benutzen Sie sonst alles was Sie als Belohnung empfinden. Machen Sie sich eine Liste von verschiedenen grossen Belohnungen.

Beispiele: Zeitschriften, Schallplatten, ein Telefongespräch, ein bestimmtes Fernsehspiel anschauen, ein bestimmter Film, Tanzen gehen, eine Reise, ein Ausflug, ein Besuch, ein Brief, Kleidung, Schmuck, eine neue Frisur, ein Lippenstift, Blumen, ein Buch, etwas Neues Hobby, Museums-Konzert-Theater-Besuche, Sportveranstaltungen, Wandern, Spaziergehen,

Aufgabe 3:

Entwerfen Sie für sich ein spezielles Belohnungsprogramm (je umfangreicher, desto besser für Sie!), und führen Sie das Programm durch. Mindestprogramm:

- eine Aufstellung von sechs verschieden grossen Belohnungen;
- ein Belohnungsprogramm für zweitägiges Einhalten der Regeln;
- ein Belohnungsprogramm für einwöchiges Regelbefolgen.

Information zur Therapie des Übergewichts

geehrte Frau

geehrter Herr

Die Unterlagen dieser 11. Information betreffen Ihre 9. Behandlungswoche von Mo., den _____ bis So., den _____.
In dieser Woche auszufüllenden Ess- und Bewegungskarten sind in der Farbe weiss.

In dieser 9. Behandlungswoche beginnt eine weitere, neue Phase der Behandlung, in der Sie mehr und mehr lernen sollen, von therapeutischen Anweisungen und Kontrollen unabhängig zu werden. In dieser kommenden Phase der Selbstregulierung wird Ihnen also allmählich mehr Verantwortung und Kontrolle des Therapiefortschritts übertragen.

Sie werden dadurch sehr viel besser in der Lage sein, auch nach Beendigung der Behandlung Ihr Essverhalten und damit Ihr Gewicht zu beherrschen, und dieses ist ja das eigentliche Therapieziel.

Ich gebe Ihnen im folgenden zur Erinnerung einen kurzen Überblick über die bisherigen Therapiephasen:

- 1. eine 14-tägige Vorphase, in der Sie die Selbstbeobachtung Ihres Essverhaltens gelernt haben;
- 2. eine 3-wöchige Phase, in der Sie durch das Befolgen von Verhaltensregeln zur situativen, zeitlichen und mengenmässigen Kontrolle des Essens einige neue Essverhaltensweisen eingeübt haben;
- 3. eine 3-wöchige Stabilisierungsphase. Die wesentlichen Komponenten zur Stabilisierung des bisher Gelernten und der Gewichtsverminderung waren ein leichtes, in der Alltagsroutine durchführbares Bewegungsprogramm, ein Programm zur Regelmäßigkeit und ein Belohnungsprogramm.

Dies ist Grundlage der zu erlernenden Selbstkontrolle und soll weiterhin in angemessener Weise von Ihnen befolgt und genutzt werden.

Um es noch einmal zu wiederholen: Wir nehmen an, dass Sie sich selbst daraufhin beurteilt haben, inwieweit Sie tatsächlich schon "Selbstkontrolle" erworben haben bzw. inwieweit Sie wohl noch von einer äusseren Kontrolle in Ihrem Therapiefortschritt abhängig sind. Es wäre auch nicht verwunderlich, wenn Sie dabei das Gefühl haben, dass Sie noch recht abhängig sind von den Massnahmen und Kontrollen, die wir in die Therapie einführen.

Wir werden daher in der nächsten Zeit schrittweise Massnahmen zur Selbstregulierung vorschlagen, so dass Sie selbst mehr Verantwortung und Spielraum in der Regulierung Ihres Essverhaltens überlassen bekommen.

Schauen Sie sich daher die Unterlagen "Massnahmen zur Selbstregulierung in der 9. Behandlungswoche" aufmerksam an.

Sollten Sie irgendwelche Verständnisschwierigkeiten haben, so rufen Sie bitte unmittelbar bei uns an!

Es gehört mit zu dem Programm dieser Woche, dass Sie sich besonders daraufhin beobachten, wie schwer Ihnen die tägliche konsequente Durchführung der bisherigen 14 Verhaltensregeln fällt. Füllen Sie dann entsprechend am Ende dieser 9. Behandlungswoche den Fragebogen zur Schwierigkeitsschätzung aus. Die anderen üblichen wöchentlichen Fragebogen sollten Sie ebenfalls wie gewohnt ausfüllen.

Mit freundlichen Grüßen

Information - II. Teil

Mr geehrte Frau
Mr geehrter Herr

Wir geben Ihnen eine kurze Zusatzinformation für die 9. Behandlungswoche.

Es wird Ihnen sicherlich einleuchten, dass Sie mehr und mehr Ihren eigenen Therapieverlauf selbst in die Hand bekommen bzw. beeinflussen können sollten.

Wenn Sie damit jetzt schon beginnen können, so haben Sie den Vorteil, dass Sie schon vor Ende der Therapie entsprechende Erfahrungen sammeln.

Daher führen wir in den letzten Wochen verschiedene Massnahmen zur Selbstregulierung durch.

Zur Bewertung Ihres bisherigen Therapieverlaufs geben wir Ihnen nach folgende Erläuterung:

Es hat Schwierigkeiten gemacht, die Zeitkurve auf der Graphik zu verstehen. Dort ist für jeden Tag die Gesamtdauer Ihrer Mahlzeiten in Minuten aufgetragen.

Kalorienaufnahme pro Zeiteinheit bedeutet dann: wir haben die tägliche Kalorienaufnahme durch die Gesamtdauer geteilt und so festgestellt, ob sich die Werte (nämlich: Kalorien pro Minute) im Laufe der Therapie verringert haben.

Dies sollte der Fall sein, weil Sie ja in der Regel weniger essen und aufgrund der "Zeitregeln" die Mahlzeiten ausdehnen.

Wenn Sie in den Verlaufskurven Lücken entdecken, so haben Sie entweder die Karte nicht geschickt oder wir haben die Werte nicht aufgetragen.

Wenn Sie uns Ihre selbst festgesetzte Kaloriengrenze noch nicht mitgeteilt haben, so tun Sie dies bitte noch schnell.

Mit freundlichen Grüßen

Datum:

Coll-Nr.:

Wirksamkeitsschätzung der Verhaltensregeln 1 - 14

In den vergangenen Wochen wurden die Verhaltensregeln 1 - 14 (Esshalten und Bewegung) eingeführt und von Ihnen erprobt. Überprüfen Sie nun, nachdem Sie mit diesen Regeln Erfahrungen gesammelt haben, von Ihnen erfahren, wie schwer es Ihnen jetzt fällt, die Verhaltensregeln zu befolgen. Bitte füllen Sie den Fragebogen am Ende jeder Behandlungswoche aus und benutzen Sie dazu die folgenden Eintragungen (bitte jeweils ankreuzen):

1	2	3	4	5
sehr leicht	leicht	mittel	schwer	sehr schwer

- Informieren Sie möglichst viele (mindestens 3) Bekannte, Freunde, Berufskollegen darüber, dass Sie eine Abmagerungskur durchführen! 1 2 3 4 5
- Bestimmen Sie für sich zu Hause für alle Ihre Mahlzeiten einen festen Essplatz und essen Sie von heute an nur noch an diesem Platz! 1 2 3 4 5
- Vermeiden Sie absolut alle Nebentätigkeiten während des Essens! (Einzige Ausnahme: Gespräche bei Tisch.) 1 2 3 4 5
- Bewahren Sie alle Nahrungsmittel nur an einem Ort (möglichst in der Küche) auf! Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von allen anderen Plätzen in der Wohnung weg. Zusätzlich: Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von Ihrem Arbeitsplatz weg! 1 2 3 4 5
- Legen Sie Zeitpunkte für 5 tägliche Nahrungsaufnahmen fest (3 Hauptmahlzeiten + 2 Nebenmahlzeiten oder 2 Hauptmahlzeiten + 3 Nebenmahlzeiten). Essen und trinken Sie von nun an 5 x täglich und nur zu den von Ihnen festgelegten Zeitpunkten! 1 2 3 4 5
- Nehmen Sie bei Ihren Mahlzeiten nur kleine Bissen (kleine Stücke) bzw. nur kleine Portionen auf die Gabel! 1 2 3 4 5
- Kauen Sie langsam und achten Sie auf den Geschmack der verschiedenen Speisen (Getränke)! 1 2 3 4 5
- Legen Sie das Besteck während jeder Mahlzeit mindestens 5 x aus der Hand und warten Sie etwa 15 Sekunden, bis Sie es wieder aufnehmen und weiter essen! 1 2 3 4 5
- Machen Sie während jeder Nahrungsaufnahme (Essen oder Trinken) nach dem ersten Bissen (Schlucken) eine Pause von 2 Minuten, während der Sie nicht essen oder trinken! 1 2 3 4 5

- 1) Entscheiden Sie sich vor jeder Mahlzeit, wieviel Sie essen und trinken wollen und stellen Sie dann nur so viel auf den Tisch (entsprechend: nehmen Sie sich dann nur so viel auf den Teller oder ins Glas; nehmen Sie sich nur so viel Nebenmahlzeiten mit). 1 2 3 4 5
- 2) Schätzen Sie unmittelbar vor Beginn Ihrer Mahlzeit den Kaloriengehalt dessen ein, was Sie essen und trinken wollen bzw. was Sie auf dem Teller (im Glas) haben. 1 2 3 4 5
- 3) Lassen Sie bei jeder Mahlzeit einen kleinen Rest (mindestens einen Bissen oder Schluck) übrig, den Sie nicht mehr essen oder trinken. 1 2 3 4 5
- 4) Räumen Sie unmittelbar nach Beendigung des Essens alles Geschirr und alle Nahrungsmittelreste und Getränke weg. 1 2 3 4 5
- 5) Erhöhen Sie Ihre tägliche Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung um mindestens 50 Kalorien! 1 2 3 4 5

Massnahmen zur Selbstregulierung in der 9. Behandlungswoche

Die bisher eingeübten Verhaltensregeln sowie die bisherigen Aufgaben zur Regelwiederholung und Belohnung sind Grundlage für den Erwerb der Selbstkontrolle des Essverhaltens und damit des Gewichts. Wichtig für Ihr Therapieziel ist es aber, langsam von therapeutischen Anweisungen und Kontrollen unabhängiger zu werden, d.h. Selbstkontrolle im Sinne von Selbstregulierung zu erwerben.

Zwei allgemeine Massnahmen zur verbesserten Selbstregulierung sind:

1) Verschaffen Sie sich einen Überblick über Ihren bisherigen Therapieverlauf.

Wir geben Ihnen dazu eine Graphik mit Ihren bisherigen Gewichtsveränderungen und eine Graphik, in der für die ersten sechs Behandlungswochen Ihre Daten aus den täglichen Ess- und Bewegungskarten aufgetragen sind.

2) Setzen Sie sich selbst Ziele, die Sie erreichen können.

In diesem Fall wird die von uns festgesetzte Kalorienhöchstgrenze aufgehoben. Sie sollen sich selbst eine Grenze für die tägliche Kalorienaufnahme setzen und dabei die bisherigen Verhaltensregeln 1 - 14 und die Grundsätze der Therapie beobachten.

Im folgenden geben wir Ihnen die entsprechenden Erläuterungen.

1) Pflichtmeldung über Ihren bisherigen Therapieverlauf

Schauen Sie sich zunächst die Fotokopie mit Ihren Tagesdaten an. Der Verlauf betrifft die ersten sechs Behandlungswochen (14-tägige Vorphase; 4 Wochen Therapie mit Kaloriengrenze).

Kalorienaufnahme (rote Kurve)

- a) Ihre Kaloriengrenze von Kalorien haben Sie
 - ohne grosse Schwankungen eingehalten
 - mit grossen Schwankungen eingehalten
 - nicht eingehalten (durchschnittlich höhere Werte)
 - nicht eingehalten (durchschnittlich niedrigere Werte)

b) Die Tagesschwankungen in der Kalorienaufnahme sind zurückgegangen. ja nein
(Wenn "ja", haben Sie ein wichtiges Therapieziel erreicht.)

Kalorienausgabe gesamt (schwarze Kurve unten)

- a) Ihre zusätzliche körperliche Aktivität
 - erscheint erfolgversprechend
 - ist noch sehr ungleichmässig
 - ist noch sehr niedrig

1) Beurteilen Sie selbst den Erfolg des Bewegungsprogramms in der 6. Behandlungswoche (d.h. in der letzten Woche dieser Graphik). Steigt die Kurve etwas an?

Tägliche Gesamtdauer der Mahlzeiten (schwarze Kurve oben)

1) In der 4. Behandlungswoche sind die Zeitregeln eingeführt worden. Prüfen Sie selbst nach, ob die tägliche Gesamtdauer der Mahlzeiten nach der 4. Woche ansteigt.

2) Sie nehmen jetzt in der Zeiteinheit weniger Kalorien zu sich:
ja nein
(Wenn "ja", haben Sie ein weiteres wichtiges Therapieziel erreicht!)

Regelmäßigkeit der täglichen Mahlzeiten (blaue Kurve oben)

Sie haben sich auf eine regelmässige und zweckmässige Mahlzeitenanzahl (5) eingependelt: ja nein
(Wenn "ja", haben Sie ein wichtiges Therapieziel erreicht.)

Gewichtsveränderung

Sie geben Ihnen eine kurze Erläuterung zur Zeichnung Ihres Gewichtsverlaufs:

Der Abstand eines Kästchens von oben nach unten bedeutet Abnahme um 1 Pfund (0,5 kg).

Ganz links ist Ihr Gewicht (2 - 3 Wochen) vor Beginn der Therapie eingetragen entsprechend Ihrer Angabe in dem Fragebogen VAI-A.

Rechts von dem dicken Strich sind dann die Behandlungswochen spaltenweise eingezeichnet. Jeweils am Ende jeder Woche ist Ihr Gewicht eingetragen.

Zum Vergleich haben wir unten Ihre durchschnittlich tägliche Kalorienaufnahme in den einzelnen Behandlungswochen eingetragen.

Beurteilen Sie nun Ihren Gewichtsverlauf daraufhin, ob er entsprechend unserem Therapieziel kontinuierlich ist (d.h. etwa 1 - 1 1/2 Pfund pro Woche). Beurteilen Sie, ob Sie mit Ihrer bisherigen Gewichtsverminderung zufrieden sind.

2) Aufhebung der Kaloriengrenze

Nachdem Sie nun Ihren Gewichtsverlauf bisher beurteilen, können Sie jetzt selbst einen Kaloriengrenzwert bestimmen.

Als Beispiel können Sie ihn herabsetzen, wenn Sie sehen, dass Sie bisher nur wenig und langsam abgenommen haben (weniger als 1 Pfund wöchentlich!).

Sie können aber auch den bisherigen Grenzwert beibehalten, wenn Sie zufrieden sind.

Nehmen Sie aber bitte nicht plötzlich "panikartig" eine Hungerkur von 400 - 600 Kal., das ist auf Dauer gesehen ja sowieso zwecklos.

Halten Sie vielmehr Ihre tägliche Kalorienaufnahme durch die Beachtung der 14 Verhaltensregeln steuern und nicht durch das Festhalten einer Kaloriengrenze.

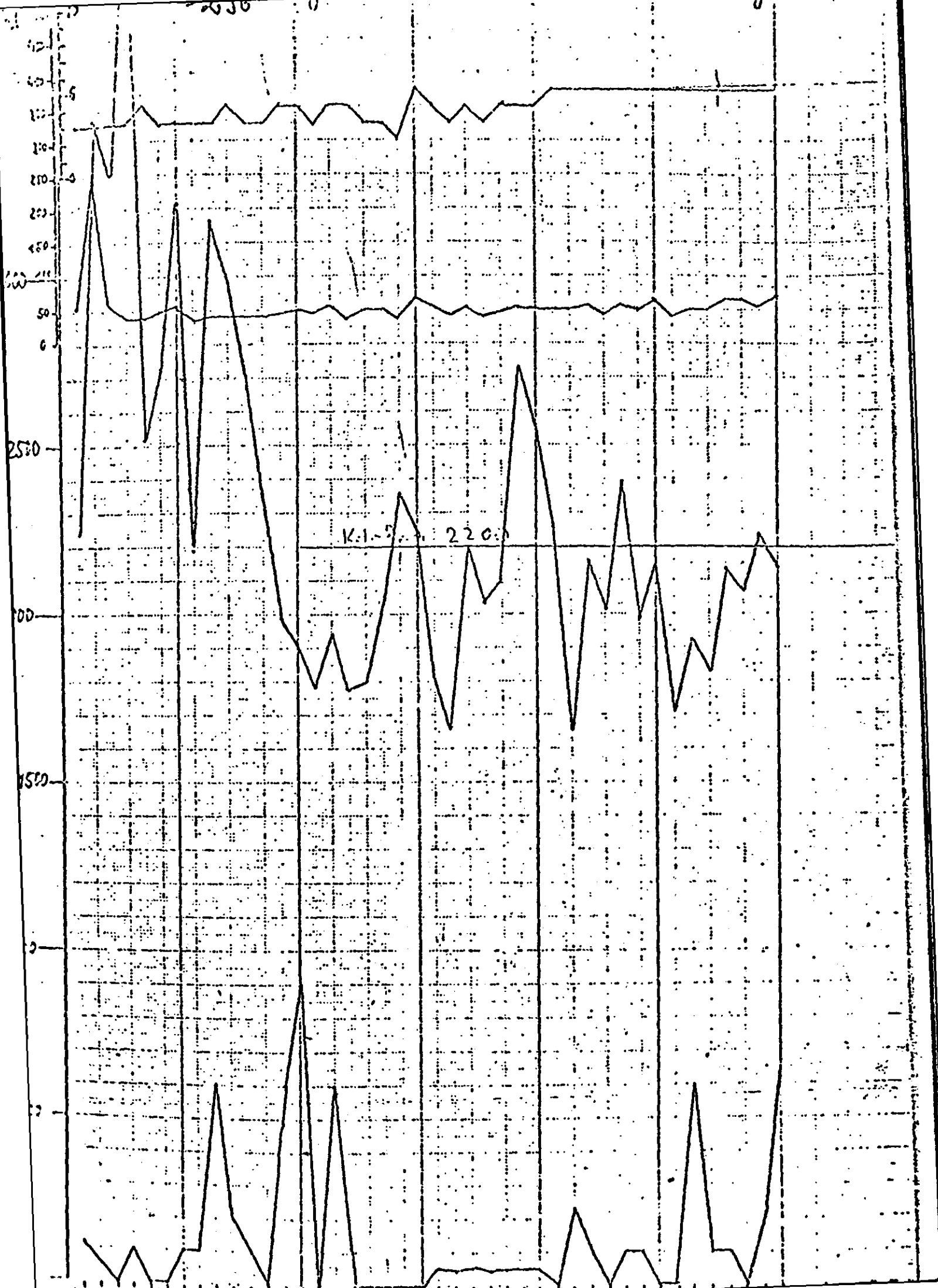
Prüfen Sie das also bitte einmal in dieser Woche!

Aufgabe 4:

Wählen Sie sich selbst eine Grenze für die tägliche Kalorienaufnahme, an die Sie sich in dieser Woche halten.
Beachten Sie dabei die bisherigen Verhaltensregeln 1 - 14 und Grundprinzipien der Therapie.
Teilen Sie uns Ihren festgelegten Grenzwert auf der ersten Esskarte, die Sie uns in dieser Woche schicken, mit!
(Wägen Sie ihn am besten gleich jetzt ein, damit Sie es nicht vergessen!)

2017 28.02.17

2030



1. 0. 10. 20. 30. 40. 50.

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

13. 14.

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 50g | | | | | | | | | | | | | |
|kg | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 25kg | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 5kg | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 75kg | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 10kg | | | | | | | | | | | | | |

Belandkürperrisse

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

.....kg
 25kg
 5kg
 75kg
 10kg

Die Gewichtsmessungen beziehen sich auf das Ende einer jeden Belandkürperwoche

2. Information zur Therapie des Übergewichts

✓

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

1) Diese Information betrifft Ihre 10. Behandlungswoche von Montag, den _____ bis Sonntag, den _____.
Die Beobachtungskarten haben die Farbe gelb.

2) Wir können Ihnen allen fast ohne Ausnahme ein Lob aussprechen: Sie haben jetzt schon 9 Wochen sehr gut mitgearbeitet und die Therapieergebnisse entsprechen ganz überwiegend unseren Erwartungen. Wir glauben daher, dass wir auch langfristig mit sehr guten Ergebnissen rechnen können.
Wir bitten Sie daher auch in Ihrem eigenen Interesse, in den kommenden Wochen weiter konsequent mitzumachen, auch wenn es Ihnen dann und wann schon einmal schwer fällt. Ihren bisherigen Erfolg können Sie nur noch steigern!

3) Das Programm dieser 10. Behandlungswoche ist in den "Massnahmen zur Selbstregulierung in der 10. Behandlungswoche" genau erläutert. Versuchen Sie bitte, das Programm genau durchzuführen.

Wir wünschen Ihnen weiter viel Erfolg!

Mit freundlichen Grüßen

2. Information - II. Teil

ehr geehrte Frau
ehr geehrter Herr

1) Sie bekommen hiermit die zusätzliche Information für Ihre 10. Behandlungswoche.

Wir wollen Ihnen noch einmal kurz den Sinn der einzelnen Massnahmen des Selbstregulierungsprogramms erläutern.

2) Sie haben sich selbst eine neue Kaloriengrenze gesetzt. Diese sollten Sie in der vergangenen, 9. Behandlungswoche und in dieser Behandlungswoche beibehalten.

Auf diese Weise sollen Sie feststellen und ein Gefühl dafür bekommen, welchen Einfluss eine Veränderung in der Kalorienaufnahme auf die Gewichtsabnahme hat.

Einige von Ihnen haben aus verschiedenen Gründen die Grenze nicht verändert. Sie sollten vielleicht einmal später (auch nach der Therapie) versuchen, die Kalorienaufnahme für zwei Wochen zu verändern und den Einfluss auf die Gewichtsabnahme feststellen.

3) Auswahl von zehn Regeln aus den Verhaltensregeln 1 - 14

Der Sinn dieser Massnahme liegt darin, dass Sie selbst Ihr Therapieprogramm "bereinigen" und sich selbst individuell anpassen sollen.

So gibt es z.B. den Fall, dass einer von Ihnen eine Verhaltensregel aus bestimmten Gründen wirklich nicht durchführen kann.

Unter diesen Umständen ist es natürlich vernünftiger, diese Regel zu streichen und sich auf die restlichen Regeln zu konzentrieren.

Es gibt auch noch andere Gründe, eine Regel zu streichen; z.B.: sie erscheint Ihnen nicht zweckmässig, Sie führen sie schon automatisch durch usw.

Die ausgewählten zehn Regeln sollten Sie in dieser und den nächsten Wochen verstärkt und konsequent durchführen, um das veränderte Essverhalten noch zu stabilisieren.

4) Auswahl von mindestens fünf Regeln aus den Verhaltensregeln 15 - 30

Nach die Auswahl von weiteren fünf Regeln sollen Sie zu einem Programm von mindestens 15 Regeln kommen.

Wenn Sie die Regeln 16 - 30 durchlesen, werden Sie vielleicht denken, dass Sie die meisten davon gar nicht benötigen. Sie sollten aber dabei bedenken, dass derartige Regeln Ihnen später einmal helfen können, auch wenn Sie jetzt den Eindruck haben, dass Sie Ihr essen gut kontrollieren können. Wir geben Ihnen einige Anregungen zu den Regeln 21 und 29:

- Regel 21: Spinat und Ei
- mag. Kassler und Sauerkraut
- Leber, Apfel, Zwiebel und Salat
- Steak und Salat
- Champignon und Kartoffeln
- Fische
- Wild
- Blumenkohlgerichte

Die Regel 21 kann Ihnen einmal nützlich sein, wenn Sie feststellen sollten, dass Sie die tägliche aufgenommene Kalorienmenge nicht mehr genau steuern können. Dann sollten Sie sich so ein Wochenprogramm (z.B. mit Hilfe der "Brigitte-Diät") machen und einhalten.

- Regel 29: Magenbeschwerden
- Ich habe gerade gegessen
- Der Arzt hat heute meine Leberwerte untersucht, ich soll den Alkohol einschränken
- Ich bin doch nicht zum Essen hier, ich will mich unterhalten
- Ihr kocht mir zu fett

Alle Argumente sollen plausibel sein; häufig ist es so, dass Ihr eigenes Interesse, abzunehmen, von den anderen Personen bzw. von den Gastgebern nicht toleriert wird. Dann sollten Sie möglichst nicht darüber reden, sondern sich nur geschickt verhalten, z.B. betont langsam essen. Ganz schwierige Besuchssituationen kann man auch für eine bestimmte Zeit vermeiden, d.h. die Einladung oder den Restaurantbesuch ablehnen. Ansonsten können Sie auch "vorhungern" oder am nächsten Tag weniger essen.

noch einige allgemeine Hinweise

Sie können sich auch selbst Regeln ausdenken. Sie können auch die bisher gegebenen Regeln abändern, flexibel benützen; es sollte nur der Sinn der Regeln gewahrt bleiben. Die von Ihnen ausgewählten Regeln sollten Sie auf dem Formblatt "Auswahl der Verhaltensregeln" ankreuzen und am Wochenende mitbringen. Schreiben Sie auch bitte Ihren Namen auf das Blatt!

Mit freundlichen Grüßen

Massnahmen zur Selbstregulierung in der 10. Behandlungswoche

Der Sinn dieser "Selbstregulierungsphase" gegen Ende unserer Behandlung des Übergewichts ist der folgende:

Sie sollen, so lange Sie noch unter therapeutischer Beobachtung sind, selbst Entscheidungen über Ihren Therapieverlauf treffen und Veränderungen selbst einführen.

Sie werden dabei frühzeitig Erfahrungen machen, die Sie sonst erst nach Beendigung der Therapie gemacht hätten, wenn Sie dann eigenständig weiter abnehmen bzw. Ihr Gewicht halten wollten. Wir können also unter diesen Umständen frühzeitig Ihre Erfahrungen zusammen diskutieren.

Häufig kommt es vor, dass man es für besser und einfacher hält, bestimmten therapeutischen Anweisungen zu folgen, als selbstständig Entscheidungen über die Therapie zu treffen.

Tatsächlich sind aber solche Selbstregulierungsmassnahmen die entscheidende Grundlage für einen langanhaltenden und guten Therapieerfolg. Ihre konzentrierte Mitarbeit ist daher in diesen letzten Behandlungswochen noch sehr wichtig!

1) In der vergangenen, 9. Behandlungswoche haben Sie Ihren bisherigen Therapieverlauf anhand unserer Rückmeldung bewerten können.

Ferner haben Sie sich nun selbst eine Kalorienhöchstgrenze gesetzt. Diese sollen Sie auch in dieser Woche beibehalten, damit Sie und wir die Auswirkung auf die Gewichtsabnahme genau feststellen können.

(Sofern Sie uns Ihre Grenze bisher noch nicht mitgeteilt haben, so tun Sie es bitte noch.)

2) Wir haben schon desöfteren erwähnt, dass es eigentlich nicht das Ziel der Therapie ist, eine festgesetzte Kaloriengrenze einzuhalten; vielmehr besteht das Ziel darin, aufgrund veränderter Essverhaltensweisen weniger zu essen bzw. gerade nicht viel zu essen, wie der Organismus benötigt.

Zu diesem Zweck wurden bisher die Verhaltensregeln 1 - 14 eingeübt.

Sie haben nun lange genug Erfahrungen mit der Durchführung dieser Regeln gesammelt. Sie wissen, welche Regeln Ihnen nützlich sind, welche Ihnen besonders in schwierigen Situationen helfen können, welche Regeln Ihnen unter bestimmten Umständen schwerfallen und welche Regeln Sie schon befolgen können.

Entsprechend diesen Erfahrungen sollen Sie nun aus den 1 - 14 zehn Verhaltensregeln auswählen, die Ihnen im weiteren Verlauf der Therapie am nützlichsten erscheinen. (Bedenken Sie dabei, dass sich gerade schwierige Situationen als besonders nützlich herausstellen. Im allgemeinen sind die Verhaltensregeln 2, 3, 5 - 9 und 10 - 13 als die wichtigsten angesehen.)

Führen Sie also in dieser Woche die folgende Aufgabe durch:

Aufgabe 5:

Wählen Sie aus den Verhaltensregeln 1 - 14 die zehn Regeln aus, von denen Sie glauben, dass Sie sie in Zukunft am besten einhalten können, dass sie Ihnen in Zukunft am meisten helfen, und von denen Sie wissen, dass sie Ihnen bisher am meisten genützt haben.

Kreuzen Sie die ausgewählten zehn Regeln hier an:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Kreuzen Sie die ausgewählten zehn Regeln auch in dem beiliegenden Formblatt "Auswahl der Verhaltensregeln" an, welches Sie uns am Ende dieser Woche bitte zuschicken.

- 3) Neues Verhalten kann man am besten lernen, indem man eine Zeit lang bestimmte Regeln befolgt und so nach und nach sein ursprüngliches Verhalten verändert oder ersetzt. Zwischen Ihnen bestehen aber Unterschiede: der eine kann die Regel besser befolgen, der andere jene; dem einen nützt eine bestimmte Regel viel, dem anderen wenig.

Wir haben Ihnen eine Liste von weiteren Verhaltensregeln beigefügt (Verhaltensregeln 15 - 30), aus denen Sie sich mindestens fünf Regeln aussuchen und in Ihr Therapieprogramm einbeziehen sollen.

Führen Sie also in dieser Woche auch noch die folgende Aufgabe durch:

Aufgabe 6:

Wählen Sie aus der Liste der Verhaltensregeln 15 - 30 mindestens fünf Regeln aus, die Ihnen sinnvoll, nützlich und durchführbar erscheinen. Nehmen Sie diese Regeln mit in Ihr Therapieprogramm auf und befolgen Sie sie in Zukunft konsequent.

Kreuzen Sie die ausgewählten Regeln hier an:

15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Kreuzen Sie die ausgewählten Regeln auch in dem beiliegenden Formblatt "Auswahl der Verhaltensregeln" an, welches Sie uns am Ende der Woche bitte zuschicken.

Versuchen Sie nun, die von Ihnen selbst ausgewählten Verhaltensregeln in den nächsten Wochen konsequent zu befolgen, besonders in den schwierigen Situationen, wie z.B. am Wochenende, auf Besuch usw.

Verhaltensregeln 15 - 30

Regeln zur Verhinderung unkontrollierter Zwischenmahlzeiten:

- 15) Wenn Sie zwischen den festgelegten (fünf) täglichen Mahlzeiten einen starken Essimpuls fühlen, warten Sie dann 15 - 30 Minuten, ehe Sie etwas essen!
- 16) Wenn Sie zwischen den festgelegten (fünf) Mahlzeiten Hunger haben und etwas essen wollen, beginnen Sie dann für etwa 5 - 10 Minuten mit einer angenehmen oder wichtigen Tätigkeit!
- 17) Wenn Sie zwischen den festgelegten (fünf) Mahlzeiten Hunger haben und etwas essen wollen, nehmen Sie dann nur Nahrungsmittel und Getränke mit niedrigem Kaloriengehalt!

Regeln zur besseren Kontrolle der Mahlzeiten:

- 18) Tun Sie sich bei Ihren grossen (warmen) Mahlzeiten nur einmal etwas auf den Teller!
- 19) Nehmen Sie sich bei Ihren grossen (warmen) Mahlzeiten eine kleinere Portion auf den Teller als bisher, etwa nur 2/3 der bisherigen Menge!
- 20) Nehmen Sie während der warmen Mahlzeiten keine Getränke zu sich!
- 21) Denken Sie sich jede Woche sieben Lieblingsgerichte aus, die möglichst wenig Kalorien haben!

Regeln zum Einkaufen und der Bevorratung:

- 22) Machen Sie Ihre Nahrungsmiteileinkäufe dann, wenn Ihre Lust, etwas zu essen sehr gering ist, z.B. nach einer Mahlzeit!
- 23) Machen Sie vor Nahrungsmiteileinkäufen eine Liste der Dinge, die Sie einkaufen wollen!
- 24) Gehen Sie nur mit einer Liste in Lebensmittelgeschäfte zum Einkaufen, und halten Sie sich an diese Liste!
- 25) Kaufen Sie bei jedem Nahrungsmiteileinkauf nur das Nötigste für die nächsten 1 - 2 Tage!
- 26) Kaufen und lagern Sie zu Hause keine Fertiggerichte, Konserven und andere Arten fertiger Nahrung!
- 27) Heben Sie keine Essreste auf, sondern schmeissen Sie sie in den Abfalleimer!

Einige weitere Regeln:

- 28) Werfen Sie alle alten Kleidungsstücke weg und behalten Sie nur diejenigen, die Sie noch tragen wollen, wenn Sie abgenommen haben!
- 29) Denken Sie sich 4 oder 5 vernünftige Ausreden oder Argumente aus, um auf Einladungen Speisen und Alkohol abzulehnen!
- 30) Versuchen Sie, dicke und dünne Personen beim Essen zu beob-

504

Auswahl der Verhaltensregeln

Verhaltensregeln 1 - 14: Kreuzen Sie hier die ausgewählten zehn Verhaltensregeln an:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Verhaltensregeln 15 - 30: Kreuzen Sie hier mindestens fünf Regeln an, die Sie ausgewählt haben:

15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Senden Sie uns dieses Formblatt am Wochenende zusammen mit den anderen Fragebogen zurück.

13. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr.

1) Diese Unterlagen sind für die 11. Behandlungswoche von Mo.,
den..... bis So, den..... Die Beobachtungskarten sind in
der Farbe hellgrün.

2) Die Massnahmen zur Selbstregulierung in der 11. Behandlungs-
woche enthalten zwei Aufgaben:

Ein Training zum Durchsetzen in schwierigen
Situationen

Aufhebung der Kaloriengrenze.

Die Instruktionen zu den Selbstregulierungsmassnahmen sind
diesmal sehr umfangreich.

Das liegt daran, daß das Durchsetzungstraining sehr schwierig
, aber auch enorm wichtig für einen Dauererfolg ist. Daher
haben wir dieses Gebiet sehr ausführlich behandelt.

Nehmen Sie sich also bitte die Zeit, um die Instruktionen
genau zu lesen und führen Sie die Aufgaben auch durch!

Mit freundlichen Grüßen!

Information - II. Teil

Ihr geehrte Frau

Ihr geehrter Herr

Sie erhalten hiermit die Zusatzinformation zu dem Programm der 11. Behandlungswoche. Das Ziel der selbstregulatorischen Maßnahmen in dieser Woche ist der Erwerb einer verbesserten Kontrolle des Essverhaltens in den für Sie besonders schwierigen Situationen.

Damit Sie ein besseres Verständnis für die beispielhaft angeführten "Durchsetzungsschritte" bekommen, halten wir noch ein paar zusätzliche Erläuterungen für notwendig.

Allgemeine Hinweise

- a) Das "Durchsetzungsprogramm" ist der wohl schwierigste Teil unserer Behandlung. Es erfordert nicht nur die konsequente Einhaltung bestimmter Verhaltensregeln in Ess-Situationen, sondern setzt sehr viel mehr Anstrengungen voraus: Sie müssen die schwierige Situation genau erkennen, entsprechend einen Plan zur Bewältigung der Situation aufstellen und dann eine Reihe verschiedenartiger Durchsetzungsschritte selbständig und situationsangepasst einsetzen. Sie müssen für jede schwierige Situation eine Strategie entwickeln.
- b) Wir glauben, dass Sie im Laufe der Therapie soviel an Fähigkeiten und Wissen über Verhaltensveränderungen und Selbstkontrolle gelernt haben, dass auch dieser schwierige Behandlungsteil von Ihnen gut und genau durchgeführt werden kann. Sie müssen sich allerdings darüber klar sein, dass das Durchsetzen in schwierigen Situationen geübt werden muss, und zwar schrittweise. Es braucht also einige Mühe, bis Sie Erfolge haben. Sie sollten daher die für Sie schwierigen Situationen regelrecht nach einem Plan trainieren, u.U. auch einmal als "Rollenspiel" im Freundeskreis.
- c) Unter Selbstkontrolle sollten Sie nicht verstehen, dass Sie die Probleme des Essens und des Übergewichts nur allein angehen können, sondern Selbstkontrolle bedeutet auch, dass Sie andere Personen aus Ihrem sozialen Umkreis mit heranziehen und darüber informieren, in welcher Weise diese Personen Ihnen helfen könnten.

Verändern Sie in dem Sinne auch Ihre Umwelt, dass Sie wichtige Partner- und Freundespersonen zur Bewältigung schwieriger Situationen heranziehen (vgl. die Beispiele unten).

Was ist der Zweck des Durchsetzungsprogramms?

Sie haben im Laufe der Therapie einige wichtige Lernprozesse durchgemacht, die insgesamt zu einer verbesserten Kontrolle der Nahrungsaufnahme geführt haben.

Auch wenn Sie sich im Moment Ihrer verbesserten Selbstkontrolle recht sicher sind, sollten Sie sich bewusst werden, dass immer einmal kritische Situationen auftreten können, die Sie dann in Ihren Bemühungen zurückwerfen.

So ist es z.B. schwierig, sich nach zwei oder drei Tagen, an denen man aus irgendwelchen Gründen "kräftig reingehauen" hat, wieder konsequent zu verhalten. Also ist es wesentlich besser, derartige Situationen schon vorher zu beherrschen.

Sie alle werden an den Punkt kommen, wo die Gewichtsabnahme für zwei oder drei Wochen stagniert oder nur sehr langsam vor sich geht. Darüber müssen Sie sich klar sein und sich dann besonders gut selbst beobachten und selbst kontrollieren. Es ist bekannt, dass es derartige Stagnationsphasen gibt und dass man danach weiterhin abnehmen kann; es handelt sich um eine Umstellung des Organismus.

Der Sinn des Durchsetzungsprogramms liegt also vor allem darin, sich rechtzeitig auf derartige schwierige Situationen einzustellen und sie dadurch besser beherrschen zu lernen.

Beispiel für Selbstkontrolle in einer schwierigen Situation

a) Eine Frau ärgert sich desöfteren über andere Personen aus ihrer Umgebung und gerät dann immer in depressive Verstimmungen, weil sie den Ärger in sich "hineinfrisst".

Die depressiven Verstimmungen führen regelmässig dazu, dass sie sich beim Einkaufen nicht mehr kontrollieren kann und zu Hause vorzugsweise abends, wenn Mann und Kinder schon im Bett sind, noch einmal unbeobachtet an den Kühlschrank geht.

Wenn sie keine depressiven Verstimmungen hat, passiert derartiges nicht, sie kann sich dann genau an das Behandlungsprogramm halten.

Wie kann man diese Situation bewältigen?

Den Ärger, der durch andere Personen ausgelöst wird, kann man nicht vermeiden, das kommt immer einmal vor. Aber man kann das übermässige Einkaufen und abendliche Essen kontrollieren.

Folgende Durchsetzungsschritte haben sich als nützlich erwiesen:

Das unkontrollierte Einkaufen kann man vermeiden, indem man immer dann, wenn man bemerkt, dass man in dieser depressiven Verstimmung ist, durch andere Strassen geht und den Anblick des "verführerischen" Ladens ausweicht.

Man kann die "Einkaufsregeln" verstärkt anwenden. Man kann sich durch andere Personen helfen lassen, die für einen einkaufen gehen.

Das heimliche abendliche Essen kann man dadurch kontrollieren, dass man die bisher ahnungslosen Kinder und den Ehemann über den wahren Sachverhalt informiert. Diese übernehmen dann vorübergehend die Schlüsselgewalt für die Küche.

Aus diesem Beispiel können Sie lernen:

1. Man muss erkennen, welche Bedingungen zu der kritischen Situation führen (Ärger, dann depressive Verstimmung).
2. Wann setzt die Selbstkontrolle aus? (unkontrolliertes Einkaufen, wenn man am Laden vorbeigeht; abendliches Kühlschrank-Naschen).
3. Wie kann man die unkontrollierten Verhaltensweisen frühzeitig stoppen? (durch andere Strassen gehen, wo kein Laden ist; abends nicht alleine aufbleiben).
4. Welche Personen können mir dabei wie helfen? (Kinder zum Einkaufen schicken; der Mann schliesst abends die Küche ab).

Sie sollten folgendes wissen: Wenn Sie einmal eine schwierige Situation gut durchgestanden haben, so wird es Ihnen in der Zukunft immer wesentlich leichter fallen.

Machen Sie daher die Aufgabe 7 im Durchsetzungsprogramm wirklich einmal durch, d.h. suchen Sie die für Sie schwierigen Situationen aus und üben Sie die entsprechenden Durchsetzungsschritte.

Füllen Sie bitte das Antwortblatt aus!

Mit freundlichen Grüßen

Massnahmen zur Selbstregulierung in der 11. Behandlungswoche

Leitung:

Die Massnahmen zur Selbstregulierung in dieser Behandlungswoche betreffen spezielle Schwierigkeiten, die dem Ziel einer kontinuierlichen Abnahme und einem ungestörten Befolgen der Therapieschritte häufig entgegenstehen.

Sie selbst haben uns berichtet, in welchen Situationen es Ihnen besonders schwer fällt, die Verhaltensregeln und andere Instruktionen Ihres Behandlungsprogramms einzuhalten. Typischerweise handelt es sich dabei um gesellschaftliche Situationen: zu Besuch sein; eingeladen sein; im Restaurant essen; mit Kollegen in der Kantine essen; am Wochenende. Es können aber auch mehr individuelle Schwierigkeiten sein: eine zeitlang nicht abgenommen haben; Ärger haben; unter Druck stehen.

Wir glauben, dass Sie in der bisherigen Therapie schon soviel zur besseren Kontrolle Ihres Essverhaltens und der Gewichtsverminderung gelernt haben, dass Sie nun auch aktiv derartige schwierige Situationen beherrschen können. Wir geben Ihnen dazu als Beispiel einige hilfreiche Anleitungen, die sich schon des öfteren als sehr hilfreich erwiesen haben.

Zukünftig die genannten schwierigen Situationen besser bewältigen zu können, wird es Ihnen auch noch hilfreich sein, dass Sie schon eine Reihe von Therapieerfolgen erreicht haben: Gewichtsverminderung, mehr körperliche Aktivität, dadurch eine bessere Körperempfindung, mehr Selbstbewusstsein, und schliesslich haben Sie auch schon zehn Wochen lang Standfestigkeit und Durchhaltevermögen bewiesen.

Folgen Sie also auch die hier vorgeschlagenen "Durchsetzungsschritte" bewusst und sorgfältig! So können Sie dann in Zukunft kleine Rückschläge (die Sie z.B. an Festtagen teilweise hatten) besser hindern.

Wir weisen noch darauf hin, dass es Ihnen überlassen bleibt, welche der beispielhaft vorgeschlagenen Durchsetzungsschritte Sie üben und beibehalten wollen. Nach der Therapie müssen Sie ja auch selbst entscheiden.

Es kann es vorkommen, dass für Sie persönlich ganz andere schwierige Situationen bestehen. Dann sollten Sie selbst Durchsetzungsschritte festlegen, wobei Sie sich an unseren Beispielen orientieren können.

Durchsetzungsprogramm

Allgemeine Hinweise:

Wenn sich eine schwierige Situation ankündigt (z.B. Einladung zum Essen), dann machen Sie sich einen Plan: z.B.: wieviel Kalorien kann ich aufnehmen; wieviel Gläser Wein kann ich trinken; auf welche Regeln sollte ich besonders achten; wieviel Kalorien kann ich vorher einsparen.

Wenn es geht, sollten Sie schwierige Situationen bewusst aufsuchen, entsprechende Schritte üben zu können.

Nehmen Sie sich dann kleine Aufgaben vor, die Sie mit Erfolg bewältigen können.

Belohnen Sie sich hinterher, wenn Sie tatsächlich Aufgaben in schwierigen Situationen bewältigt haben. Die Art der Belohnung sollten Sie vorher festlegen.

Wenn sich eine schwierige Situation ankündigt (z.B. Einladung zum Essen), so versuchen Sie, möglichst früh einzugreifen (z.B. rufen Sie den Gastgeber an und teilen Sie mit, über welche Speisen Sie sich freuen würden). Also überlegen Sie sich: was kann ich vorher tun, was kann ich in der Situation tun, was kann ich nachher tun.

Bei besonders grossen Schwierigkeiten (typischerweise geselliges Essen bei anderen Personen) können Sie einmal bei sich zu Hause die Situation durchspielen, um sie zu üben. Laden Sie dazu ein paar Bekannte ein.

Beispiele für Durchsetzungsschritte

Merige Situation: in Gesellschaft essen (Besuch, Einladung)

Was kann ich vorher tun?

Wenn vorher (telefonisch) die eigenen Wünsche vortragen. Vorteil: man muss eine Einladung oder Speisen nicht ablehnen, Sie können dem Gastgeber das Gefühl geben, dass er doch etwas Gutes für Sie tun kann.

Bei anderen Gelegenheiten Gastgebern (bei denen man vermutlich eingeladen ist) über das eigene Abnahmeprogramm genau informieren.

Plan machen, wie man sich verhalten will: welche Regeln beachten; welche Argumente zum Ablehnen von Speisen und Getränken; wieviel Gläser Wein kann ich trinken.

Vorher Kalorien einsparen (aber nicht zuviel, da Sie die Kalorien regelmässig über den Tag verteilen sollen).

Nehmen Sie sich jemanden mit, der Sie in der Situation unterstützt.

Üben Sie die Situation bei sich zu Hause im Rollenspiel (Sie spielen den Gast, ein guter Freund von Ihnen spielt einen hartnäckigen Gastgeber).

Was kann ich in der Situation tun?

-) An den Plan halten (z.B. Anzahl Gläser Wein; Zeitregeln!).
-) Ablehnen von Nahrungsmitteln, alkoholischen Getränken mit plausiblen Argumenten (s. Regel 29).
-) Ablehnen von Nahrungsmitteln, alkoholischen Getränken gemäss den eigenen Interessen, das Abnahmeprogramm einzuhalten.
-) Suchen Sie Streitgespräche, wenn man Sie mit allen Tricks zum Essen bringen will:
 - Verweisen Sie auf Ihre Erfolge, die von Ihrer Standfestigkeit abhängig gewesen sind.
 - Erzählen Sie, dass Sie abnehmen, obwohl Sie genug und genussvoll essen können.
 - Wenn man an Ihrer Genussfähigkeit zweifelt, so verweisen Sie darauf, dass Sie sich nach dem Abnehmen viel wohler fühlen und viel aktiver sind.
 - Diskutieren Sie die Ähnlichkeiten von Essen und Rauchen als süchtigem Verhalten. Allerdings: Fett kann man sehen und wieder verlieren, die schwarze Lunge bleibt, aber man sieht sie eben nicht.
 - Erläutern Sie, dass Sie nicht mehr dem alten Bild vom "unkontrollierten Fresser" entsprechen wollen.

Was kann ich nachher tun?

-) Überlegen, welche Punkte man eingehalten hat. Dafür belohnen.
-) Überlegen, wo man Punkte nicht eingehalten hat. (War die Aufgabe zu schwierig? War der Plan falsch? usw.)
-) Wenn Sie zuviel gegessen haben, dann sparen Sie hinterher einige Kalorien ein, aber nicht zuviel!

Schwierige Situation: im Restaurant essen

Was kann ich vorher tun?

- 14) Wenn Sie mit jemanden in ein Restaurant gehen: vorher erläutern, daß Sie gerne essen gehen, aber sich nicht den Bauch vollschlagen wollen.
- 15) Einen Plan machen: kalorienarme Getränke festlegen; wieviel Gläser Alkohol erlaubt sind; welche Regeln zu beachten sind.
- 16) Nur in Restaurants gehen, von denen man weiß, daß es kalorienarme Speisen führt.
- 17) Wenn es häufig vorkommt, daß Sie sich im Restaurant genötigt fühlen, viel zu konsumieren, so üben Sie es einmal, in ein Restaurant zu gehen und nur wenig und billige Dinge zu bestellen (z.B. ein Glas Tee).

Was kann ich in der Situation tun?

- 18) Den Plan und die Regeln einhalten, z.B. keinen Dessert bestellen, wenn es nicht dem Plan entspricht.
- 19) Den Kellner oder Geschäftsführer nach extra kalorienarmen Menüs fragen.
- 20) Wenn kalorienreiche Bestandteile zum Menü gehören, eine Beilagenänderung beantragen.
- 21) Wenn Sie ein Gericht serviert bekommen, bei dem das Fleisch sehr fett ist und in einer Sauce schwimmt: zurückgehen lassen.
- 22) Wenn Ihnen die Punkte 19-21 verweigert werden: das Lokal sofort verlassen.
- 23) Kalorienhaltige Dinge übrig lassen (Regel 12!).
- 24) Bemühen Sie sich um ein gutes Tischgespräch.

Was kann ich nachher tun?

- 25) Belohnen Sie sich, wenn Sie den Plan gut eingehalten haben.
- 26) Prüfen Sie nach, warum Sie den Plan nicht eingehalten haben.
- 27) Wenn Sie zuviel Kalorien konsumiert haben, so sparen Sie an den nächsten Tagen einige wieder ein.

Schwierige Situation: am Wochenende

Was kann ich vorher tun?

- 28) Machen Sie sich einen genauen Plan: wo verbringe ich das Wochenende, was unternehmen wir, wie oft wird gegessen, was wird eingekauft.

29) Prüfen Sie den Plan mit den anderen Personen ab.

30) Planen Sie Unternehmungen, die sich mit häufigem Essen nicht vereinbaren lassen; im Sommer gibt es viele Gelegenheiten.

31) Beachten Sie die Einkaufsregeln: Regel 22-27!

Was kann ich in der Situation tun?

32) Halten Sie sich an den Plan.

33) Wenn Sie häufig den Impuls fühlen, Sie müssten eine leckere Kleinigkeit essen, so befolgen Sie konsequent die Regeln 15-17 und 21!

34) Wenn Sie die Gewohnheit haben, Sonntags immer etwas "besonders Gutes" essen zu müssen, so wenden Sie einmal verstärkt die Regel 27 an.

35) Befolgen Sie konsequent die Regeln 2-4!

Was kann ich nachher tun?

36) Wenn Sie den Plan eingehalten haben und gut über das Wochenende gekommen sind, dann belohnen Sie sich.

37) Wenn es nicht geklappt haben sollte, dann ergründen Sie die Ursachen.

38) Sparen Sie in den nächsten Tagen einige Kalorien ein.

Schwierige Situation: unter Zeitdruck essen

Was kann ich vorher tun?

39) Machen Sie sich einen Plan entsprechend der Verhaltensregel 5: wählen Sie die Zeitpunkte der Mahlzeiten so, daß Sie möglichst viel Zeit haben (Für Ihr Ziel, abzunehmen, ist eine regelmäßige und langsame Nahrungsaufnahme wichtig, also nehmen Sie sich die Zeit!).

40) Stellen Sie das Telefon ab, Schließen Sie die Tür Ihres Arbeitszimmers ab, legen Sie keine Termine auf die Esszeiten.

Was kann ich in der Situation tun?

41) Wenn Sie momentan unter Zeitdruck stehen sollten und die Verhaltensregeln nicht einhalten können, dann verschieben Sie die Mahlzeit auf einen besseren Zeitpunkt.

42) Kompromisslösung: essen Sie einen Teil der Mahlzeit bewußt langsam, den Rest schnell.

Was kann ich nachher tun?

43) Wenn Sie schnell unter Zeitdruck gegessen haben, so sorgen Sie dafür, daß sie die nächste Mahlzeit in Ruhe und langsam zu sich nehmen können.

44) Belohnen Sie sich für langsames Essen!

Schwierige Situation: nicht abgenommen haben

Die Schwierigkeit einer solchen Situation ist anders gelagert, man kann sie nicht direkt mit einem Plan usw. angehen. Man kann auch nicht von vornherein sicher sein, daß man nicht in eine solche Lage kommt. Nur sollte man nicht gleich den Mut sinken lassen: "es geht ja doch nicht!".

Was kann ich tun?

Begründen Sie die Ursache: wie habe ich mich in den letzten Tagen gefühlt; wieviel habe ich gegessen oder getrunken; wie schnell ging die Gewichtsabnahme bisher; welche Medikamente habe ich genommen; wie regelmäßig ist der Stuhlgang; usw.

- 46) Machen Sie sich klar, daß es Tagesschwankungen gibt: morgens sind Sie bis zu 1 1/2 kg leichter als abends.
- 47) Machen Sie sich klar, daß spontane Gewichtsschwankungen von 1-2 kg immer auf Wasserverlagerungen zurückzuführen sind. Vielleicht haben Sie in der letzten Zeit viel (auch kalorienfreie) Getränke zu sich genommen.
- 48) Wiegen Sie sich nicht zu häufig, schon gar nicht täglich. Das verwirrt, und echte Gewichtsveränderungen können Sie eigentlich erst nach einer Woche feststellen. (normalgewichtige Personen wiegen sich auch nicht täglich!).
- 49) Wenn Sie zunehmen sollten, so verhalten Sie sich wie ein Dünnler: Kaloriengrenze und Verhaltensregeln besonders gut einhalten!
- 50) Setzen Sie sich zum erneuten Abnehmen entsprechend unserem Therapieprogramm für jeden Tag kleine Ziele und belohnen Sie sich mit kleinen Dingen, wenn Sie die Ziele erreichen.
- 51) Suchen Sie Unterstützung bei verständigen Leuten. Das Abnehmen braucht nicht Ihre Privatsache zu sein.

Wir haben Ihnen jetzt beispielhaft einige schwierige Situationen dargestellt und Durchsetzungsschritte zum Lösen der Probleme ange-

Aufgaben durchführen:

Aufgabe 7:

Suchen Sie die für Sie schwierigen Situationen so gut wie möglich auf. Üben Sie die Durchsetzungsschritte so gut wie möglich. Die schwierigen Situationen können auch andere als unsere Beispiele sein.

Überlegen Sie sich dann selbst einige Durchsetzungsschritte.

Tragen Sie dann in das beiliegende Antwortblatt "Durchsetzen in schwierigen Situationen" ein, in welchen Situationen Sie gewesen sind, wie oft, ob Sie sie gut bestanden haben, welche Durchsetzungsschritte Sie benutzt haben, ob Sie sich belohnt haben.

Senden Sie das Antwortblatt am Wochenende an uns zurück.

Eine weitere Massnahme zur Selbstregulierung in der 11. Woche

Sie haben sich bisher beim Essen täglich an die von uns und dann von Ihnen selbst festgesetzte Kaloriengrenze gehalten.

Das Ziel der Therapie besteht nun schließlich darin, ohne Grenze kontrolliert zu essen, d.h. sich täglich auf einen für die Abnahme günstigen Kalorienwert einzupendeln durch besser kontrollierte Essverhaltensweisen. Es sollte eigentlich nicht mehr vorkommen, daß Sie plötzlich mit dem Essen aufhören müssen, weil Sie den Grenzwert schon erreicht haben.

Also sollten wir in den letzten beiden Wochen einmal ausprobieren, wie gut Sie die Kalorieneinnahme durch veränderte Essgewohnheiten regulieren können, wenn kein Grenzwert mehr vorgeschrieben ist.

Lassen Sie also für die 11. und 12. Behandlungswoche die Kalorien-
grenze weg!

Aufgabe 8:

Lassen Sie von nun an die Kaloriengrenze weg. Richten Sie sich bei Ihren täglichen Mahlzeiten nicht mehr nach der Kaloriengrenze, sondern essen Sie nur noch entsprechend Ihrer neu gelernten Essverhaltensweisen.

Versuchen Sie auf diese Art und Weise weiterhin abzunehmen. Zur Selbstkontrolle schauen Sie abends auf die Esskarte, bei welchem Kalorienwert Sie angelangt sind.

Name:
Kontroll-Nr.:

Datum:

Antwortblatt:

"Durchsetzen in schwierigen Situationen"

Auf diesem Blatt sollen Sie angeben, in welcher der schwierigen Situationen Sie gewesen sind, wie oft und wie gut Sie die Situationen in diese Woche Bestanden haben.

Ferner sollen Sie jeweils die Nummern derjenigen Durchsetzungsschritte ankreuzen, die Sie in der Situation verwendet haben.

Schicken Sie uns dieses Antwortblatt am Wochenende bitte zurück!

| SCHWIERIGE SITUATION | DURCHSETZUNGSSCHRITTE |
|---|--|
| IN Gesellschaft essen (Besuch, Einladung)
wie oft? ___ mal
gut bestanden? ja ___ nein ___
Belohnung? ja ___ nein ___ | 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10 11 12 13 |
| Im Restaurant essen
wie oft? ___ mal
gut bestanden? ja ___ nein ___
Belohnung? ja ___ nein ___ | 14 15 16 17 18 19 20
21 22 23 24 25 26 27 |
| am Wochenende
wie oft? ___ mal
gut bestanden? ja ___ nein ___
Belohnung? ja ___ nein ___ | 28 29 30 31 32
33 34 35 36 37 38 |
| unter Zeitdruck essen
wie oft? ___ mal
gut bestanden? ja ___ nein ___
Belohnung? ja ___ nein ___ | 39 40 41 42 43 44 |
| nicht abgenommen haben
wie oft? ___ mal
gut bestanden? ja ___ nein ___
Belohnung? ja ___ nein ___ | 45 46 47 48 49 50 51 |
| weitere Situationen: _____

(wie oben ausfüllen) | eigene Durchsetzungsschritte angeben: |

4. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

- 1) Diese Unterlagen betreffen Ihre 12. Behandlungswoche von Montag, den _____ bis Sonntag, den _____. Die zugehörigen Ess- und Bewegungskarten haben die Farbe hellbraun.
- 2) Sie haben nach dieser 12. Behandlungswoche das Ende der eigentlichen Therapie erreicht. Wir geben Ihnen daher jetzt einen Überblick über den weiteren zeitlichen Ablauf:
 - a) Wir möchten Sie zu einem Besprechungstermin am Montag, den _____ von 19.00 - 21.00 h einladen. Kommen Sie möglichst schon um 19.00 h und halten Sie sich bitte diesen Termin frei. Wenn Sie zu diesem Termin nicht kommen können, so vereinbaren Sie bitte mit uns umgehend einen passenden Zeitpunkt.
 - b) Nach der 12. Behandlungswoche folgt eine fünfwöchige Behandlungspause, an die sich die 14-tägige Nachbehandlungsphase anschließt. Sollten Sie entsprechend diesem Zeitplan während der 14-tägigen Nachbehandlung nicht erreichbar sein (Urlaub etc.), so setzen Sie uns bitte rechtzeitig davon in Kenntnis. Wir können diese Nachbehandlung dann verlegen.
Weitere Informationen über die Nachbehandlung erhalten Sie von uns schriftlich.
- 3) Folgende Therapiemaßnahmen sind Inhalt der 12. Behandlungswoche:
Stabilisierung des Bewegungsprogramms
Stabilisierung des Belohnungsprogramms
Bewertung des Therapieverlaufs
Information über Gesundheit und Übergewicht
Schauen Sie sich bitte dazu die Instruktionen genau an.

Mit freundlichen Grüßen

Therapiemaßnahmen in der 12. Behandlungswoche

Stabilisierung des Bewegungsprogramms

Die meisten von Ihnen haben das Bewegungsprogramm in der 6. Behandlungswoche in der von uns vorgeschlagenen Form als nützlich empfunden und durchgeführt. Einige konnten es vielleicht nicht durchführen. In jedem Falle lohnt sich aber eine Wiederholung und damit Stabilisierung des Programms.

Lesen Sie sich also bitte das Programm der 6. Woche noch einmal durch!

Dann geben wir Ihnen Ihre durchschnittlichen Kalorienausgaben durch zusätzliche körperliche Bewegung in den Behandlungswochen 6 - 10 an:

- 6 Woche: _____ Kal.
- 7 Woche: _____ Kal.
- 8 Woche: _____ Kal.
- 9 Woche: _____ Kal.
- 10 Woche: _____ Kal.

Aufgabe 9:

Vergleichen Sie diese Werte mit dem von uns errechneten Wert in der Anleitung zum Bewegungsprogramm der 6. Woche.

Steigern Sie diese Werte durch zusätzliche körperliche Aktivität um mindestens weitere 50 Kalorien täglich in dieser Woche.

Wir geben Ihnen noch eine weitere Empfehlung:

Überlegen Sie sich einmal, ob Sie nicht neben dieser gesteigerten "Alltagsaktivität" noch eine bestimmte, Ihnen Spass machende Sportart regelmässig (z.B. wöchentlich) betreiben wollen.

Durch die Gewichtsabnahme sind Sie bewegungsfähiger, ausdauernder und attraktiver geworden, so dass jetzt eine günstige Gelegenheit gegeben ist, zusammen mit Freunden oder Bekannten eine Sportart zu betreiben (z.B. in einem Verein).

Wenn Sie sich dazu entschliessen, so sollten Sie es auf jeden Fall zusammen mit anderen Personen tun, man überwindet sich leichter und es macht mehr Spass.

Stabilisierung des Belohnungsprogramms

Sie sollten Ihr Belohnungsprogramm aus der 8. Behandlungswoche jetzt noch einmal systematisch einsetzen, z.B. im Zusammenhang mit der Steigerung Ihrer körperlichen Aktivität in dieser Woche.

Beispiel: Wenn Sie sich in Ihrer zusätzlichen körperlichen Bewegung an einem Tag um mindestens 50 Kalorien gesteigert haben, so machen Sie davon eine kleine Belohnung abhängig: Schallplatte anhören, Zeitschrift kaufen oder lesen, Telefongespräch usw. Ihr Durchhalten in der Therapie können Sie mit Tennisstunden, einem Segelkurs oder einer Bergwanderung belohnen.

Am Ende der 12. Woche sollten Sie uns einen Überblick geben, welche konkreten Belohnungen Sie in den letzten vier Wochen tatsächlich erhalten bzw. sich gemacht haben, oder: was als Belohnung wirksam gewesen ist.

Aufgabe 10:

Tragen Sie in dem beiliegenden Antwortblatt "Bericht über Belohnungen" alle diejenigen Belohnungen ein, die Sie in den letzten vier Wochen tatsächlich erfahren, erhalten oder sich selbst gemacht haben.

Nennen Sie auch die Belohnung, die Sie sich für den Abschluss der Therapie gesetzt haben.

Senden Sie uns dieses Antwortblatt am Ende der Woche zu!

3) Bewertung des Therapieverlaufs

Sie sollten sich einmal Rechenschaft darüber ablegen, welche Erfolge Sie in der Therapie erreicht haben. Dies betrifft sowohl die Gewichtsabnahme als auch besonders die verbesserte Selbstkontrolle aufgrund veränderter Essgewohnheiten.

Im Zusammenhang damit führen Sie am Ende dieser 12. Woche bitte auch noch die folgende Aufgabe aus:

Aufgabe 11:

Schätzen Sie in dem beiliegenden Antwortblatt "Bewertung der Therapieschritte" die Nützlichkeit und die Schwierigkeit der einzelnen wöchentlichen Therapiemaßnahmen für Ihr individuelles Abnehmen bzw. für das Erlernen der Selbstkontrolle ein.

Senden Sie uns auch dieses Antwortblatt am Wochenende zurück.

4) Lesen Sie sich bitte in Ruhe die Informationen "Ernährung, Übergewicht und gesundheitliche Folgen" durch. Es ist gut, wenn man sich auch darüber etwas klarer wird.

5) Senden Sie uns bitte am Wochenende auch die "Tests zum Befolgen der Verhaltensregeln" aus der 3., 4. und 5. Behandlungswoche zurück.

Name: _____

Datum: _____

Kontroll-Nr. _____

Antwortblatt: "Bewertung der Therapieschritte"

Ben Sie bitte an, wie nützlich Ihrer Überzeugung nach die einzelnen Therapieschritte für Ihr Bemühen waren, Gewicht zu verlieren. Nutzen Sie dazu die folgende Einstufung:
1:gar nicht 2:etwas 3:mittelmäßig 4:gut 5:sehr nützlich

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| selbstbeobachtung mittels Esskarte u. Kalorienkompass | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Information über Ernährung, Kalorien, Gesundheit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Austausch von Nahrungsmitteln und andere Zubereitung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Einstsetzung einer Kalorienhöchstgrenze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verhaltensregeln 1-4 (zur situativen Kontrolle) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verhaltensregeln 5-9 (zur zeitlichen Kontrolle) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verhaltensregeln 10-13 (zur mengenmäßigen Kontrolle) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bewegungsprogramm und Regel 14 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Belohnungsprogramm für "Regeltage" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Programm zur Selbstbelohnung für erreichte Ziele | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anerkennung, Lob, Geschenke durch andere Personen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anmeldung über den Therapieverlauf bis zur 6. Woche | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Unabhängiges Festsetzen der Kaloriengrenze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Unabhängige Auswahl der Verhaltensregeln | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vorbereitung zum Durchsetzen in schwierigen Situationen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Freigabe der Kaloriengrenze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Stabilisierung des Bewegungs- u. Belohnungsprogramms | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Geben Sie nun bitte noch an, wie schwierig das Durchführen der einzelnen Therapieschritte für Sie persönlich während der Behandlung gewesen ist.

Benutzen Sie dazu die folgende Einstufung:

1:sehr leicht 2:leicht 3:mittel 4:schwer 5:sehr schwer

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| Selbstbeobachtung mittels Esskarte und Kalorienkompass | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Information über Ernährung, Kalorien, Gesundheit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Austausch von Nahrungsmitteln und andere Zubereitung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Festsetzung einer Kalorienhöchstgrenze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verhaltensregeln 1-4 (zur situativen Kontrolle) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verhaltensregeln 5-9 (zur zeitlichen Kontrolle) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Verhaltensregeln 10-13 (zur mengenmäßigen Kontrolle) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Bewegungsprogramm und Regel 14 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Trainingsprogramm für "Regeltage" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Programm zur Selbstbelohnung für erreichte Ziele | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anerkennung, Lob, Geschenke durch andere Personen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Rückmeldung über Therapieverlauf bis zur 6. Woche | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Selbständiges Festsetzen der Kaloriengrenze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Selbständige Auswahl der Verhaltensregeln | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Anleitung zum durchsetzen in schwierigen Situationen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Freigabe der Kaloriengrenze | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Stabilisierung des Bewegungs- u. Belohnungsprogramms | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Geben Sie bitte noch an, welches Körpergewicht Sie in der Zeit nach der Therapie noch erreichen wollen: _____ kg

Name: _____

Datum: _____

Kontroll-Nr.: _____

Antwortblatt: "Bericht über Belohnungen"

Sie sollten in der 8. Behandlungswoche für sich selbst ein Belohnungsprogramm zur Stabilisierung Ihrer Therapiefortschritte aufstellen. Wir möchten nun gerne wissen, wofür Sie sich tatsächlich belohnt haben, womit und wie oft, und zwar für die 11. u. 12. Behandlungswoche.

11. Behandlungswoche

| Wofür haben Sie sich belohnt? | womit? | wie oft? |
|---|--------|----------|
| Geben Sie hier die kleineren Ziele oder Schritte an, für die Sie sich in dieser Woche belohnt haben (z.B. eine Regel einen Tag einhalten, einem Glas Bier widerstehen haben, Schwierige Situation gemeistert haben usw.): | | |
| | | |
| Geben Sie hier die größeren oder längerfristigen Ziele an (z.B. das Bewegungsprogramm eine Woche lang durchführen, eine Gewichtsabnahme von 1 Pfund pro Woche): | | |
| | | |

Auch andere Personen haben Sie vielleicht wegen der Therapiefortschritte belohnt:

Wie oft haben Sie in dieser Woche Lob, Anerkennung bekommen? _____

Wie oft haben Sie in dieser Woche kleine Geschenke bekommen? _____

12. Behandlungswoche (Eintragung wie bei 11. Behandlungswoche)

| Wofür haben Sie sich belohnt? | womit? | wie oft? |
|-------------------------------|--------|----------|
| Kleine Ziele: | | |
| Große Ziele: | | |

Wie oft haben Sie in dieser Woche Lob, Anerkennung bekommen? _____

Wie oft haben Sie in dieser Woche kleine Geschenke bekommen? _____

ERNÄHRUNG, ÜBERGEWICHT UND GESUNDHEITLICHE FOLGEN

Ein dauerhafter Erfolg bei der Verminderung des Übergewichts ist nur durch die umfassende Veränderung bisheriger Essgewohnheiten möglich.

Dazu gehört auch eine Umstellung bei der Verwendung von Nahrungsmitteln und bei der Nahrungszubereitung. Wir haben Ihnen daher zu Beginn unserer Behandlung in der 2. Behandlungswoche "Richtlinien für eine Kost bei Übergewicht" gegeben mit Informationen über die Grundnährstoffe Eiweiss, Fett und Kohlenhydrate.

Beachten Sie auch weiterhin diese grundlegenden Hinweise für die Zusammenstellung Ihrer täglichen Mahlzeiten!

Wir geben Ihnen hiermit weitere wichtige Informationen zu diesem Thema, besonders unter dem Blickwinkel der medizinischen Kriterien einer vernünftigen Ernährung und der gesundheitlichen Folgen des Übergewichts.

Zulässige Menge der Nahrungsmittel:

Es gibt viele und sehr verschiedenartige Ursachen des Übergewichts, die meistens noch gar nicht genau untersucht werden konnten.

Im Endeffekt ist Übergewicht aber immer Folge einer momentanen oder früheren positiven Kalorienbilanz, d.h. es sind mehr Kalorien aufgenommen worden als verbraucht werden konnten.

In unserer Therapie haben wir daher die Regulation der Kalorienaufnahme (Essen und Trinken) und Kalorienabgabe (Bewegung) in den Mittelpunkt gestellt. Beides sind wirksame Massnahmen, wobei ein Erfolg in der Gewichtsabnahme schneller durch eine Einschränkung in der Kalorienaufnahme erzielt wird. Bewegung fördert die allgemeine Gesundheit.

Wieviel ein erwachsener Mensch an Kalorien durch Essen und Trinken aufnehmen darf, hängt u. a. von seiner täglichen körperlichen Belastung, seiner Körpergröße, seinem Gewicht, seinem Alter und seinem Geschlecht ab.

Einige Tatsachen:

1. Körperliche Belastung: Im Gegensatz zu früher sind heute 70-80% unserer Bevölkerung Leiharbeiter; obwohl deshalb der tägliche Kalorienbedarf ständig sinkt, wird doch mehr gegessen und getrunken, etwa 600-1000 Kalorien täglich zuviel!

Janismus (wenigleich auch hochwertige und gesunde Nahrung).

Paustregel: von 35-55 Jahren 5%=100 Kalorien
von 55-75 Jahren 8%=150 Kalorien
von 75 Jahren 10%=200 Kalorien Täglich weniger!

3. Geschlecht: Im Durchschnitt benötigen Frauen 600 Kalorien weniger als Männer im gleichen Alter.

4. Gewicht: Es gibt Tabellen, die die angeblich zulässige Kalorienmenge angeben. Diese Werte liegen leider oft erheblich zu hoch (z.B. im KLEVER-Kompass!), weil nicht berücksichtigt wird, daß der durchschnittliche Normalbürger zu schwergewichtig ist.

Sie sollten sich in Zukunft an folgendes halten: wenn Sie Ihr Idealgewicht annähernd erreicht haben, so können Sie mit der von uns festgesetzten Kalorienhöchstgrenze plus 300-500 Kalorien gut leben und werden nicht zunehmen.

ERLAUBTE KALORIENMENGE: KALORIENHÖCHSTGRENZE plus 300 KALORIEN

Zusammensetzung der Nahrung:

Neben der erlaubten Kalorienmenge pro Tag sollten Sie auf eine richtige und gesunde Zusammensetzung Ihrer Nahrung Wert legen. Für Sie als Leichtarbeiter sollte gelten: die erlaubte Gesamtkalorienmenge teilt sich auf in 15% Eiweiss, 30% Fett, 55% Kohlenhydrate.

NAHRUNG: 15% EIWEISS 30% FETT 55% KOHLENHYDRATE

Aufteilung einer täglichen Kalorienmenge von 2000:

15% = 300 Kalorien = 80g Eiweiss
30% = 600 Kalorien = 75g Fett;
55% = 1100 Kalorien = 280g KH
100% = 2000 Kalorien,

Welche Nährstoffe werden zuviel aufgenommen?

Einige Tatsachen:

1. Statt 75g bis höchstens 100g Fett täglich konsumiert der Bundesbürger durchschnittlich 140g Fett, d.h. 360 bis 585 Kalorien täglich zuviel!

Gebot der Stunde: Vermeidung der Hauptfettlieferanten Butter, Margarine, Speisefett aller Art; nur fettreduzierte Milchprodukte und fettarme Fleisch- und Wurstsorten essen.

2. Erhöhter und ständig steigender Alkoholkonsum in Europa (Ausnahme: Schweiz):

In der Bundesrepublik wurden 1961 pro Kopf der Bevölkerung 11,5 l Reinalkohol getrunken, dafür wurden DM 220,- pro Kopf aufgewendet. 1969 wurden schon 14 l Reinalkohol getrunken und dafür ungefähr DM 350,- pro Kopf der Bevölkerung gezahlt.

1 g Alkohol hat 7,1 Kalorien. Im Durchschnitt nimmt der Bundesbürger durch alkoholische Getränke bis zu 300 Kalorien täglich mehr auf!

3. Im Gegensatz zum übergrossen Fett- und Alkoholkonsum ist nach Ansicht der Experten der Verbrauch von Kohlenhydraten (außer Zucker-Süssigkeiten) nicht für das Übergewicht in unserer Bevölkerung verantwortlich.

Bei einer Abnahmekur sollte daher der Fett- und Alkoholkonsum eingeschränkt werden, nicht dagegen der Verbrauch von Kohlenhydratträgern wie Gemüse, bestimmte Brotsorten usw. (außer Zucker natürlich!), da dann häufig wichtige Mineralien und Vitamine verloren gehen würden.

Der Eiweissanteil sollte auf 20 % gesteigert werden, wie auch bei der Ernährung im Alter.

600 KALORIEN TÄGLICH ZUVIEL WEGEN FETT UND ALKOHOL

Gesundheitliche Folgen des Übergewichts:

Die gesundheitliche Gefährdung übergewichtiger und fettsüchtiger Personen nimmt mit dem Alter und der Dauer des bestehenden Übergewichts stark zu.

Gesundheitliche Folgeerscheinungen des Übergewichts treten daher meistens erst in der zweiten Lebenshälfte auf; wirksam bekämpfen kann man sie allerdings nur früher, d.h. man muß sein Übergewicht schon in jungen Jahren zu vermindern suchen.

Einige Tatsachen:

1. Die Lebenserwartung von Personen mit mindestens 10% Übergewicht ist um 18% vermindert. Das betrifft in Deutschland rund 40% der Männer und rund 60% der Frauen.

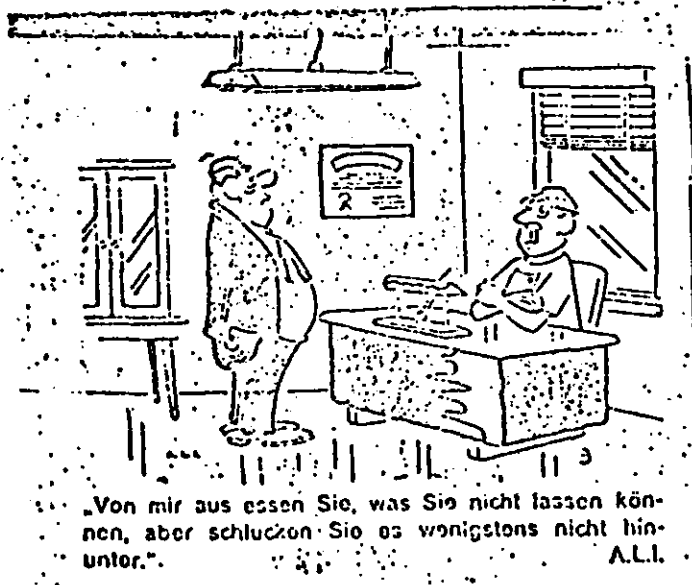
Die Lebenserwartung von fettsüchtigen Personen mit mindestens 30% Übergewicht ist um 50% vermindert. Das betrifft rund 20% Männer und rund 40% der Frauen in der Bundesrepublik.

2. Bei Übergewicht und Fettsucht treten die folgenden gesundheitlichen Schäden mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auf:

- Diabetes mellitus (Zucker)
- Bluthochdruck
- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkt
- Degenerative Skeletterkrankungen
- Arteriosklerose
- Gallensteinleiden
- Fettleber

Da Sie jetzt mit großer Ausdauer schon seit 12 Wochen kontinuierlich daran arbeiten, Ihr Übergewicht zu vermindern, sind Sie gleichzeitig auf dem Weg, das große Risiko gesundheitlicher Schäden und der damit verbundenen Schwierigkeiten und Kosten zu verringern.

JEDES ABGENOMMENE KG ERHÖHT DIE LEBENSERWARTUNG UM 2%



15. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

1. Wie wir Ihnen bereits mehrfach angekündigt hatten, ist im Rahmen unserer Therapie eine weitere 14-tägige Behandlungsphase vorgesehen, und zwar in dem Zeitraum von Montag, den bis Sonntag, den

Wir hoffen, daß Sie an dieser Nachbehandlung teilnehmen wollen und auch können. Zu Beginn dieser Nachbehandlung möchten wir Sie daher zu einem gemeinsamen Besprechungstermin einladen.

DIESER TERMIN IST FÜR SIE AM UM UHR

Kommen Sie bitte zu diesem Zeitpunkt oder sagen Sie rechtzeitig telefonisch ab unter der Telefon-Nr.

2. In den 5 Wochen seit Beendigung der 12-wöchigen Behandlung sind Sie mehr oder weniger auf sich allein angewiesen gewesen, denn es fielen die ständigen Kontrollen durch uns weg.

Wir nehmen an, daß Sie in dieser Zwischenzeit unterschiedliche Erfahrungen und Erfolge gehabt haben, unter Umständen auch keine Erfolge, sondern Schwierigkeiten mit dem Durchhalten des neu gelernten Essverhaltens und auch mit dem Gewicht aufgetreten sind. Der Sinn der vorgesehenen Nachbehandlung besteht nun darin, die gemachten Erfahrungen aufzuarbeiten und vor allem die aufgetretenen Schwierigkeiten zu klären. Es wird sehr gut möglich sein, die bei Ihnen aufgetretenen Schwierigkeiten und speziellen Probleme gezielt zu behandeln, da Sie auf Grund der bisherigen Therapie in der Lage sein werden, die besonderen Umstände und Anlässe von diesen Schwierigkeiten und Problemen anzugeben.

Außerdem hat es sich als sehr nützlich erwiesen, bestimmte Bestandteile der Therapie nach einigen Wochen zu wiederholen und damit sehr viel besser zu festigen.

Für den Erfolg dieser Nachbehandlung ist es nun wichtig, daß wir von Ihnen zunächst eine Reihe von Informationen erhalten. Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, die folgenden Dinge zu tun:

- A) Geben Sie bitte in dem Formular für die wöchentliche Gewichtsangabe Ihr Gewicht vom Sonntag vor Beginn der 14-tägigen Nachbehandlung an (im Kästchen 18).
- B) Füllen Sie bitte am Sonntag vor Beginn der Nachbehandlung die Fragebögen MOT, ETE, VELA und SAP aus.
- C) Füllen Sie bitte am Sonntag vor Beginn der Nachbehandlung das Antwortblatt "Erfahrungen beim selbständigen Fortsetzen der Therapie" möglichst genau aus.

Alle diese Dinge sollten Sie wie beschrieben vor Beginn der Nachbehandlung tun und dann zu Ihrem Termin die Formulare in das IFT mitbringen. Vergessen Sie dies bitte nicht, denn diese Unterlagen sind für die Beurteilung Ihres Therapieverlaufs von großer Wichtigkeit.

- D) Sodann legen wir Ihnen noch wie gewohnt die Unterlagen für die kommende Behandlungswoche bei. Füllen Sie also bitte ab Montag, den, die Ess- und Bewegungskarten aus und schicken Sie die Esskarten bitte täglich an das IFT ein, so wie Sie es während der 12 Wochen Therapie auch gemacht haben.

Ich hoffe, daß ich Sie zum festgelegten Termin in unserem Institut wiedersehen werde.

Mit freundlichen Grüßen

Name:

Datum:

Kontroll-Nr.:

Antwortblatt:

"Erfahrungen beim selbständigen Fortsetzen der Therapie"

Geben Sie bitte zunächst an, wie sich in der Zwischenzeit seit der letzten Therapiewoche Ihr Gewicht verändert hat:

- 1. Mein jetziges Gewicht ist.....kg
 - 2. In der Zwischenzeit habe ichkg abgenommen
 - 3. In der Zwischenzeit habe ichkg zugenommen
- (wenn sich Ihr Gewicht nicht verändert hat, so schreiben Sie ..0..kg zugenommen)

Schreiben sie jetzt bitte auf, welches Ihrer Meinung nach die wesentlichen Gründe oder Ursachen gewesen sind, daß Sie in der Zwischenzeit abgenommen haben, bzw. zugenommen haben, bzw. das Gewicht gleich geblieben ist:

4. _____

Geben Sie nun bitte an, welche Punkte des Therapieprogramms Sie in der Zwischenzeit angewendet bzw. nicht angewendet haben.

Kreuzen Sie dabei jeweils die entsprechende Zahl an:

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| | gar nicht oder
nur ab wenigen
Tagen | an der Minder-
zahl der Tage | An der Mehr-
zahl der Tage | immer oder
fast an jedem
Tag |
| 5. Ich habe eine Kaloriengrenze festgelegt und eingehalten | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ich habe bei den Mahlzeiten Kalorien gezählt | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ich habe nur kalorienarme Speisen gegessen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Ich habe nur kalorienarme Getränke getrunken | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ich habe zu Hause nur an einem festgelegten Essplatz Nahrung zu mit genommen | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ich habe alle Nebentätigkeiten während des Essens vermieden | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Ich habe alle Nahrungsmittel nur an einem Ort aufbewahrt | 1 | 2 | 3 | 4 |

- 12. Ich esse 5x am Tag zu festgelegten Zeitpunkten 1 2 3 4
- 13. Ich nehme beim essen nur kleine Bissen (Schlucke) 1 2 3 4
- 14. Ich kaue langsam und achte auf den Geschmack 1 2 3 4
- 15. Ich mache bei jeder Mahlzeit 5x eine kleine Pause 1 2 3 4
- 16. Ich mache bei jeder Nahrungsaufnahme eine längere Pause 1 2 3 4
- 17. Ich entscheide mich vor jeder Mahlzeit, wieviel ich essen und trinken will und stelle nur soviel auf den Tisch bzw. lege mir nur soviel auf 1 2 3 4
- 18. Ich schätze vor Beginn der Mahlzeit den Kaloriengehalt dessen ein, was ich essen und trinken will 1 2 3 4
- 19. Ich lasse bei jeder Mahlzeit einen kleinen Rest übrig 1 2 3 4
- 20. Ich habe die von mir aus den Verhaltensregeln 15-30 ausgewählten fünf Regeln befolgt 1 2 3 4
- 21. Ich habe das Bewegungsprogramm befolgt 1 2 3 4
- 22. Ich habe das Belohnungsprogramm angewendet 1 2 3 4
- 23. Ich habe das Durchsetzungsprogramm angewendet 1 2 3 4

Geben Sie jetzt bitte noch an, entsprechend Ihren Erfahrungen in der Zwischenzeit, unter welchen Bedingungen es Ihnen besonders schwer fällt, Ihr Essverhalten gut zu kontrollieren:

Ich kann mein Essverhalten nicht gut kontrollieren, wenn.....

- | | stimmt | stimmt nicht |
|--|--------|--------------|
| 24. Ich eine Mahlzeit vorbereite | stimmt | stimmt nicht |
| 25. ich starken Hunger habe | " | " |
| 26. Ich leckere Dinge sehe | " | " |
| 27. ich zum Essen Bier, Wein, Sekt trinke | " | " |
| 28. ich alleine esse | " | " |
| 29. ich zum Essen eingeladen bin | " | " |
| 30. ich im Restaurant/Kantine esse | " | " |
| 31. ich aufgefordert werde, mehr zu essen | " | " |
| 32. ich mich in Gesellschaft wohl fühle | " | " |
| 33. ich im Beruf/Hausarbeit viel zu tun habe | " | " |
| 34. ich viel Zeit habe | " | " |
| 35. ich mich langweile | " | " |
| 36. ich traurig bin | " | " |
| 37. ich angespannt bin | " | " |
| 38. ich entspannt bin | " | " |

| | stimmt | |
|--|--------|-------|
| | stimmt | nicht |
| 39. Wochenende ist | " | " |
| 40. ich abends zu Hause bin | " | " |
| 41. ich abgenommen habe | " | " |
| 42. ich nicht abgenommen habe | " | " |
| 43. ich wegen des Abnehmens kritisiert oder verspottet werde | " | " |
| 44. ich wegen des Abnehmens gelobt werde | " | " |
| 45. ich mir besondere Achtsamkeit vorgenommen habe | " | " |
| 46. ich nicht daran denke, mein Essen zu kontrollieren | " | " |
| 47. Ich mich körperlich sehr angestrengt habe | " | " |

Geben Sie bitte an, ob Sie diese Therapie weiter mitmachen würden, wenn die Möglichkeit bestünde, daß das Therapieprogramm, allerdings in einer weniger aufwendigen Form, fortgesetzt werden könnte:

ich würde weiter mitmachen.....

ich würde nicht weiter mitmachen.....

16. Information zur Therapie des Übergewichts

Sehr geehrte Frau

Sehr geehrter Herr

1. Sie haben die 12-wöchige Therapie und die darauf folgende 5-wöchige Zwischenzeit bis zu der jetzt laufenden Nachkontrolle eigentlich alle gut überstanden.

Selbst diejenigen von Ihnen, die gewichtsmäßig nicht den erwarteten Erfolg erreicht haben, können zumindest feststellen, z.B. im Vergleich der Zeit vor der Therapie mit den letzten 5 Wochen, daß sie doch beträchtliche Veränderungen in ihrem Essverhalten erreicht haben. Allein dadurch, daß Sie jetzt bewußter essen, haben Sie ein beträchtliches Maß an Selbstkontrolle hinzugewonnen.

In diesem Zusammenhang sollte man vielleicht noch auf den folgenden Punkt hinweisen:

Es kann sehr leicht der Eindruck entstehen, daß die von uns durchgeführte Behandlung nur oberflächlich und sehr mechanisch das Problem des Übergewichtig-Seins bzw. des Zu-Viel-Essens angeht; es wird praktisch nur das problematische Endverhalten angegangen, aber nicht danach gefragt, welche psychischen Bedingungen eigentlich dazu geführt haben.

Dieser Eindruck mag richtig sein. In der Tat ist auch immer wieder zu beobachten, daß seelische Mißstimmungen, z.B. durch Krankheit, durch Ärger in der Familie oder im Beruf und durch andere psychische Beeinträchtigungen hervorgerufen, dazu führen, daß man trotz aller Bemühungen zu viel isst oder sich eben zeitweilig keine Mühe mehr gibt.

Dem entsprechend ist von Ihnen auch meistens die Frage mit "ja" beantwortet worden, ob man wünsche, daß die Therapie sich auch auf andere Probleme als das Essverhalten und das Übergewicht beziehen sollte.

Hierzu ist aber nun zweierlei zu sagen: die Prinzipien, die wir in der Behandlung verwendet haben, sind am wirksamsten in der dauerhaften Verminderung des Übergewichts. Außerdem ist wiederholt beobachtet worden, daß Veränderungen in dem behandelten Problembereich sich positiv auf Bereiche auswirken können, die gar nicht behandelt worden sind. So kann es z.B. sein, daß man die Strategie, mit der man das unkontrollierte Essen angegangen ist, auch auf andere problematische Verhaltensweisen erfolgreich anwendet. Dies wird allerdings im Einzelfall sehr verschieden aussehen.

Eine Hilfe mag es aber auch schon sein, wenn man sich über die Abhängigkeit des Zu-Viel-Essens von psychischen Beeinträchtigungen klar wird.

2. Wir möchten Sie nun bitten, die beiliegenden Unterlagen wie gewohnt sorgfältig auszufüllen und nach Abschluß der nächsten Woche an uns zurückzusenden.

Füllen Sie auch die täglichen Esskarten so genau wie möglich aus; Sie können durch diese Art der Selbstbeobachtung Ihre Selbstkontrolle überprüfen und noch etwas festigen.

1. Sie bekommen nach Abschluß der nächsten Woche noch Programm-Unterlagen für die Zeit nach der Therapie zur eigenen Verwendung.

Legen Sie uns aber bitte in die letzte Rücksendung einen Zettel mit Ihrer Bankverbindung und Konto-Nr., damit wir wie vereinbart die eingezahlte Kautions zurückgeben können.

Mit freundlichen Grüßen.

LEITUNG ZUM SELBSTÄNDIGEN FORTSETZEN DER THERAPIE

Die Hinweise:

Wenn Sie selbständig die Therapie nach unseren Behandlungsprinzipien fortsetzen wollen, so müssen Sie besonders die folgenden beachten:

- Sie müssen das Essverhalten und alle Ess-Situationen weiterhin unter Kontrolle behalten
- Sie müssen die täglich aufgenommene Kalorienmenge und den Gewichtsverlauf unter Kontrolle behalten
- Sie müssen sich in diesen Hinsichten Ziele setzen und jeweils genau kontrollieren, ob Sie diese Zielsetzungen auch erreicht haben

Entscheidend ist nun nicht, daß Sie wissen, was Sie zu tun haben, sondern daß Sie das, was Sie sich vornehmen auch tatsächlich durchführen.

Sie müssen sich also irgendwie dazu bringen, die genannten Dinge exakt durchzuführen. Erfahrungsgemäß geht so etwas viel besser, wenn man sich gut erreichbare Ziele vornimmt (damit man nicht enttäuscht wird), indem man diese Ziele möglichst konkret und auch schriftlich festlegt und indem man sich jeweils darüber bewußt wird, ob man die Ziele erreicht hat oder nicht.

Wir stellen Ihnen nun zur Erleichterung der Kontrolle ein Rahmenprogramm zur Weiterführung der Therapie zur Verfügung, an Hand dessen Sie Ihre Ziele, Erfolge und Mißerfolge genau registrieren können.

Was im einzelnen Sie inhaltlich tun wollen, müssen Sie unter Beachtung des Rahmenprogramms selbst immer neu festlegen. Sie sind dazu auf Grund der bisherigen Erfahrungen in der Therapie auch in der Lage!

Wir machen Ihnen nun einen Vorschlag für ein einfaches Wochenprogramm und die dazu gehörigen Registrierungen.

Gerade diejenigen von Ihnen, die bisher nicht den gewünschten Erfolg in der Therapie gehabt haben oder das verminderte Gewicht nicht halten konnten, sollten sich die Mühe machen, sich ein Programm sehr sorgfältig aufzustellen und sich mittels genauer Registrierungen zu kontrollieren.

BEFOLGEN SIE JETZT BITTE DIE EINZELNEN SCHRITTE !

RAHMENPROGRAMM ZUR FORTSETZUNG DER THERAPIE

Die finden in der Anlage:

10 Formulare für ein Wochenprogramm

1 Verlaufsschema für Gewicht, Nahrungskalorien und Bewegungskalorien

Die Verhaltensregeln 1-14 und 15-30.

Hängen Sie diese Unterlagen irgendwo in Ihrer Wohnung an eine Wand, so, daß sie gut sichtbar sind und Sie möglichst häufig daran erinnert werden. (z.B. in die Küche)

1. SCHRITT:

a) Legen Sie eine Kaloriengrenze fest, die Sie einhalten wollen und mit der Sie vermutlich abnehmen können. Tragen Sie den Wert dieser Kaloriengrenze mit einem Rotstift in das Formular dieser Woche ein.

Die Grenze sollte liegen: für Frauen zwischen 1000 u. 1800 Kal/Tag
für Männer zwischen 1500 u. 2300 Kal/Tag

b) Legen Sie fest, wieviel Kalorien Sie täglich durch zusätzliche körperliche Bewegung und Sport (nicht: Hausputz, Autofahren usw.) verbrauchen wollen. Tragen Sie diesen Wert ebenfalls in das Formular ein.

2. SCHRITT:

Legen Sie fest, wieviel Gewicht Sie bis Ende dieser Woche verlieren wollen. Tragen Sie diesen Wert in das Formular ein.

Wir empfehlen: Muten Sie sich nicht zuviel zu! Rechnen Sie höchstens mit 0,5 - 1,0 kg pro Woche.

Sie müssen sich natürlich dabei überlegen, was Sie bei der gesetzten Kaloriengrenze entsprechend Ihren bisherigen Erfahrungen überhaupt abnehmen können.

Es gibt auch übergewichtige Personen, die nicht sosehr durch Kalorien einschränkung allein abnehmen können, sondern dazu auch ihre körperliche Aktivität sehr steigern müssen. Bedenken Sie bitte auch dieses.

3. SCHRITT:

Wählen Sie aus den Verhaltensregeln 1-14 und 15-30 die Regeln aus, die Sie in dieser Woche besonders beachten wollen.

Beispiel: Sie wollen sich dazu bringen, gleichmäßig über den Tag verteilt Nahrung zu sich zu nehmen. Dann können Sie möglicherweise die Regeln 5, 10, 15, 16 und 21 auswählen.

4. SCHRITT:

Überprüfen und bewerten Sie an jedem Tag der Woche, ob Sie das erreicht haben, was Sie sich vorgenommen hatten:

- a) Schreiben Sie die Kalorienmenge (geschätzt oder genau ausgezählt) beim entsprechenden Wochentag in das Formular. Bewerten Sie dann den Erfolg: wenn Sie an diesem Tag unter der festgelegten Grenze geblieben sind, dann kreisen Sie das "+" mit roter Farbe ein, ansonsten das "-".
- b) Schreiben Sie auf, wieviel Kalorien Sie durch Bewegung und Sport an diesem Tag verbraucht haben. Bewerten Sie den Erfolg entsprechend mit "+" oder "-".
- c) Bewerten Sie, wie gut Sie die festgelegten Regeln an diesem Tag eingehalten haben. Sie können sich je nach Lage der Dinge "++", "+" oder "-" geben.

5. SCHRITT:

Belohnen Sie sich, wenn Sie das Tagesprogramm eingehalten haben? d.h. wenn Sie mindestens 3 "+" erreicht haben.

Vorschlag: Legen Sie sich eine "Abnahmekasse" an. Für 3 oder 4 "+" pro Tag zahlen Sie 1,-DM in die Kasse. Wenn Sie die geplante Gewichtsabnahme in der Woche erreicht haben, zahlen Sie noch zusätzlich 3,-DM ein. Maximal kommen Sie so auf 10,-DM in der Woche; nach 4 oder 5 Wochen können Sie sich dann für das erarbeitete Geld einen schon vorher festgelegten Wunsch erfüllen.

Legen Sie aber bitte das Belohnungsprogramm selbst fest!

6. SCHRITT:

An einem Tag sollten Sie in jeder Woche eine der beigelegten Ess- und Bewegungskarten zur genaueren Kontrolle ausfüllen.

7. SCHRITT:

Nachdem die Woche vorbei ist, sollten Sie die erreichten Werte in das Verlaufsschema eintragen:

- a) die erreichte Gewichtsabnahme in kg
- b) die durch Nahrung durchschnittlich aufgenommene Kalorienmenge
- c) die durchschnittlich durch Bewegung und Sport täglich verbrauchten Kalorien.

Nur durch derartige Registrierungen haben Sie wirklich eine gute Kontrolle über Ihre Fortschritte.

Verhaltensregeln 15 - 30

Regeln zur Verhinderung unkontrollierter Zwischenmahlzeiten:

- 15) Wenn Sie zwischen den festgelegten (fünf) täglichen Mahlzeiten einen starken Essimpuls fühlen, warten Sie dann 15 - 30 Minuten, ehe Sie etwas essen!
- 16) Wenn Sie zwischen den festgelegten (fünf) Mahlzeiten Hunger haben und etwas essen wollen, beginnen Sie dann für etwa 5 - 10 Minuten mit einer angenehmen oder wichtigen Tätigkeit!
- 17) Wenn Sie zwischen den festgelegten (fünf) Mahlzeiten Hunger haben und etwas essen wollen, nehmen Sie dann nur Nahrungsmittel und Getränke mit niedrigem Kaloriengehalt!

Regeln zur besseren Kontrolle der Mahlzeiten:

- 18) Tun Sie sich bei Ihren grossen (warmen) Mahlzeiten nur einmal etwas auf den Teller!
- 19) Nehmen Sie sich bei Ihren grossen (warmen) Mahlzeiten eine kleinere Portion auf den Teller als bisher, etwa nur 2/3 der bisherigen Menge!
- 20) Nehmen Sie während der warmen Mahlzeiten keine Getränke zu sich!
- 21) Denken Sie sich jede Woche sieben Lieblingsgerichte aus, die möglichst wenig Kalorien haben!

Regeln zum Einkaufen und der Bevorratung:

- 22) Machen Sie Ihre Nahrungsmiteleinäufe dann, wenn Ihre Lust, etwas zu essen sehr gering ist, z.B. nach einer Mahlzeit!
- 23) Machen Sie vor Nahrungsmiteleinäufen eine Liste der Dinge, die Sie einkaufen wollen!
- 24) Gehen Sie nur mit einer Liste in Lebensmittelgeschäfte zum Einkaufen, und halten Sie sich an diese Liste!
- 25) Kaufen Sie bei jedem Nahrungsmitelein Kauf nur das Nötigste für die nächsten 1 - 2 Tage!
- 26) Kaufen und lagern Sie zu Hause keine Fertiggerichte, Konserven und andere Arten fertiger Nahrung!
- 27) Heben Sie keine Essreste auf, sondern schmeissen Sie sie in den Abfalleimer!

Einige weitere Regeln:

- 28) Werfen Sie alle alten Kleidungsstücke weg und behalten Sie nur diejenigen, die Sie noch tragen wollen, wenn Sie abgenommen haben!
- 29) Denken Sie sich 4 oder 5 vernünftige Ausreden oder Argumente aus, um auf Einladungen Speisen und Alkohol abzulehnen!

- 1) Informieren Sie möglichst viele (mindestens 3) Bekannte, Freunde, Berufskollegen darüber, dass Sie eine Abmagerungskur durchführen!
- 2) Bestimmen Sie für sich zu Hause für alle Ihre Mahlzeiten einen festen Essplatz und essen Sie von heute an nur noch an diesem Platz!
- 3) Vermeiden Sie absolut alle Nebentätigkeiten während des Essens! (Einzige Ausnahme: Gespräche bei Tisch.)
- 4) Bewahren Sie alle Nahrungsmittel nur an einem Ort (möglichst in der Küche) auf! Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von allen anderen Plätzen in der Wohnung weg. Zusätzlich: Schaffen Sie alle Nahrungsmittel von Ihrem Arbeitsplatz weg!
- 5) Legen Sie Zeitpunkte für 5 tägliche Nahrungsaufnahmen fest (3 Hauptmahlzeiten + 2 Nebenmahlzeiten oder 2 Hauptmahlzeiten + 3 Nebenmahlzeiten). Essen und trinken Sie von nun an 5 x täglich und nur zu den von Ihnen festgelegten Zeitpunkten!
- 6) Nehmen Sie bei Ihren Mahlzeiten nur kleine Bissen (kleine Stücke) bzw. nur kleine Portionen auf die Gabel!
- 7) Kauen Sie langsam und achten Sie auf den Geschmack der verschiedenen Speisen (Getränke)!
- 8) Legen Sie das Besteck während jeder Mahlzeit mindestens 5 x aus der Hand und warten Sie etwa 15 Sekunden, bis Sie es wieder aufnehmen und weiter essen!
- 9) Machen Sie während jeder Nahrungsaufnahme (Essen oder Trinken) nach dem ersten Bissen (Schlucken) eine Pause von 2 Minuten, während der Sie nicht essen oder trinken!
- 10) Entscheiden Sie sich vor jeder Mahlzeit, wieviel Sie essen und trinken wollen und stellen Sie dann nur so viel auf den Tisch (entsprechend: nehmen Sie sich dann nur so viel auf den Teller oder ins Glas; nehmen Sie sich nur so viel Nebenmahlzeiten mit).
- 11) Schätzen Sie unmittelbar vor Beginn Ihrer Mahlzeit den Kaloriengehalt dessen ein, was Sie essen und trinken wollen bzw. was Sie auf dem Teller (im Glas) haben.
- 12) Lassen Sie bei jeder Mahlzeit einen kleinen Rest (mindestens einen Bissen oder Schluck) übrig, den Sie nicht mehr essen oder trinken.
- 13) Räumen Sie unmittelbar nach Beendigung des Essens alles Geschirr und alle Nahrungsmittelreste und Getränke weg.
- 14) Erhöhen Sie Ihre tägliche Kalorienausgabe durch zusätzliche körperliche Bewegung um mindestens 50 Kalorien!

PROGRAMM FÜR DIE WOCHE VOM..... BIS.....

| | |
|------------------------------|--------------------|
| <u>KALORIENHÖCHSTGRENZE:</u> | =====Kal. täglich |
| <u>KÖRPERLICHE BEWEGUNG:</u> | =====Kal. täglich |
| <u>GEPLANTE ABNAHME:</u> | ===== kg pro Woche |

Sie werde in dieser Woche die folgenden Regeln einhalten:

- | | |
|-------------|-------------|
| Regel _____ | Regel _____ |
| Regel _____ | Regel _____ |
| Regel _____ | Regel _____ |
| Regel _____ | Regel _____ |
| Regel _____ | Regel _____ |

ÜBERPRÜFUNG UND BEWERTUNG:

| Nahrungsaufnahme
Kal. | Bewegung
Sport
Kal. | Alle Regeln gut
eingehalten | Die meisten Regeln
gut eingehalten | Die Regeln nicht
eingehalten |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| _____ Kal + - | _____ Kal + - | ++ | + | - |
| _____ Kal + - | _____ Kal + - | ++ | + | - |
| _____ Kal + - | _____ Kal + - | ++ | + | - |
| _____ Kal + - | _____ Kal + - | ++ | + | - |
| _____ Kal + - | _____ Kal + - | ++ | + | - |
| _____ Kal + - | _____ Kal + - | ++ | + | - |

GEPLANTE ABNAHME ERREICHT? ja _____ nein _____

Am Ende jeder Woche die Eintragungen in das Verlaufsschema!

