

20. Zürcher Präventionstag - 13. März 2009

Übergewicht als Epidemie Ursachen, Risiken, Handlungsbedarf



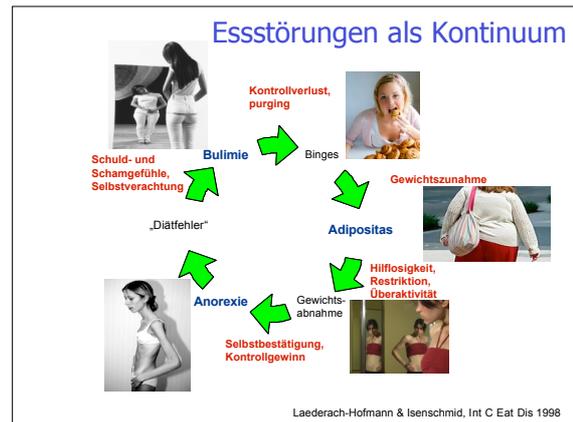
Bettina Isenschmid, MD et MME, Psychiatrie & Psychotherapie FMH,
Psychosomatik SÄPPM
Universitätsklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klin. Ernährung,
Inselspital Bern, eating@insel.ch; 031 632 08 00
KEA - Ernährungspsychologie, Adipositas und Metabolismus Spitalzofingen,
keas@spitalzofingen.ch; 062 746 26 56

Früher...



Heute...

- ◆ Übergangs- und Mischformen
- ◆ Essstörungen bei Übergewicht
- ◆ Kinder
- ◆ Substanzmissbrauch
- ◆ Compulsive Exercising
- ◆ Männliche Betroffene
- ◆ Psychisch Kranke
- ◆ Selbstverletzendes Verhalten



Dick oder Dünn: Nur eine Frage der Bilanz?

Reduktion der Energiezufuhr <ul style="list-style-type: none"> • ↓ Hunger • ↑ Sättigungsgefühl • ↓ Nährstoffresorption 	Steigerung des Energieumsatzes <ul style="list-style-type: none"> • ↑ Stoffwechselrate
--	--

National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. JAMA. 1996; 276: 1907-1915

Chinesen immer dicker...

- 14,7 % übergewichtig, 2,6% fettleibig (= 60 Mio Einw.!)
 - Anstieg der Prävalenz bei Kindern zwischen 1985 und 2000 um das 30fache, aktuell 8-15%
 - Auto statt Velo
 - Tierische Fette innerhalb 25 Jahren von 8% auf 25%
 - in CH: Verdoppelung der Anzahl übergewichtiger Kinder in den letzten 20 Jahren (auf 20-25% zw. 5-15 Jährigen)

Wu Y, BMJ 2006; 333:362-363, Zimmermann et al. 2004

Funktionalität?

„...dass Handlungen, die selbstzerstörerisch zu sein scheinen, sich fast immer als eine Art der Anpassung erweisen, als Versuch, mit der Welt zurechtzukommen.“

(Susie Orbach)



Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm...

Guo SS: Am J Clin Nutr 59 1994
Mossberg HO: Lancet 2 1989
Stark O: Br Med J 283 1994

Übergewicht als Kind	Übergewicht erwachsen
7 Jahre	40 %
12 Jahre	70 %

Übergewicht Eltern	Risiko Übergewicht Kind
kein Elternteil	15 %
Vater	40 %
Mutter	50 %
beide Eltern	70 %

Allison: Int J Obes 20 1996
Guo SS: Am J Clin Nutr 59 1994

Liebe geht durch den Magen...

- Unklare Grenzen/ Rollendiffusion
- Körper- und Leistungs ideale, Mangel an unbedingter Wertschätzung
- Missachtung/ Fehlinterpretation von Bedürfnissen → später undifferenzierter „oraler“ Trieb
- Verhinderung von Autonomie/ keine Duldung von Subsystemen → Probleme in Aneignung der (Geschlechts)identität; Körperwahrnehmungsstörung
- Fassade der Pseudoharmonie/ „anger-in“ Verhalten, latente Aggression



Idealfiguren...?



Wie porträtieren Medien Frauen?



wie Männer?

- Männlicher Körper hat in den letzten 20 Jahren deutlich an Medienpräsenz zugenommen
- Im Vordergrund der muskulöse, schlanke, junge Mann
- Deutlich erhöhter Druck, dem neuen (unreiferen) Bild zu entsprechen
- Mediendarstellungen spiegeln die gesellschaftlichen Haltung dem männlichen Körper gegenüber



„Fast Food und Gesundheit“

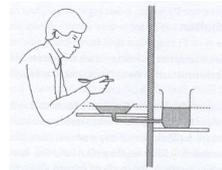
- Fast Food: standardisierte Mahlzeit, rasch bereit und verzehrt
- Unausgewogen, ungesund? Wissenschaftlich nicht berechtigt: **Hamburger** ca. 265 kcal, relativ ausgewogene Energieverteilung: 21% aus Proteinen, 35% aus Fetten und 45% aus Kohlenhydraten
- Achtung: Pommes Frites ↔ Salat; Cola ↔ Mineralwasser; Glacé ↔ Frucht
- regelmässiger Konsum von FF mit gesundheitlichen Risikofaktoren (Übergewicht) assoziiert
- Grösse der Portionen hat zugenommen!



2005 State-of-the-Art-Bericht SGE

Verhaltensmerkmale bei Übergewichtigen

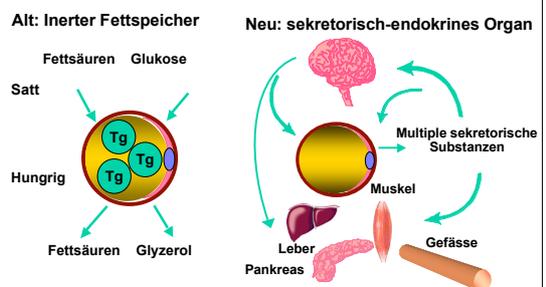
- **Überessen** bei Stress (Striegel-Moore & Rodin 1986, Diehl et al. 1984, Pudel 1982)
- Ungünstige **Bewältigung** ("in sich hineinfressen", runterschlucken")
- Externale Attribution, Mangelnde **Selbstwirksamkeit** (Schachter 1968, 1971)
- Kognitive **Zügelung** (Hermann & Polivy 1975, Pudel & Oetting 1977): "Trickteller")
- **Verzögerte Sättigung** (Pudel 1982: "Trickteller")
- **"Under-reporting"** der Nahrungsaufnahme (Schoeller & Field 1991, Clark et al. 1993)
- **Keine...!?**

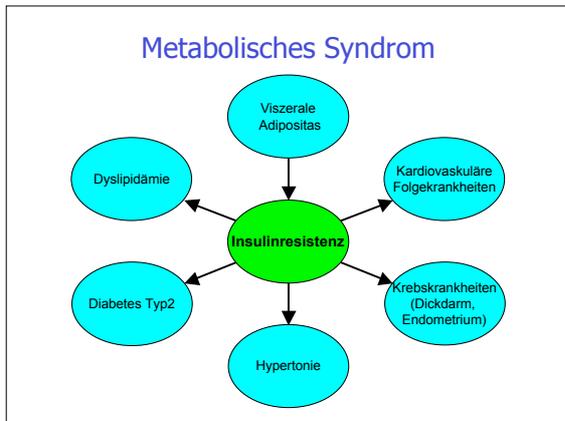


„Klassische“ Ursachen-Trias

- **Hunger/ Appetit**
 - genuin, gelernt (Milieu, Nahrungsmittel)
 - food-cues, Vorlieben, Sucht?
 - Genetik (Neurohormone, Feedback-loops)
- **Stoffwechselrate/ Arousal**
 - Essverhalten (Kalorienrestriktion)
 - Suchverhalten
- **Bewegungsverhalten**
 - genetisch/ gelernt/ kompensatorisch

Die neue Sicht auf das Fettgewebe: Ein endokrines Organ

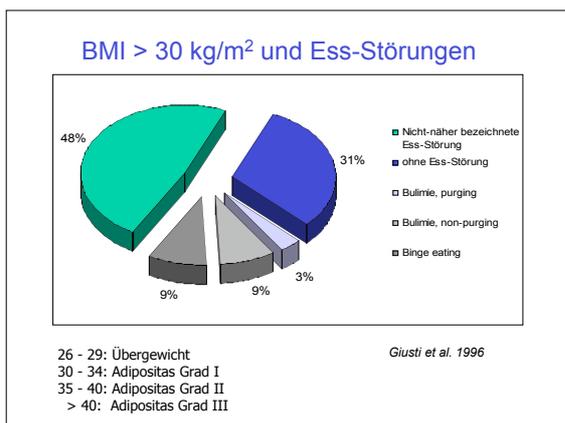




Körperliche Folgen des Übergewichts



- Hoher Blutdruck, Ischämische Herzkrankheit (Angina pectoris, Myokardinfarkt), Hirnschlag, Arterielle Verschlusskrankheit
- Diabetes mellitus II, erhöhte Blutfette, Gicht
- Gallensteine, Hernien, Dickdarmgeschwüre
- Gynäkologische Erkrankungen, Fruchtbarkeitsprobleme, Brust- und Gebärmuttertumore, Prostataumore
- Schlafstörung, Schlaf-Apnoe-Syndrom, kognitive Störungen
- Überbelastung der Hüft- und Kniegelenke (Arthrose) und der Wirbelsäule



Binge Eating Disorder

DSM-IV, APA 97

- Rezidiv. Essanfälle (subjektiv/objektiv)
 - Umschriebene Zeitspanne
 - Enorme Menge
- Kontrollverlust
 - Geschwindigkeit
 - Unangenehmes Völlegefühl
 - Kein Hungergefühl
 - Alleine essen
 - Selbstvorwürfe, Selbstekel
- Bedeutendes Leiden
- Mind. 2 Tage/Wo über 6 Monate
- Kein Kompensationsverhalten

- 25-30% der Übergewichtigen (auch Kinder!)
- 30% der Tn von Gewichtsreduktionsprogrammen
- Remission 50% bei KVT + Medikation

Selbstschädigende Verhaltensweisen lenken von negativen Gefühlen ab

- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch
- Essanfälle
- Riskantes Sexualverhalten (z.B. Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmittel, mit kaum bekannten Personen u.ä.)
- Selbstverletzendes Verhalten



Ess-Störungen und Suchtmittel

- Bulimische ES und Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit im Durchschnitt 22,9 % + andere Subst.: 17,5%
 - Alkohol: Wein, Bier, Spirituosen-Mix
 - Coffein: Cola, Kaffee, Tabletten
 - Cannabis
 - Appetitzügler, Amphetamine, Kokain
 - Abführmittel, harntreibende Mittel
 - Schilddrüsenhormone
 - Unverdauliches Material



Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Int J Eat Disord. 1984 Jul;18(1):1-34.

Psychiatrische Erkrankungen bei Ess-Störungen

- 50% leiden zusätzlich unter depressiven Störungen
- 10 % weisen zusätzlich eine Zwangsstörung auf
- Bei bulimischen ES:
 - Angststörungen 40%
 - Substanzmissbrauch 40%
 - Bipolare Störungen 10%
 - Persönlichkeitsstörungen 60%

Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. Int J Eat Disord. 1994 Jul;16(1):1-34.

Adipositas bei psychiatrischen Erkrankungen

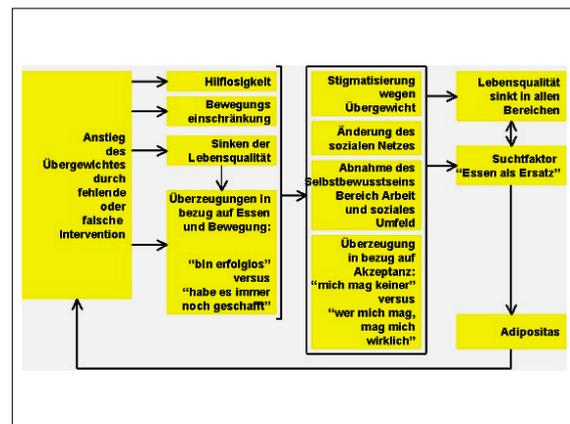
40-62% der Patienten mit schweren und dauernden psychischen Störungen (Schizophrenie, Bipolare Störung) sind schon vor Beginn der medikamentösen Behandlung übergewichtig!



Übergewicht wird häufig durch Behandlung noch verschärft!

Allison et al. J Clin Psychiatry 1999;60:215-20; Stanton J, Schizophr Bull 1995;21:463-72)

Ursachen sind auch Folgen...



Ziele erfolgsversprechender, integrativer Programme

- Einsicht in die Ursachen, Analyse auslösender/aufrechterhaltender Faktoren des Essverhaltens
- Erkennen von Zusammenhängen zw. Essen und Emotionen, Erlernen alternativer Umgangsweisen mit Anspannung
- Schärfung der Wahrnehmung interozeptiver Reize für Hunger und Sättigung, Schulung der Körperwahrnehmung
- Abbau des charakteristischen Schwarz-Weiß-Denkens
- Stärkung von Selbstwertgefühl und Konfliktfähigkeit
- Förderung der Kompetenz von Bezugspersonen
- Förderung der körperlichen Aktivität, Nachhaltige Verbesserung von Ernährung und Essverhalten
- Erreichen einer zeitlich stabilen Gewichtsabnahme (BMI, Taillenumfang oder Fettmasse), Verbesserung der Adipositas-assoziierten Krankheiten

Brownell (1972,...Kushner et al. 1999, www.akj-ch.ch)

Diätetische Behandlung

- Verminderung des täglichen Fettkonsums auf unter 50g; aktueller Durchschnittskonsum in D, CH oder A: >120-150g
- Zufuhr von ungesättigten, statt gesättigten Fettsäuren
- Verminderung des täglichen Kalorienkonsums um mind. 150 kCal (ca. 1 Vollmilchjoghurt à 180g)

Effekt: Gewichtsabnahme von ~10% in 1 Jahr, Reduktion von LDL-Cholesterin, Verbesserung der Glucose-toleranz bzw. Insulinresistenz, Reduktion des Blutdrucks

Effekte durch physische Aktivität

- vermindert das abdominale Fett
- führt zu vermehrter Gewichtsabnahme
- dämpft den Appetit
- hebt die Stimmung

Take Home:
Clearly some exercise is good,
more exercise is better...?



(Stenz et al., Medicine & Science in Sports & Exercise 2003; Katzmarzyk et al. HERITAGE study, Medicine & Science in Sports & Exercise 2003; Haapaniemi et al., INTERVENT study, Medicine & Science in Sports & Exercise 2003)

Unerwünschte Therapieeffekte

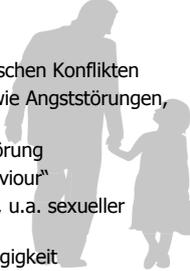
- Jojo-Effekt durch übermäßig schnelle Gewichtsabnahme
- Entwicklung von Ess-Störungen
- Orthopädische, kardiovaskuläre Komplikationen unter inadäquater körperlicher Belastung
- Verringerung der Wachstumsgeschwindigkeit (bei Kindern)
- Psychische Destabilisierung durch Auseinandersetzung mit erhöhtem Körpergewicht/ Gewichtsabnahme, Essverhalten etc.



J Am Diet Assoc. 2006;106:559-568.

Achtung Gewichtsreduktion bei:

- Stark ausgeprägter Ess-Störung
- Schweren familiären und psychischen Konflikten
- Ausgeprägten Depressionen sowie Angststörungen, bes. soziale Phobien
- Posttraumatischer Belastungsstörung
- Selbstverletzungen, „Risky behaviour“
- Traumatisierenden Erfahrungen, u.a. sexueller Missbrauch
- Alkohol-, Nikotin-, Drogenabhängigkeit



Früherkennung

- Zielt auf **Risikogruppen**, die aus genetischen, biologischen oder anderen Gründen (z.B. sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen) besonders gefährdet sind, essgestört, übergewichtig oder adipös zu werden.
- Eine eigene Risikogruppe stellen Kinder und Jugendlichen dar, welche bereits wegen Ess- oder Gewichtsproblemen in Behandlung waren.

Maßnahme:

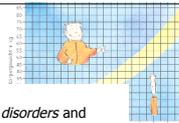
- **Frühzeitige, u.U. vorgeburtliche Identifikation** durch ärztliche, soziale oder psychologische Dienste zur **Triage und Behandlung**

Elster AB, Kuznets NJ, eds. AMA guidelines for adolescent preventive services (GAPS), 1994



Guidelines für Adolescent Preventive Services¹

- **Recommendation 13**
All adolescents should be screened annually for *eating disorders and obesity* by determining weight and stature, and asking about body image and dieting patterns.
- BMI 95. Perz.: Volles Assessment
- BMI zwischen 85. und 94. Perz.: Risiko-Personen, Assessment bei:
 - BMI um 2 oder mehr Einheiten erhöht
 - Positiver Familienanamnese
 - Sorgen ums Gewicht / Essstörung
 - Dyslipidämie, (Prä-)Diabetes oder Hypertonie
- Gewichtsverlust > 10% oder BMI < 5. Perz., Diät halten bei Normalgewicht, selbstinduziertem Erbrechen, Laxantien/Diuretika, Fasten



Zusammenfassung

- Adipositas ist eine **multifaktorielle, polygenetische** Krankheit: Ca. 40% werden Umwelteinflüssen, 60% genetischen Vorgaben zugeordnet.
- Die Genetik hat sich in den letzten 30 Jahren nicht geändert; trotzdem gibt es mehr Übergewichtige. Hier ist die Vorgabe der Physiologie, nämlich das **Konservieren von Energie** massgebend.
- Am einfachsten ist die Förderung der **Bewegung** zu realisieren. Dazu sollten **gesunder Lebensstil und Ressourcenverbesserung** implementiert werden.
- **Konservative, integrative Therapien sind effizient und wirksam**; therapeutischer Nihilismus ist fehl am Platz.
- Steigt das Gewicht auf **BMI >45-50** ODER gelingt keine Gewichtsabnahme unter konservativer Therapie, soll eine **chirurgische Intervention** evaluiert werden
- Chirurgie ist (noch?) die Ultima Ratio in der Adipositas therapie.

Campbell K et al.: The Cochrane Library: 3 (2003)

Behandlung der Patienten: Vergangenheit und Zukunft

Vergangenheit	Zukunft
Kurzzeitbehandlung der Adipositas	Langzeitbehandlung der Adipositas
Gewichtsreduktion	Gewichtszunahme verhindern
	Gewicht reduzieren
	Gewicht halten
Punktuelle und unabhängige Behandlung der mit Adipositas verbundenen Erkrankungen	Globale Behandlung der mit der Adipositas verbundenen Erkrankungen

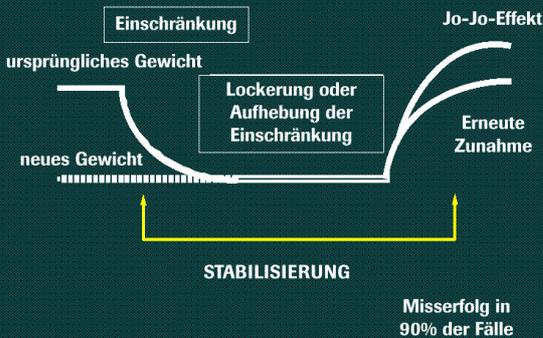
Und wir?

Was denken Sie da...?



enttäuscht mich nie
 tröstet ist mein Leben schmeckt
 ist für mich immer da **ESSEN?** deprimiert
 macht Lust
 stärkt und schützt ist gesund macht glücklich
 ist alle was ich habe
 macht dick tötet

Behandlung der Patienten: Vergangenheit und Zukunft

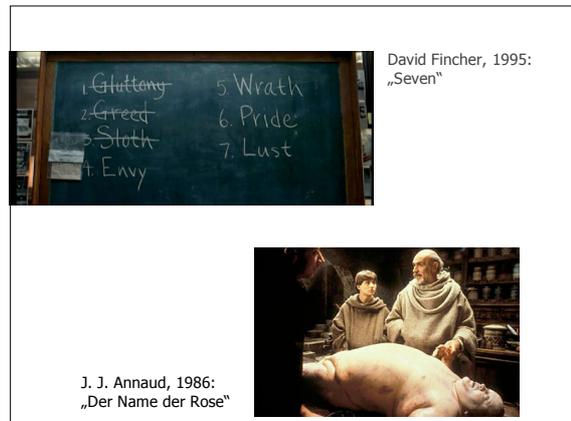
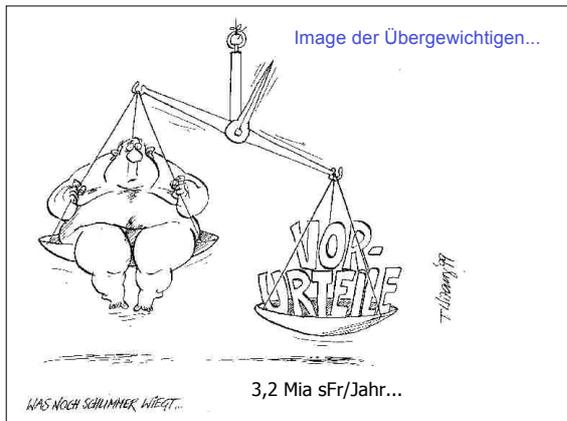


Warum ist es so schwierig abzunehmen und das Gewicht zu halten?

- Physiologisches Survival-Programm
 - Reduktion des Energieverbrauchs
 - Vermehrte Fettspeicherung
 - Erhöhte Energieausschöpfung während des Fastens
 - Netto: Tendenz, Gewicht wieder zu gewinnen
- Psychologisch
 - Einschränkungen von Kalorien- oder Essmenge sind unangenehm
 - Erhöhte Tendenz zu unkontrolliertem Craving
 - Fehlender Durchhaltewillen (bezügl. Überleben unsinnig!)
 - Erfolgszwang, ungünstige Vorbilder (heute!)



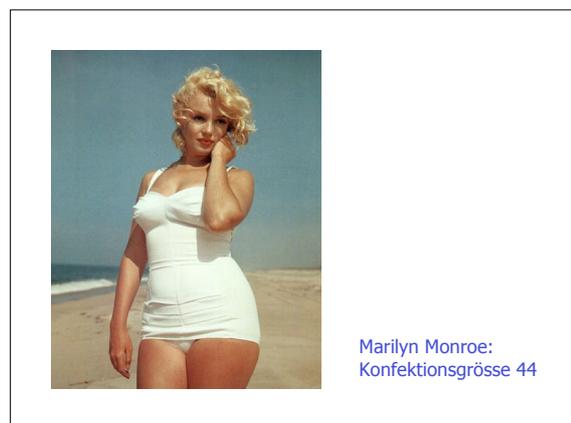
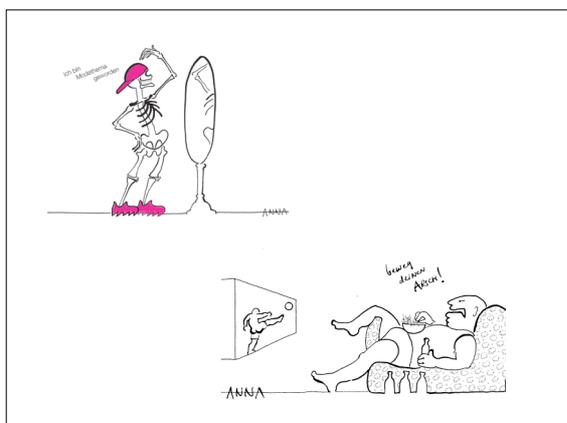
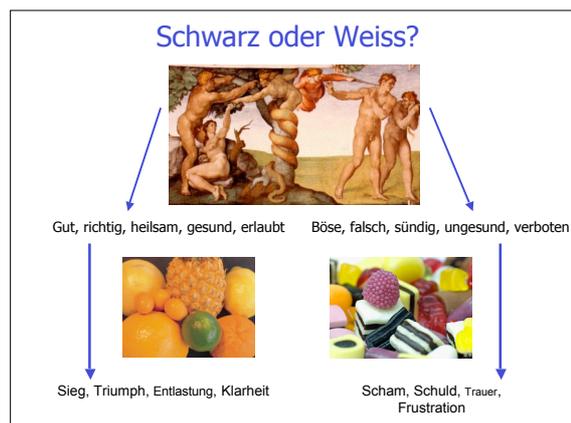
Adapted nach Guy-Grand B.
Wadden TA. Ann Intern Med 1993; 119:688-93



Völlerei (lat. *gula*):

- Eigenschaft (Laster) eines Menschen, die ihn zu einem ausschweifenden und maßlosen Leben führt und ihn **undankbar** gegenüber dem Schöpfer und der Gaben des Lebens werden lässt.
- Die Strafe für diese Todsünde ist in der katholischen Mythologie die Verbannung in die Hölle und die **Erleidung ewiger Schmerzen**.
- Das Schwein und der Dämon Beelzebub verkörpern die Völlerei.

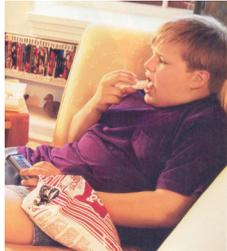
Schlaraffenland (Pieter Bruegel)






Lassen Sie sich nicht:

- Faszinieren
- Verführen
- Verwirren
- Einspannen
- Abschrecken



Setzen Sie sich ein für:

- Früherkennung und -intervention
- Abkürzung des Leidenswegs
- Verhütung von Folgeschäden