

# Kindliches Übergewicht – psychotherapeutisch behandeln?<sup>1</sup>

■ B. Roth

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Bruderholz

## Summary

Roth B. [Should we treat childhood obesity with psychotherapy?] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2008;159:104–11.

Overweight and obesity are considered a world-wide epidemic, and also Swiss children are at an increased risk to develop this illness with its associated somatic and mental comorbidities. Besides genetic factors, environmental influences are held responsible for its development. Not only food intake and physical activity is mediated by family habits, eating behaviour, the establishment of food cues, food as a reward, body image and emotional meaning of food are all formed by the parents.

Overweight children are exposed to multifarious psychosocial stressors and somatic health risks. A detailed review about the literature underlines the increased psychological strain of obese children. Overweight children experience stigmatisation and bullying among peers, which is associated with the development of emotional and depressive symptoms in a third of the bullied youths. A large subgroup of obese children has mental disorders and behaviour problems; this counts for clinical groups especially, but also for non-clinical subgroups in the norm population. The direction of this association may go both ways: there are mental disorders like depression and oppositional disorders that predicted obesity in adolescents in longitudinal studies. Externalising disorders like attention-deficit and hyperactivity disorders (ADHD) and binge-eating symptoms were found in many cross-sectional studies. There is evidence for the transmission of psychopathology from mothers to their obese children, as it is for normal-weight children, but a child's competences constitute important protective factors for

the child's psychological well-being. These findings demand a change in treatment and prevention of childhood obesity: from a mere change of eating and activity behaviours to a thorough prevention of emergence and chronification of comorbid mental disorders and their psychotherapeutic treatment.

Cognitive behavioural treatments have shown superior to mere dietician counselling or family therapy. Including the parents in the treatment is more effective than treating the children alone. The comparison of parents-only treatments vs parents-children treatments showed that both are equally effective, leading to the conclusion that treating the parents only may also be the more cost-effective alternative. The inclusion of parents is therefore crucial for the support of change in eating and physical activity behaviour and the increase of resilience factors like social competence and fostering self-esteem. Psychological factors like emotional regulation, social competence and body image have to be addressed with psychotherapeutic methods.

*Keywords: childhood overweight; childhood obesity; psychological factors; behaviour problems; psychiatric comorbidity*

## Einleitung

Kindliches Übergewicht ist in den letzten zwei Jahrzehnten zu einer weltweiten Epidemie geworden, von der neben der westlichen Welt zunehmend auch Entwicklungsländer betroffen sind. Übergewicht ist nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein psychologisches und kulturelles Problem: Selbst Kinder sind heute mit einem überschlanken Schönheitsideal konfrontiert, während die Zugänglichkeit zu fettreicher Nahrung und grossen

1 Im Rahmen der Therapiestudie TAKE (Training adipöser Kinder und ihrer Eltern) wurden umfassende Daten zur psychischen Befindlichkeit übergewichtiger Kinder erhoben und in der Dissertation: «Kindliche Adipositas – psychische Faktoren und Transmission, und deren Implikationen für Prävention und Behandlung», Universität Basel, publiziert.

Korrespondenz:

Dr. phil. Binia Roth  
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Bruderholz  
Personalhaus B des Kantonsspitals  
CH-4101 Bruderholz  
e-mail: binia.roth@kpd.ch

Portionen bei gleichzeitiger körperlicher Passivität infolge hohen medialen Konsums eine Entwicklung von Übergewicht deutlich fördern. Forscher sprechen deswegen von einer Adipositas-fördernden Umwelt («obesogenic environment») [1], in der Schlankheit ein hohes Ideal darstellt und so die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zu einer neuen Norm wird [2].

Unser Wissen über die psychische Befindlichkeit übergewichtiger Kinder ist sowohl für Diagnostik wie auch Behandlung und Prävention zentral. Zur Beurteilung des Gewichtsstatus eines Kindes liegen alters- und geschlechtsspezifische BMI-Perzentilkurven vor, anhand derer das individuelle Gewicht in bezug auf eine repräsentative Normbevölkerung beurteilt wird [3–5]. Zahlreiche internationale epidemiologische Untersuchungen belegen weltweit steigende Prävalenzraten und weisen auf schwerwiegende gesundheitliche, wirtschaftliche und psychosoziale Konsequenzen der Adipositas hin [6, 7]. In der Schweiz belegt eine repräsentative Studie an insgesamt 2431 Schweizer Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren Prävalenzraten von kindlichem Übergewicht von 16,6% (Jungen) respektive 19,1% (Mädchen). Der Anteil der adipösen Kinder liegt bei 3,8 respektive 3,9%. Dies bedeutet eine sechsfache Zunahme des kindlichen Übergewichts seit den 1980er Jahren [8].

Bei der Entstehung von kindlichem Übergewicht wirken prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen zusammen: Für die Manifestation und Aufrechterhaltung der Adipositas ist eine positive Energiebilanz [9] notwendig, d.h. ein deutlicher Bewegungsmangel bereits im Kindesalter auf der einen Seite sowie fettreiche und kaloriendichte Ernährung und zu häufige und grosse Mahlzeiten auf der anderen Seite. Als prädisponierende Bedingungen konnte in Zwillingsstudien zwischen 60 und 80% der Varianz des BMI genetischen Faktoren zugeschrieben werden, bei Adoptionsstudien waren es noch zwischen 20 und 35% [10]. Zur Erklärung der Ätiologie wird angenommen, dass eine Vielzahl von Polymorphismen in Genen und Kandidatenregionen die Anfälligkeit eines Individuums, in einer permissiven Umgebung Übergewicht zu entwickeln, reguliert [11]. Das heisst, damit sich Übergewicht entwickelt, braucht es nebst einer vermutlich hereditären Vulnerabilität eine Übergewichts-fördernde Umgebung. Sowohl Ernährung, Essverhalten sowie auch Bewegung werden in der Familie als Muster weitergegeben, die Eltern formen das kindliche Verhalten entscheidend mit. Essverhalten wird in der Familie gelernt, der mütterliche Umgang mit Essen, d.h. die Frequenz des Nahrungsmittelangebots bzw. die Häufigkeit, mit der verbale Essensauffor-

derungen gegeben werden, und die emotionale Bedeutung von Essen und Ernährung in der Familie haben entscheidenden Einfluss auf das kindliche Essverhalten [12].

Die Entwicklung von Übergewicht kann auch durch psychologische Faktoren beeinflusst werden. In prospektiven Studien konnten sowohl Depression als auch Störung des Sozialverhaltens als Prädiktoren isoliert werden [13–16]. Elterliche Vernachlässigung, nicht aber Familienstruktur oder elterliche Überbehütung kann das Risiko für die Entwicklung von Adipositas erhöhen, ebenso wie niedriger sozioökonomischer Status in Kombination mit kognitiver Unterstimulation [17, 18].

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Vulnerabilität, Übergewicht zu entwickeln, vererbt wird, dass es aber das entsprechende Umfeld braucht, damit Übergewicht sich ausdrückt. Ohne den Mangel an Bewegung und ein Übermass an fettreichen Lebensmitteln hätten wir, unabhängig von unseren genetischen Anlagen, kein Übergewichtsproblem in unserer Gesellschaft. Beim Kind werden sowohl das direkte Umfeld wie auch seine genetische Disposition von seinen Eltern geprägt.

### Folgen der kindlichen Adipositas

Neben körperlichen Risikofaktoren sind adipöse Kinder heute vermehrt und sehr früh von psychosozialen Auswirkungen der Adipositas betroffen. Die «Angst vor Gewichtszunahme» ist in unserer Gesellschaft zu einer eigenen «Krankheit» und psychischen Belastung für weite Teile der Bevölkerung geworden [19]. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht ist derart verbreitet, dass von einer «normativen Unzufriedenheit» bzw. einer neuen Entwicklungsaufgabe, diese Unzufriedenheit zu überwinden, gesprochen werden kann [2, 20]. Die heutige Gesellschaft idealisiert überschlanke Körperformen, denen ein Grossteil der Bevölkerung nicht entspricht, davon abweichende Formen werden entwertet und stigmatisiert [21]. Von 4700 Jugendlichen berichteten 30%, dass sie wegen ihres Gewichts von Gleichaltrigen gehänselt worden seien [22]. Dies war konsistent assoziiert mit niedriger Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, hoher depressiver Symptomatik und Suizidgedanken. Übergewichtige Mädchen werden zudem nicht nur in der Schule, sondern auch in der Familie und sogar von ihren Eltern benachteiligt [23].

Bereits Sechsjährige beurteilen die Erscheinung eines übergewichtigen Kindes als faul, schmutzig, dumm und unattraktiv [24]. Latner und

Stunkard [25] replizierten die Studie von Richardson und Mitarbeitern aus dem Jahre 1961, in der verschiedene Zeichnungen von Kindern zu bewerten waren [26]. Analog zu den Ergebnissen vor 40 Jahren wurden die Zeichnungen mit den Abbildungen adipöser Kinder am negativsten beurteilt. Dieser Effekt war im Vergleich zur früheren Studie sogar noch um 41% verstärkt. Das heisst, die Stigmatisierung adipöser Kinder hat in den letzten Jahrzehnten, parallel zur Entwicklung eines überschulden, gesellschaftlichen Schönheitsideals und konträr zu den steigenden Prävalenzraten, massiv zugenommen [27].

Parallel zu den Befunden bei erwachsenen Übergewichtigen sind auch adipöse Kinder benachteiligt in ihrem sozioökonomischen Status [28, 29]. Die vielfältigen Stigmatisierungen können schon bei jüngeren Kindern dazu führen, ausschliesslich auf negative Aspekte der eigenen Figur zu fokussieren und daraus folgend ein rigides, restriktives Essverhalten zu entwickeln [30, 31]. Bei übergewichtigen Kindern wurden mehr Diätverhalten, Gewichtssorgen, restriktives Essverhalten, Unzufriedenheit mit ihrem Körper und ein negativ gefärbtes Körperbild gefunden [32–35]. Dies sind bestürzende Befunde, da diese Symptome Risikofaktoren zur Entwicklung von Essstörungen darstellen.

### **Übergewicht und psychopathologische Komorbidität**

Bei Erwachsenen mit Adipositas sind nebst der Binge-Eating Disorder (BED) vermehrt Angst und affektive Störungen belegt [36], wobei diese teilweise auch auf die Essstörungen der Betroffenen zurückgeführt werden konnten [37].

Diesen uneinheitlichen Befunden bei den Erwachsenen und den heterogenen Aussagen über das vorhandene Selbstwertgefühl bei adipösen Kindern steht eine Reihe von Untersuchungen gegenüber, die allesamt auf erhöhte Verhaltensauffälligkeiten und psychische Probleme bei übergewichtigen Kindern hinweisen. In einer Übersicht über 16 Studien weisen alle auf eine höhere psychische Belastung übergewichtiger respektive adipöser Kinder im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern hin. Dies gilt in einem stärkeren Mass für klinische Gruppen bestehend aus Kindern, die sich für eine Behandlung ihres Übergewichts gemeldet haben. Aber auch in repräsentativen Stichproben kann klar eine höhere psychische Belastung von übergewichtigen Kindern im Gegensatz zu normalgewichtigen ausgewiesen werden. BED stellt mit 5% in nicht-klini-

schen übergewichtigen Stichproben eine häufige komorbide Störung dar [38]. Bei einer klinischen Population, die sich zu einer stationären Behandlung gemeldet hatte, erhöht sich dieser Anteil auf drastische 36% für Binge-Eating-Symptome und 45% für Depression [39]. Dabei ist die Erfassung der Symptomatik aufgrund der Andersartigkeit des gestörten Essverhaltens bei Kindern erschwert, und es werden deshalb modifizierte Diagnosekriterien für BED gefordert: Kinder wenden kaum kompensatorische Massnahmen an, dafür aber häufiger Überessen und chaotisch essen [40, 41].

Neben Essstörungen sind externalisierende Störungen, insbesondere Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHD), in klinischen Stichproben übergewichtiger Kinder am häufigsten zu finden [42, 43]. Aufgrund dieser korrelativen Zusammenhänge wurden auch Hypothesen einer gemeinsamen Ätiologie von ADHD und Übergewicht, möglicherweise aufgrund einer dysfunktionalen Selbstregulation, generiert [44].

In einer eigenen Untersuchung einer ambulanten schweizerischen Therapiestichprobe (TAKE) kamen psychische Störungen bei übergewichtigen Kindern gehäuft vor, insbesondere Symptome einer Essanfallsstörung (BED) und ADHD. Diese Unterschiede blieben auch im Vergleich mit einer repräsentativen Stichprobe von normalgewichtigen Kindern tendenziell bestehen [45].

Wenn wir die Frage nach den Ursachen der psychischen Belastung übergewichtiger Kinder stellen, ist es naheliegend, die familiäre Häufung psychischer Störungen und Probleme zu untersuchen. Der Einfluss der elterlichen Psychopathologie auf das Kind ist ein komplexer, multidimensionaler Prozess, und eine Übertragung von psychischen Störungen ist in der Forschung hinlänglich belegt [46–50]. Es kann angenommen werden, dass diese Transmission psychischer Störungen auch bei übergewichtigen Kindern stattfindet, angesichts der erhöhten Prävalenzen von psychischen Störungen in dieser Patientengruppe stellt sich jedoch die Frage, ob zusätzliche Faktoren die Vulnerabilität zu psychischen Störungen bei übergewichtigen Kindern steigern.

Zur Transmission von psychischen Störungen in übergewichtigen Familien liegen bisher nur wenige Befunde vor: Epstein und Mitarbeiter fanden, dass mütterliche Psychopathologie und sozioökonomischer Status die psychische Belastung übergewichtiger Kinder voraussagte. Das kindliche Übergewicht erklärte keine zusätzliche Varianz [51, 52]. Kinder von Müttern, die eine psychische Störung aufwiesen, hatten ein erhöhtes Risiko, internalisierende Störungen aufzuweisen. In einer Studie von Decaluwe et al. konnte zu-

sätzlich die Mediatorvariable «ineffektiver Erziehungsstil» im Sinne von inkonsistentem Disziplinverhalten der Mutter als Einfluss auf die kindliche Psychopathologie gefunden werden [53]. Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass die kindlichen schulischen und sozialen Kompetenzen entscheidende Schutzfaktoren für die psychische Befindlichkeit übergewichtiger Kinder darstellen [54].

### **TAKE – Training von adipösen Kindern und ihren Eltern**

#### **Ein multidisziplinäres Projekt**

Ziel des Forschungsprojektes war es, einerseits ein effektives familienzentriertes Behandlungsprogramm im deutschsprachigen Raum vorzulegen und andererseits die Effektivität der Behandlung von Eltern-Kindern oder von Nur-Eltern gegeneinander zu überprüfen in bezug auf die langfristige Wirksamkeit. Die Studie wurde vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt und zwischen 2002 und 2005 in der Region Basel durchgeführt. TAKE stellt eine multidisziplinäre Zusammenarbeit des Instituts für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, der Universität Basel (PD Dr. S. Munsch, Prof. J. Margraf), des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland (Dr. B. Roth, Dr. E. Isler), der Universitätskinderklinik beider Basel (PD Dr. U. Zumsteg) sowie des Instituts für Sport der Universität Basel (Prof. R. Ehram) dar.

Nach Abschluss des Forschungsprojektes wird TAKE im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Bruderholz (BL) und in der Universitätskinderklinik beider Basel weiterhin angeboten. Neben Verhaltensänderungen in den Bereichen Essen, Ernährung und Bewegung werden psychologische Themen wie unrealistische Gewichtsziele, negative Einstellungen zur eigenen Person und zum eigenen Körper sowie Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen zum Thema gemacht. Somit werden bedeutende psychologische, aufrechterhaltende Faktoren wie mangelnde soziale Fertigkeiten, Isolation und negatives Körperbild bei den Kindern und dysfunktionale Erziehungsstrategien bei den Eltern zum Gegenstand der Behandlung.

### **Behandlung**

Die Forschungsübersicht weist auf eine Überlegenheit der verhaltenstherapeutischen Ansätze gegenüber reinen Diäten oder Placebobedingungen hin [55, 56]. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass unter Einbezug der Eltern der Behandlungserfolg optimiert werden kann [57–62]. Mit den Ansätzen von Epstein und Golan liegen Behandlungskonzepte vor, die erstmals stabile Langzeiteffekte über fünf und zehn Jahre vorweisen konnten, wobei einerseits die Effektivität der Eltern-Kinder-Behandlung und andererseits diejenige der Nur-Eltern-Behandlung belegt werden konnte [60]. Diese Vorgehen waren der ausschliesslichen Ausrichtung der Interventionen auf die Kinder langfristig überlegen. Auch in der Schweiz konnte im genannten Nationalfondsprojekt TAKE die Effektivität einer verhaltenstherapeutischen Elternbehandlung belegt werden [62]. In der Untersuchung war die alleinige Behandlung der Eltern gleich effektiv wie die Behandlung von Eltern und Kindern.

Dabei muss der Schwerpunkt der Behandlung von Übergewicht bei Kindern auf der langfristigen, lebenslangen Umstellung von Ess- und Bewegungsverhalten in kleinsten Schritten liegen. Dies wird am effektivsten durch verhaltenstherapeutische Techniken unter Einbezug oder gar exklusiver Behandlung der Eltern erreicht.

Die bisher bescheidenen Behandlungserfolge legen ein Umdenken von der Gewichtsreduktion weg in Richtung eines akzeptierenden Umgangs mit dem eigenen Übergewicht nahe, um zusätzliche psychische Folgen zu vermeiden. Das heisst, eine Behandlung des kindlichen Übergewichts muss sich zwei Ziele setzen: einerseits die Verbesserung des Essverhaltens und der Bewegung in Richtung eines gesundheitsfördernden Verhaltens bei gleichzeitiger Stabilisierung des Gewichts. Andererseits müssen die Kompetenzen des Kindes und der Familie, mit dem aktuellen Übergewicht und den damit verbundenen psychosozialen Folgen umzugehen, verbessert werden im Sinne einer Resilienzförderung. Der Einbezug der Eltern in die Behandlung ist nicht im Sinne einer Schuld- oder Verantwortungszuweisung zu verstehen, sondern vielmehr im Sinne einer Schutzfunktion, dem Kind in einer Adipositas-fördernden Umwelt zur Seite zu stehen. Zudem stellen die Eltern möglicherweise eine belastete Patientengruppe dar, die von einem Kompetenztraining profitieren kann. Die Eltern übergewichtiger Kinder haben die schwierige Aufgabe, einerseits Verhaltensänderungen beim Kind anzustreben und andererseits einen akzeptierenden, positiven Umgang mit dem Über-

gewicht zu fördern, damit das Kind ihre Veränderungsvorschläge nicht als entwertend verarbeitet [62, 63]. So muss beispielsweise als Ziel das gesunde Ess- und Bewegungsverhalten angestrebt werden, und nicht die erwünschte Körperform. Das Gewicht ist als eine Dimension von Aussehen und Körpererfahrung neben vielen anderen Aspekten neu zu gewichten. Die elterliche Erziehungs-kompetenz und Vorbildfunktion sind hier entscheidende Agenten der Veränderung. Demnach ist die Frage nach einer psychotherapeutischen Behandlung des kindlichen Übergewichts mit einem klaren «Ja» zu beantworten, da einerseits verhaltenstherapeutische Strategien zur langfristigen Verhaltensänderung und andererseits Ressourcenaktivierung zum Aufbauen von Resilienz-faktoren gefordert sind. Mit einer professionellen Behandlung des kindlichen Übergewichts kann zudem dem Risiko einer Essstörung nach Diät halten vorgebeugt werden [64].

## Diskussion

Auch wenn Adipositas nicht als psychische Krankheit klassifiziert ist, bewirkt die chronische Unfähigkeit, die konsumierte Essensmenge im Sinne eines Gleichgewichts zu kontrollieren, mit dem resultierenden Übergewicht zusätzliches psychisches Leiden. Übergewichtige Kinder erleben Hän-seln, soziale Stigmatisierung, Ausgrenzung und entwickeln daraus ein schlechtes Selbstwertgefühl, aber nur ein Teil von ihnen entwickelt klinisch relevante psychische Symptome und psychische Störungen [65–67].

Während die körperlichen Folgen der kindlichen Adipositas oft erst später erscheinen, so sind Kinder bereits früh mit deren sozialen und emotionalen Begleiterscheinungen konfrontiert. Die Übersicht über die bestehende Forschung zum Einfluss des Übergewichts auf die psychische Befindlichkeit zeigt deutliche Zusammenhänge zwischen der sozialen Stigmatisierung und negativen Selbst- und Fremdeinschätzungen von übergewichtigen Kindern. Obwohl Übergewicht häufiger geworden ist, hat diese Stigmatisierung nicht ab-, sondern zugenommen. Folgen dieser sozialen Konstruktion von Übergewicht gehen von subklinischen Symptomen wie niedrigem Selbstwert, negativem Körperbild und Gewichtssorgen bis zu diagnostizierten psychischen Erkrankungen. Eine grössere Untergruppe von übergewichtigen Kindern weist gemäss der referierten Forschungsliteratur psychische Störungen auf, dies gilt für klinische Gruppen und in etwas geringerem Mass auch für übergewichtige Kinder aus der Normalbevölke-

rung. Dies bedingt ein Umdenken in der Behandlung von der blossen Umstellung von Ess- und Bewegungsverhalten hin zu einer umfassenden Prävention von Chronifizierung und Entstehung komorbider psychischer Störungen und deren Behandlung.

Untersuchungen im familiären Umfeld belegen eine gewisse Transmission von psychopathologischer Symptomatik von den Müttern auf die Kinder. Da es aber auf der anderen Seite einen grossen Teil übergewichtiger Kinder gibt, die mit der psychosozialen Belastung, die Übergewicht darstellt, umgehen können, müssen Resilienz-faktoren wie kindliche Kompetenzen, soziale Unterstützung und Beziehungen mit in die Betrachtung einbezogen werden. Kindliche Kompetenzen können als psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken der Adipositas im Sinne von Resilienz-faktoren verstanden werden und sind von entscheidender Bedeutung für die Planung von Behandlungs- und Präventionsprogrammen. Das Risiko-Resilienz-Modell empfiehlt ein zweifaches Vorgehen, indem Kompetenzen gestärkt werden sollen und Probleme reduziert werden müssen [68–70]. Die zentrale Bedeutung von kindlichen Kompetenzen und deren Förderung für die psychische Befindlichkeit übergewichtiger Kinder muss in Behandlungskonzepte einfließen, und psychologische Faktoren wie elterliche Erziehungs-kompetenzen, soziale Fertigkeiten und Selbstwerttraining müssen beim übergewichtigen Kind gefördert werden.

Zumal die Umwelt «feindlich» auf das kindliche Übergewicht reagiert: Den anzustrebenden Verhaltensänderungen im Bereich Essen und Bewegung steht ein Überangebot von fettreichen Speisen und attraktiven passiven Tätigkeiten gegenüber, dem akzeptierenden Umgang mit dem eigenen Körper steht das heutige rigide überschlanke Schönheitsideal im Wege. Nur durch professionelle psychotherapeutische Behandlungen des kindlichen Übergewichts kann der Entwicklung von Essstörungen nach Diät halten vorgebeugt werden und können zudem häufige psychische Komorbiditäten erkannt und behandelt werden. Dabei gibt es bisher keine Forschungsbefunde bezüglich der Prioritätensetzung in der Behandlung: Liegt eine psychische Störung vor, ist demnach gemäss psychotherapeutischem Vorgehen prioritär der grösste Leidensdruck zu mildern und die Machbarkeit einer Übergewichtsbehandlung und Motivationslage der Patienten zu prüfen. Es ist dabei zu bedenken, dass bei einer Intervention, die auf die elterlichen Erziehungs-kompetenzen abzielt, eine gleichzeitige Verbesserung

mehrerer Parameter beim Kind denkbar ist, beispielsweise bei dysfunktionaler Selbstregulation im Sinne von Impulsdurchbrüchen im Essverhalten und anderen sozialen Verhaltensweisen gleichzeitig [44].

Dies bedingt eine Anpassung der Behandlungsprogramme weg von der Gewichtsreduktion hin zu einer Förderung der psychischen Widerstandskraft im Umgang mit einer chronischen Krankheit und Verhinderung der weiteren Gewichtszunahme. International müssten demzufolge auch Erfolgskriterien der Behandlung neu definiert werden, was möglicherweise auch einem belegten Publikationsbias in der Adipositasforschung vorbeugen könnte [71].

Wir leben in einer Adipositas-fördernden Umwelt, die es Familien äusserst schwer macht, etwas an dem Problem Übergewicht zu ändern. Übergewicht bedeutet für Kinder heute nicht nur eine chronische Krankheit, sondern auch ein durch die Gesellschaft abgelehnter Zustand, für den sie oder ihre Familien zusätzlich selbst verantwortlich gemacht werden. Dies führt bei einem Teil der Kinder zu psychischen Problemen. Es liegt letztlich in der Verantwortung der Gesellschaft, Massnahmen zu ergreifen, die ihre Kinder vor solchen Belastungen schützt.

*Danksagung:* Spezieller Dank gebührt an dieser Stelle PD Dr. phil. Simone Munsch und Frau Prof. Silvia Schneider vom Institut für Klinische Psychologie und Dr. E. Isler vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Baselland. Zudem möchte ich mich für die fruchtbare Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Dr. H. C. Steinhausen und Dr. C. Winkler des Zentrums für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich herzlich bedanken.

## Literatur

- 1 IOTF, Force I.O.T. Obesity in Europe. The Case for Action; 2001.
- 2 Rodin J, Silberstein L, Striegel-Moore R. Women and weight: a normative discontent. Nebraska Symposium Motiv. 1984;32:267–307.
- 3 Hebebrand J, Hesecker H, Himmelmann W, Schäfer H, Renschmidt H. Altersperzentilen für den Body-Mass-Index aus Daten der Nationalen Verzehrstudie einschliesslich einer Übersicht zu relevanten Einflussfaktoren. Aktuelle Ernährungs-Medizin. 1994;19:259–65.
- 4 Rolland-Cachera MF, Cole TJ, Sempe M, Tichet J, Rossignol C, Charraud A. Body Mass Index variations: centiles from birth to 87 years. Eur J Clin Nutr. 1991;45(1):13–21.
- 5 Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. Br Med J (Clinical Research Edition). 2000;320(7244):1240–3.
- 6 World Health Organisation W. Report Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: World Health Organisation; 1998.
- 7 Europa W. Die Gesundheit von Kindern in der europäischen Region. In: Bukarest: WHO Europa; 2005.
- 8 Zimmermann MB, Gubeli C, Puntener C, Molinari L. Detection of overweight and obesity in a national sample of 6–12-y-old Swiss children: accuracy and validity of reference values for body mass index from the US Centers for Disease Control and Prevention and the International Obesity Task Force. Am J Clin Nutr. 2004;79(5):838–43.
- 9 Wallis H. Psychosomatische Behandlungskonzepte der Adipositas im Kindesalter. Monatsschreiben Kinderheilkunde. 1975;123(5):264–6.
- 10 Dulloo AG, Jacquet J. Toward understanding the genetic basis of human susceptibility to obesity: a systemic approach. In: Chen C, Dietz WH, editors. Obesity in Childhood and Adolescence. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 143–59.
- 11 Mutch DM, Clement K. Genetics of human obesity. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2006;20(4):647–64.
- 12 Drucker RR, Hammer LD, Agras WS, Bryson S. Can mothers influence their child's eating behavior? J Dev Behav Pediatr. 1999;20(2):88–92.
- 13 Goodman E, Whitaker RC. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. Pediatrics. 2002;110(3):497–504.
- 14 Peisah C, Brodaty H, Luscombe G, Anstey KJ. Children of a cohort of depressed patients 25 years on: identifying those at risk. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39(10):907–14.
- 15 Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. Pediatrics. 2001;107(5):1049–56.
- 16 Hasler G, Pine DS, Gamma A, Milos G, Ajdacic V, Eich D, et al. The associations between psychopathology and being overweight: a 20-year prospective study. Psychol Med. 2004;34(6):1047–57.
- 17 Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. Pediatrics. 1999;103(6):e85.
- 18 Lissau I, Sorensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet. 1994;343(8893):324–7.
- 19 Strauss RS. Childhood obesity. Pediatr Clin North Am. 2002;49(1):175–201.
- 20 Tiggemann MM, Wilson-Barrett EE. Children's figure ratings: relationship to self-esteem and negative stereotyping. Int J Eat Disord. 1998;23(1):83–8.
- 21 Janssen I, Craig WM, Boyce WF, Pickett W. Associations between overweight and obesity with bullying behaviors in school-aged children. Pediatrics. 2004;113(5):1187–94.
- 22 Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(8):733–8.
- 23 Crandall CS. Do parents discriminate against their heavyweight daughters? Personality and Social Psychology Bulletin. 1995;21(7):724.
- 24 Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. J Pers Soc Psychol. 1967;7(1):101–4.
- 25 Latner JD, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. Obes Res. 2003;11(3):452–6.

- 26 Richardson SA, Goodman N, Hastorf AH, Dornbusch SM. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*. 1961;26:241–7.
- 27 French SA, Story M, Perry CL. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. *Obes Res*. 1995;3(5):479–90.
- 28 Kinra S, Nelder RP, Lewendon GJ. Deprivation and childhood obesity: a cross-sectional study of 20,973 children in Plymouth, United Kingdom. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(6):456–60.
- 29 Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Wehle C, Bruning N, Trost-Brinkhues G, Brenner H, et al. Social class, parental education, and obesity prevalence in a study of six-year-old children in Germany. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2005;29(4):373–80.
- 30 Zimmermann MB, Hess SY, Hurrell RF. A national study of the prevalence of overweight and obesity in 6–12-year-old Swiss children: body mass index, body-weight perceptions and goals. *Eur J Clin Nutr*. 2000;54(7):568–72.
- 31 Hill AJ, Oliver S, Rogers PJ. Eating in the adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. *Br J Clin Psychol*. 1992;31(Pt 1):95–105.
- 32 Burrows A, Cooper M. Possible risk factors in the development of eating disorders in overweight pre-adolescent girls. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002;26(9):1268–73.
- 33 Mendelson B, White DR. Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Devel Psychol*. 1985;21:90–6.
- 34 Kertész M, Polläck C, Greiner E. Evaluation of self-image of overweight teenagers living in Budapest. *J Adolesc Health*. 1992;13(5):396–7.
- 35 Vander Wal JS, Thelen MH. Eating and body image concerns among obese and average-weight children. *Addict Behav*. 2000;25(5):775–8.
- 36 Becker ES, Margraf J, Turke V, Soeder U, Neumer S. Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25(Suppl 1):5–9.
- 37 Lamertz CM, Jacobi C, Yassouridis A, Arnold K, Henkel AW. Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders? A community survey. *Obes Res*. 2002;10(11):1152–60.
- 38 Morgan CM, Yanovski SZ, Nguyen TT, McDuffie J, Sebring NG, Jorge MR, et al. Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *Int J Eat Disord*. 2002;31(4):430–41.
- 39 Decaluwe V, Braet C, Fairburn CG. Binge eating in obese children and adolescents. *Int J Eat Disord*. 2003;33(1):78–84.
- 40 Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *Int J Eat Disord*. 2003;34(Suppl):S47–57.
- 41 Berkowitz R, Stunkard AJ, Stallings VA. Binge-eating disorder in obese adolescent girls. *Ann N Y Acad Sci*. 1993;699:200–6.
- 42 Lumeng JC, Gannon KK, Cabral HJ, Frank DA, Zuckerman BB. Association between clinically meaningful behavior problems and overweight in children. *Pediatrics*. 2003;112(5):1138–45.
- 43 Holtkamp K, Konrad K, Muller B, Heussen N, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, et al. Overweight and obesity in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004;28(5):685–9.
- 44 Bazar KA, Yun AJ, Lee PY, Daniel SM, Doux JD. Obesity and ADHD may represent different manifestations of a common environmental oversampling syndrome: a model for revealing mechanistic overlap among cognitive, metabolic, and inflammatory disorders. *Med Hypotheses*. 2006;66(2):263–9.
- 45 Roth B, Munsch S, Meyer A, Winkler Metzke C, Isler E, Steinhausen HC, et al. Die psychische Befindlichkeit übergewichtiger Kinder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In press 2008.
- 46 Bijl RV, Cuijpers P, Smit F. Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(1):7–12.
- 47 Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Family study of chronic depression in a community sample of young adults. *Am J Psychiatry*. 2004;161(4):646–53.
- 48 Lieb RR, Wittchen HH, Höfler MM, Fuetsch MM, Stein MMB, Merikangas KKR. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(9):859.
- 49 Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. 1999;106(3):458–90.
- 50 Mattejat F. [Children of mentally ill parents in the awareness of professionals]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2001;50(7):491–7.
- 51 Epstein LH, Klein KR, Wisniewski L. Child and parent factors that influence psychological problems in obese children. *Int J Eat Disord*. 1994;15(2):151–8.
- 52 Epstein LH, Myers MD, Anderson K. The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Obes Res*. 1996;4(1):65–74.
- 53 Decaluwe V, Braet C, Moens E, Van Vlierberghe L. The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. *Int J Obes (Lond)*. 2006;30(12):1766–74.
- 54 Roth B, Munsch S, Meyer A, Isler E, Schneider S. The association between mothers' psychopathology, children's competences and psychological well-being in obese children. Submitted.
- 55 Epstein LH. Application of behavioral economic principles to treatment of childhood obesity. In: Allison DB, Pi-Sunyer FX, editors. *Obesity Treatment*. New York: Plenum Press; 1995. p. 113–9.
- 56 Ullrich A, Margraf J. *Effektive Adipositas therapie – Anregungen und Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung*. Bremen: UNI-MED Verlag AG; 2000.
- 57 Brownell KD, Kelman JH, Stunkard AJ. Treatment of obese children with and without their mothers: changes in weight and blood pressure. *Pediatrics*. 1983;71(4):515–23.
- 58 Flodmark CE, Ohlsson T, Ryden O, Sveger T. Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy. *Pediatrics*. 1993;91(5):880–4.
- 59 Israel AC, Guile CA, Baker JE, Silverman WK. An evaluation of enhanced self-regulation training in the treatment of childhood obesity. *J Pediatr Psychol*. 1994;19(6):737–49.
- 60 Epstein LH, Valoski A, Wing RR, McCurley J. Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychol*. 1994;13(5):373–83.

- 
- 61 Golan M, Weizman A, Apter A, Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *Am J Clin Nutr.* 1998;67(6):1130–5.
- 
- 62 Munsch S, Roth B, Michael T, Meyer A, Biedert E, Roth S, et al. Randomized controlled comparison of two cognitive behavioral therapies (CBT) for obese children: mother versus mother-child CBT. *Psychother Psychosom.* In press 2008.
- 
- 63 Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev.* 2004;62(1):39–50.
- 
- 64 Butryn ML, Wadden TA. Treatment of overweight in children and adolescents: does dieting increase the risk of eating disorders? *Int J Eat Disord.* 2005;37(4):285–93.
- 
- 65 Erermis S, Cetin N, Tamar M, Bukusoglu N, Akdeniz F, Goksen D. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatr Int.* 2004;46(3):296–301.
- 
- 66 Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics.* 2003;111(4 Pt 1):851–9.
- 
- 67 Lumeng JC, Gannon K, Appugliese D, Cabral HJ, Zuckerman B. Preschool child care and risk of overweight in 6- to 12-year-old children. *Int J Obes.* 2005;29(1):60.
- 
- 68 Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry.* 1985;147:598–611.
- 
- 69 Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *Am Psychol.* 1998;53(2):205–20.
- 
- 70 Garmezny N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann.* 1991;20(9):459–60, 63–6.
- 
- 71 Allison DB, Faith MS, Gorman BS. Publication bias in obesity treatment trials? *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1996;20(10):931–7.
-