

Adipositas und Binge Eating

Definition

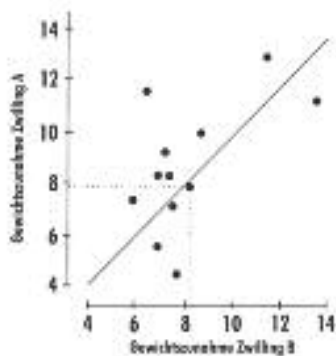
Adipositas ist eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettanteils

Epidemiologie – WHO Bericht über Adipositas 1998

Land	Autoren	Prävalenzrate (BMI > 30 kg/m ²)	
		Männer	Frauen
Europa			
England	Prescott-Clark und Primatesta [1995]	15,0	16,5
Deutschland	MONICA-Studie: Hoftmeister et al. [1994]	17,0 (Westen) 21,0 (Osten)	21,0 (Westen) 27,0 (Osten)
Schweiz	MONICA-Studie 1984/85- 1992/93: Wietlisbach et al. [1997]	11,4-14,6	10,8-10,1
Italien	Studie 1983-1994: Pagano et al. [1997]	7,1-6,5	7,6-6,3
Finnland	Studie 1991-1993: Seideil & Rissanen [1998]	14,0	11,0
Schweden	Studie 1980/81-1990/91: Kuskowska- Wolk und Bergstrom [1993]	4,9-5,3	8,7-9,1
Niederlanden	Studie 1995: Seideil [1997]	8,0	6,0

Genetische Disposition

- Grad des Übergewichts bei eineiigen Zwillingen unterschiedlich
- Gewichtszunahme eineiiger Zwillinge nach 100 Tagen Überer-nährung (1000 kcal). Jeder Punkt gibt die Gewichtszunahme des Zwillingspaars an (Bouchard et al., 1990)

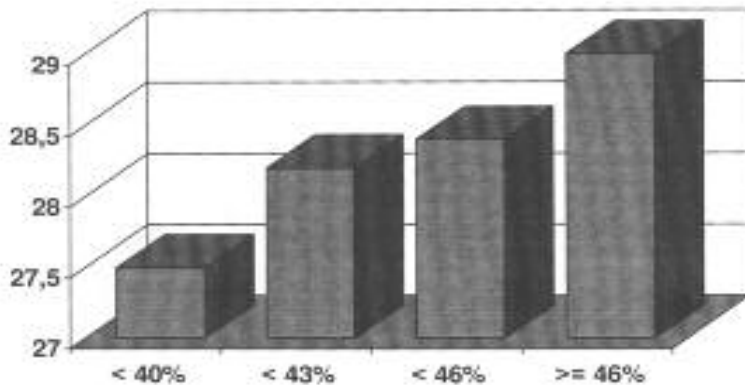


- Genetik alleine reicht nicht aus Ausprägung!!
→ Übergewicht ist AUCH umweltbedingt

Umweltbedingungen

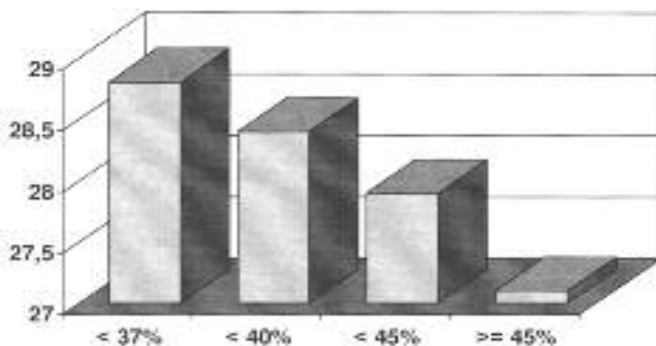
- Leben im Überfluss an Nahrungsmitteln
 - Gute Lebensmittelqualität und –sicherheit, jedoch keine Erfüllung der DGE-Kriterien
- ABER:
- Fehlende Informationen zur bedarfsgerechten Ernährung
 - Ungünstiges Ernährungsverhalten (zuviel Fett, zu wenig Kohlenhydrate, Fast Food)
 - Zu wenig Bewegung (kaum Sport, aber auch wenig Bewegung im Alltag) → immer mehr Kinder sind übergewichtig, da sie sich zu wenig bewegen

Energie- und Nährstoffbilanz



Body-Mass-Index in Abhängigkeit vom relativen Fettverzehr (Energieprozent) bei 200.000 Personen nach einem 7-Tage-Ernährungsprotokoll (Pudel & Westenhöfer, 1992)

Energie- und Nährstoffbilanz



Body-Mass-Index in Abhängigkeit vom relativen Kohlenhydratverzehr (Energieprozent) bei 200.000 Personen nach einem 7-Tage-Ernährungsprotokoll (Pudel & Westenhöfer, 1992)

Warum essen wir?

- Essen dient nicht nur der Sättigung, sondern steht in Wechselwirkung zu

hedonistischen, sozialen, ökonomischen, emotionalen, kognitiven Einflüssen

- *Bsp.: Sonderangebot („Supersize me“) Omas Plätzchen, Trostschokolade, Morgenkaffee, Fondue ist gemütlich,*

Wie funktioniert Sättigung?

Sättigungs-Kaskade

Verschiedene Mechanismen des Sättigungsprozesses:

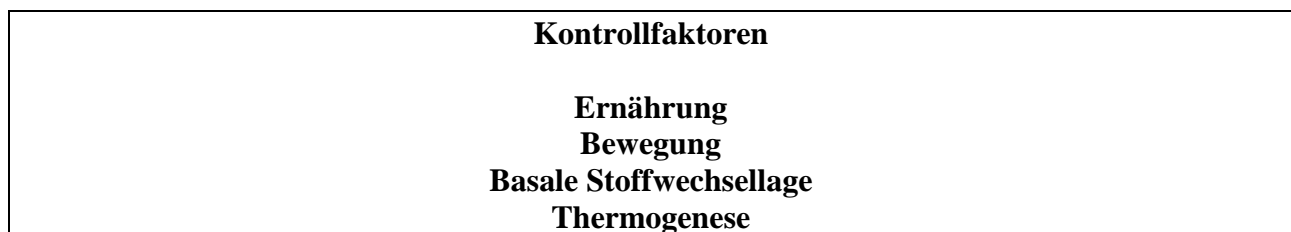
- **Sensorisch** (*während des Essens*): Geschmack, Aussehen, Geruch,...
- **Kognitiv** (*kurzfristig*): Vermuteter kcal-Gehalt
- **Postingestional** (*mittelfristig*): Magendehnung, Hormonwirkung
- **Postresorptiv** (*langfristig*): Wirkung der Makronährstoffe

Wo liegt das Problem?

- Durch Überfluss Gelegenheit zum Zuviel essen
- Hunger und Sättigung als Start- bzw. Stoppsignal sind nicht absolut (siehe Motive, Fastenkuren, Überessen)
- Appetit eher lustvolle Motivation auf bestimmte Nahrungsmittel
- Sattsein als Zustand nach Beendigung der Mahlzeit → die Portionen werden immer größer („Supersize me“)
- Essen wird teilweise extern gesteuert nicht durch das interne Hunger-Sättigungsgefühl → Außenreize bestimmen das Essverhalten Adipöser mehr als Innereize (Adipöse überessen sich um ca. 70%)

Homöostatische Regulation des Körpergewichtes (Cannon, 1929)

Energieaufnahme → Energieverbrauch



Problem: Anpassung des Energiebedarfs

- Bei Gewichtsabnahme: Reduktion der Thermogenese und der körperlichen Aktivität
- Bei Gewichtszunahme: Steigerung der Thermogenese und der körperlichen Aktivität
→ Regulation des Gewichts in hohem Maße unwillkürlich

Minnesota-Studie (Keys et al 1950)

- Untersuchung zu den Auswirkungen des Hungerns
- 36 junge, gesunde Männer: Versuchsteilnahme statt Kriegsdienst
- Historischer Hintergrund: Nachkriegszeit, Lebensmittelknappheit, Rationierung,...
- Versuchsdauer: 6 Monate
 - 12 Wochen Kontrollphase
 - 24 Wochen Hungerphase: individuelle Halbierung der Essensmenge
- 50% kcal-Reduktion führten zu Gewichtsabnahme von 25%
- Anpassung des Energieverbrauchs: Reduktion des Ruheumsatzes (um 40%) sowie des allgemeinen Aktivitätsniveaus
- Veränderung der Essgewohnheiten, starke gedankliche Beschäftigung mit „Essen“
- kognitive, soziale, emotionale Veränderungen:

Bulimische Symptome

- Beginn von Heißhungerattacken
- Störung des Sättigungsgefühls
- Starker Hunger auch nach großen Mahlzeiten
- Schwierigkeiten beim Beenden

Einstellung und Verhalten

- Zunahme der Beschäftigung mit „Essen“
- Veränderte Essgewohnheiten

Kognitive Veränderungen

- Verminderte Konzentration und Vigilanz
- Entscheidungsunfreudigkeit
- Verminderte Urteilsfreudigkeit

Emotionale Veränderungen

- Stimmungsschwankungen
- Depressionen
- Reizbarkeit, Nervosität
- Wutausbrüche
- Angst
- Apathie, Interessenlosigkeit

Soziale und sexuelle Veränderungen

- Sozialer Rückzug
- Isolation
- Reduziertes sexuelles Interesse
- Auflösung von Beziehungen

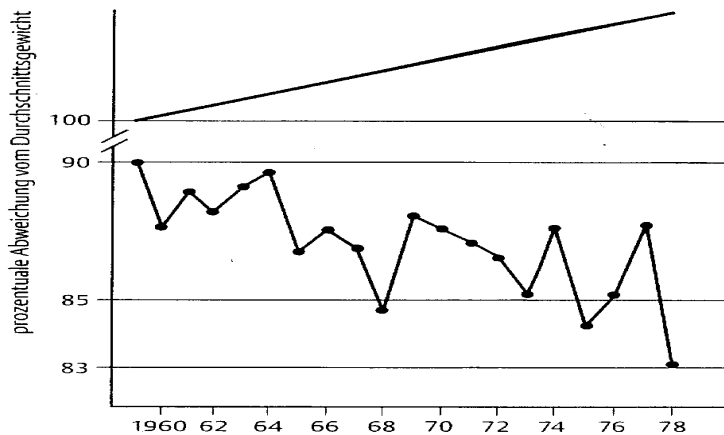
Fazit der Minnesota-Studie

- Körpergewicht ist nicht beliebig manipulierbar, es existieren physiologische und psychologische Gegenregulationsmechanismen
- Übereinstimmung der beschriebenen Phänomene und der Symptomatik bei Essstörungen

=> Vermutung: Symptome bei Essgestörten sind keine spezifische Psychopathologie, sondern eine Folge des veränderten Essverhaltens

**Problemfall: Gewichtsabnahme Warum überhaupt Abnehmen wollen?
Einflüsse soziokultureller Normen**

Relativer Gewichtsverlauf der Models im Männermagazin Playboy“ und der weiblichen amerikanischen Bevölkerung zwischen 1960 - 1980 (Garner et al., 1980)



Kollektives Diäthalten

- Gezügeltes Essverhalten ist zu einem weit verbreiteten Phänomen geworden.
- Jede 2. Frau und jeder 4. Mann haben bereits mindestens einmal eine Schlankheitskur hinter sich.

Vergleich Ost- und Westdeutschland (Studie Iglo-Forum 1991)

	Männer		Frauen	
%	West	Ost	West	Ost
Noch nie	83,8	86,7	57,8	64,5
1-3	9,0	7,2	18,4	18,4
4-8	2,9	2,9	11,5	7,2
9-15	0,8	0,5	2,4	1,5
Mehr als 15	0,4	0,2	1,7	1,5
Regelmäßig	1,1	0,5	3,5	2,7
Fast immer	1,9	2,0	4,7	4,2

Veränderte Einstellungen (Pudel & Westenhöfer, 1990)

						
		1	2	3	4	5
Wen halten Sie für den Verträglichsten?	1971	5	5	28	21	43
	1979	6	31	32	17	11
	1989	3	22	43	22	10
Wer hat die meiste Freude im Leben?	1971	7	11	34	23	27
	1979	11	52	25	6	3
	1989	7	29	45	15	5
Mit wem möchten Sie gerne befreundet sein?	1971	2	15	45	37	3
	1979	12	60	23	3	0
	1989	5	31	54	9	2
Wer hat die größte Lebenserwartung?	1971	17	42	35	6	2
	1979	28	57	12	1	0
	1989	14	47	34	4	7
Wer hat die meiste Freude bei der Liebe?	1979	15	54	24	3	0
	1989	7	37	47	7	2
Wer hat die attraktivste Figur?	1989	6	45	44	3	1
Wer hat die am wenigsten attraktive Figur?	1989	17	4	3	3	74

Adipositas als soziokulturelles Phänomen

- Dünn sein ist „in“
- Ist-Soll-Vergleiche sind negativ, wenn das Ideal nicht erfüllt wird
- Folge: Diäten

Gefahr:

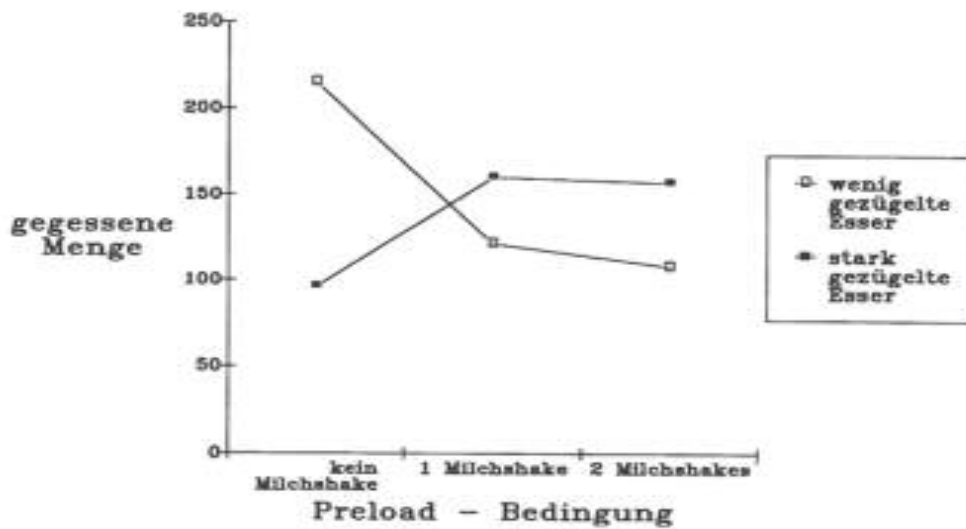
- künstlicher Eingriff in das natürliche Hunger-Sättigungssystem
- Gefahr der Entwicklung von Essstörungen

Willentliche Steuerung des Essverhaltens

Disinhibitionstheorie:

- Diätregeln führen dazu, dass bei einem Bruch der Regeln die Kontrolle verloren wird
- Insgesamt essen diese Leute mehr, da Hunger und Sättigung nicht mehr funktionieren → fällt auch noch die kognitive Kontrolle weg, dann kommt es zu überessen.
- Beispiel: Preload Experiment

Die Restriktions-Disinhibitionstheorie von Herman & Polivy (1984)



Aufrechterhaltende Faktoren

Gezügeltes Essverhalten → Zunahme von Hunger und Appetit → Zunahme der Störbarkeit/
 Disinhibition → Angst vor Gewichtszunahme

Psychische Faktoren zur Beschreibung des Essverhaltens

- **Kognitive Kontrolle:** Ausmaß der Steuerung des Essverhaltens durch kognitive Vorgaben
- **Störbarkeit:** Ausmaß des Verlustes an Kontrolle über das Essverhalten durch emotionale oder situative Umstände
- **Hungergefühle:** Ausmaß der subjektiv empfundenen Hungergefühle
 Skalen des Fragebogens zum Essverhalten (FEV) von Pudel & Westenhöfer (1989)

Weitere psychologische Aspekte

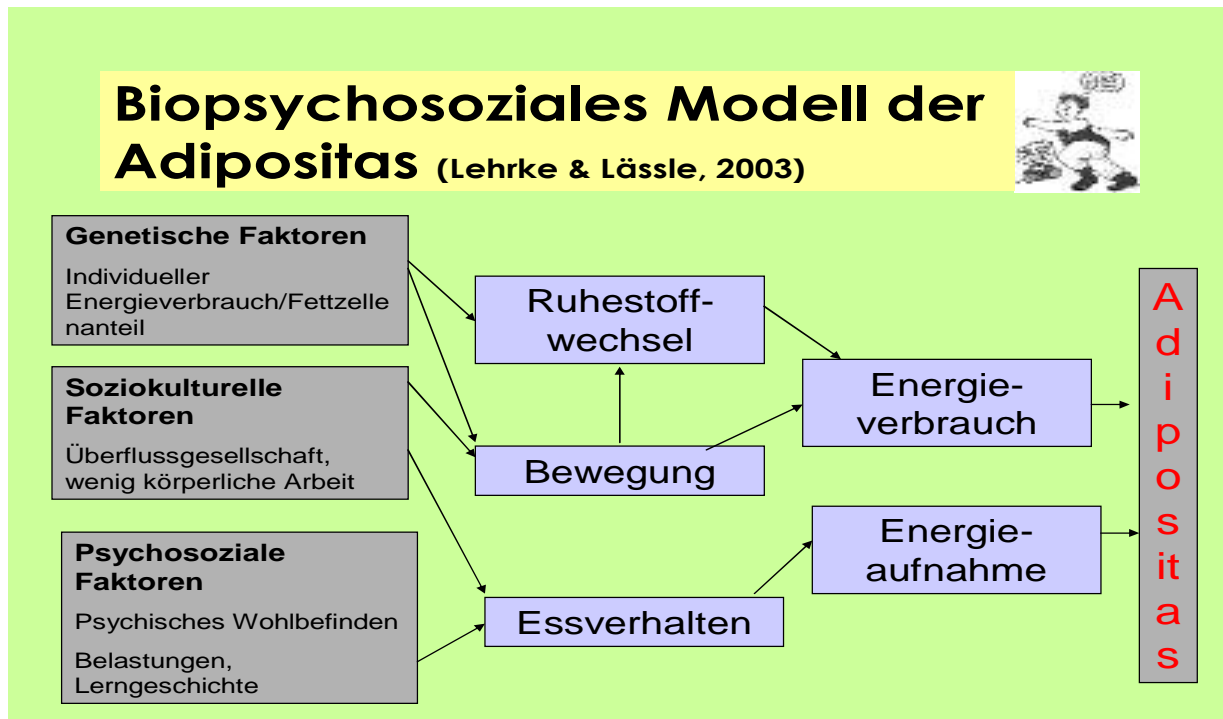
- Entkopplung von Hunger- und Sättigungsgefühlen durch „Tischsitten“ (z.B. Teller leer essen...)
- Entkopplung durch Einsatz von Essen als Strafe, Belohnung → Essen zur Regulation emotionaler Bedürfnisse
- Fett als Schutz z.B. nach sexuellem Missbrauch, vor Übergriffen des Partners etc.

Fazit

- Adipositas zu einem Großteil genetisch determiniert, aber Umweltfaktoren haben Anteil
- Anstieg der Adipositas durch das Überangebot an Nahrungsmitteln und den immer

geringer werdenden Anteil an Bewegung im Alltag (bereits bei Kindern)

- Soziokulturelle Faktoren führen zu steigenden Diätversuchen und körperlicher Unzufriedenheit → Risiko für Essstörung steigt
- Insgesamt hohe psychische Belastung bei adipösen Menschen



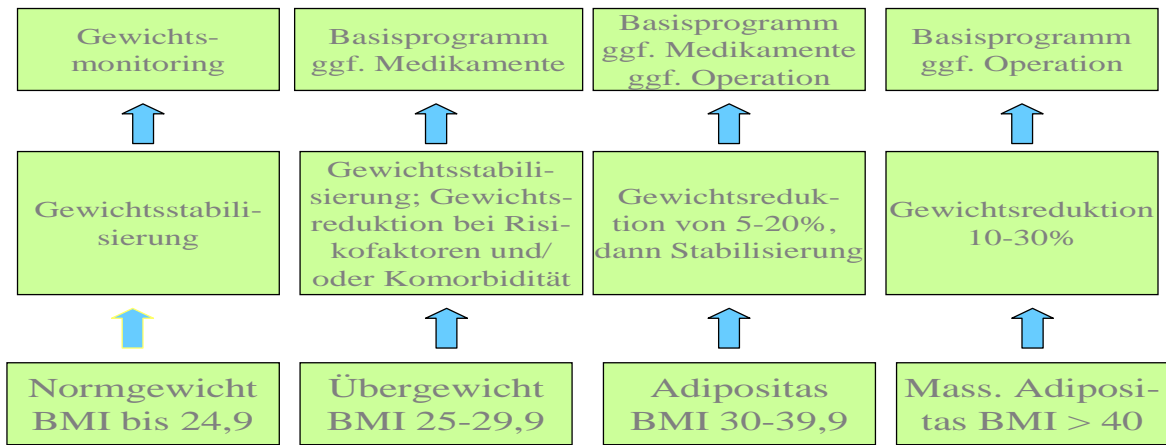
Verschiedene Ansätze in der Adipositas therapie

Adjuvante medikamentöse Therapie (Sibutramin, Orlistat) oder Chirurgische Therapie (gastric banding, vertikale Gastroplastik, Bypässe u.a.)

+ jeweils Basisprogramm: Ernährungsumstellung, Bewegungssteigerung, Verhaltensmodifikation

→ Ziel: Langfristige Verringerung des Ausgangsgewichts um 5-7%

Welche Therapie ist wann sinnvoll?



Anti-Diät-Konzept

- Wahrnehmung von Hunger und Sättigung
- keine „verbotenen“ Lebensmittel
- klare Mahlzeitenstruktur
- ausgewogene Mahlzeiten mit geeigneter Lebensmittelauswahl
- Bearbeitung emotionaler Einflüsse auf das Essverhalten
- Aufbau von Selbstsicherheit (trotz Gewicht)

Ernährungsberatung

- Einführung in die Ernährungslehre
- Führen von Ernährungsprotokollen (Ist-Zustand)
- Erarbeiten individueller Ernährungspläne (Soll-Zustand)
- Ausprobieren der Pläne, ggf. Überarbeitung
- Üben in der Lehrküche

Ziele der Ernährungsumstellung

- Reduktion des Fettanteils der Nahrung (beträgt bei Adipösen bis zu 50%)
→ Reduktion der Energieaufnahme
- Steigerung der Kohlenhydrataufnahme
→ Vermeidung von Hungergefühlen

Bewegungssteigerung

- Festlegung des individuellen Trainingszustandes (Leistungsdiagnostik)
- Suche nach Bewegungsmöglichkeiten, die Spaß machen

- Erarbeitung individueller Therapiepläne (Ausdauersportarten wie Walken, Schwimmen, Radfahren, (Joggen) bevorzugen)
- Sinnvolle Steigerungsmöglichkeiten

Ziele der Bewegungssteigerung

- Erhöhter Energieverbrauch
- Vermehrung der Aktivzellmasse → Steigerung des Ruheumsatzes
- Steigerung der Leistungsfähigkeit → Motivation
- Positive Veränderung des Körperbewusstseins und des Körperbildes
- Kardiovaskuläre Leistungssteigerung
- Verbesserung des Lipidstoffwechsels

Psychotherapie

Erstellen eines individuellen Bedingungsmodells für die Adipositas

1. Selbstbild
2. Essverhalten
3. Selbstkontrolle
4. Soziales Kompetenztraining

Exkurs: BED als psychische Erkrankung bei Adipositas

- BED stellt eine von der Bulimia und reinen Adipositas deutlich abgrenzbare Störung dar
- Wird im DSM-IV unter Forschungskriterien kategorisiert

Exkurs: Kriterien der Binge Eating Disorder

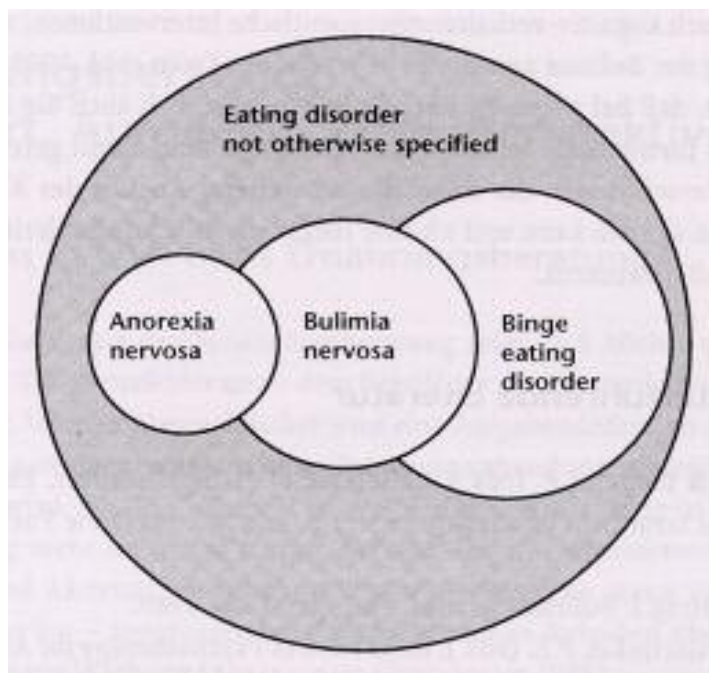
Wiederholte Episoden von Essattacken (binge eating) mit dem Erleben von Kontrollverlust, bei denen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne (z.B. 2 Stunden) eine deutlich größere Nahrungsmenge gegessen wird, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden

- Die Episoden dieser Essattacken erfüllen mindestens 3 der folgenden Punkte:
 1. Wesentlich schnelleres Essen als normalerweise
 2. Essen bis zu einem unangenehmen Sättigungsgefühl
 3. Essen großer Nahrungsmengen ohne Hungergefühl
 4. Alleinessen aus Verlegenheits- oder Schamgefühl
 5. Ekelgefühle, Depression oder ein schlechtes Gewissen aufgrund der Essanfälle
- Deutlicher Leidensdruck wegen der Essattacken
- Die Essattacken treten im Durchschnitt seit 6 Monaten an mindestens 2 Tagen pro Woche auf
- Die Essattacken sind nicht regelmäßig mit unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle assoziiert (z.B. Erbrechen, Abführmittelgebrauch, Fasten, Hyperaktivität) und treten nicht ausschließlich während einer Episode einer Anorexia oder Bulimia nervosa auf

Differenzierung zwischen BN und BED

Bulimia nervosa	Binge Eating Disorder
Onset meist früher	keine kompensatorischen Verhaltensweisen
mehr Essstörungspathologie = strikteres Diätverhalten, stärkeres Beschäftigtsein mit Essen	eher Übergewicht in Kindheit oder der Eltern
stärkere allgemeine Psychopathologie schlechtere soziale Anpassung	
meist niedrigeres Gewicht und deutlich stärkere Ängste in Bezug auf Essen	

Beziehungen zwischen den verschiedenen Essstörungsdiagnosen (nach Spitzer et al., 1993)



Fakten zur BED

- BED in der Allgemeinbevölkerung 4%
- In klinischen Populationen ca. 30%
- 30-40% der BED Patienten sind adipös (BMI > 30kg/m²)
- 1,5 x häufiger Frauen als Männer

- Erstmanifestationsalter schwankt zwischen 20.- und 30. Lbjh., zweite Häufung zwischen 45.-54. Lbjh.
- Spontanremission günstig: etwa 30-50% nach einem Jahr keine BED mehr
- Durchschnittliche Krankheitsdauer: ca. 11Jh

Erklärungsansätze der BED

Ernährungsstil:

- kohlenhydratarmer, fettreicher Ernährungsstil begünstigt in Verbindung mit einer erhöhten Stressanfälligkeit auftreten von Essanfällen

Restriktives Essverhalten:

- Restriktive Versuche, die Nahrungsmittelzufuhr einzuschränken, können Auftreten von Essanfällen fördern. Hier spielen verminderte Fähigkeiten zur Impulskontrolle sowie kognitive Faktoren wie bspw. Brechen einer Diätregel eine Rolle

Konditionierungsmechanismen

- Denken an, Anblick oder Geruch von Nahrungsmitteln bzw. affektive Zustände wie Langeweile oder Wut können unkontrollierte Nahrungszufuhr auslösen

Spannungsreduktion

- Essen wird zur Spannungsregulation genutzt

Besonderheiten in der Therapie der BED

- Vermittlung eines Entstehungsmodells
- Reduzieren der Häufigkeit von Essanfällen, Planung regelmäßiger Mahlzeiten, horizontale VA und Einführen alternativer Tätigkeiten
- Informationen über Entstehung und Aufrechterhaltung von Adipositas (wenn indiziert)
- Enttabuisierung von Essanfällen
- Herstellen einer verlässlichen, tragenden Therapiebeziehung
- Herstellen einer akzeptierenden Haltung zum eigenen Körper
- Kognitive Interventionen dysfunktionaler Kognitionen in Bezug auf den eigenen Körper bzw. die eigene Person
- Langfristige Stabilisation und Regulation des Körpergewichts
- Rückfallprophylaxe

Wirksamkeit von Interventionen

Intervention	Kurzzeit-Effekt	Langzeit-Effekt	Anmerkungen
Low/very low calorie diet	durchschn. 8% Gew.abnahme im 3.-12- Monat	nach 24 Monaten etwa wieder Ausgangsgewicht	u.U. internistische Kontrolle der Blutwerte erforderlich, sehr geringe Compliance
low/very low fat, Kalorienreduktion	s.o.	s.o.	keine bekannten Nebenwirkungen
Bewegungsprogramm	geringere Gew.abn. als durch Kalorienreduktion	s.o.	verbessertes kardiovask. Status, evtl. Prävention erneuter Gewichtszunahme
Diät + Bewegung	bessere Gew.abn. als bei alleiniger Intervention	s.o.	s.o.
Verhaltenstherapie	steigert Wirksamkeit von Diät u. Bewegung	kein sign. Effekt nach 5 Jahren	keine Nebenwirkungen, nur in Kombination mit anderen Interventionen überprüft
Sibutramin	ca. 4 kg Gew.abn.< 1 Jahr	geringerer Gewichtsverlust >1 Jahr	NW: Hypertonie
Orlistat	ca. 2-3 kg Gew.abn.<1 Jahr	ca. 3 kg nach 2 Jahren	NW: GI-Symptome, Vitaminmangel
Gastric Bypass	ca. 50 kg in einem Jahr	ca. 50 kg nach 4 Jahren	Operationsrisiko, postop. GI-NW
Gastric Banding	ca. 30 kg in einem Jahr	10-15% Zunahme d. initialen Gew.abn.	Operationsrisiko, postop. GI-NW

*nach Shepard (2003)

Wirksamkeit von Interventionen Relevanz aus therapeutischer Sicht

- Die langfristigen therapeutischen Erfolge bzgl. des Gewichtsverlustes sind enttäuschend.
- Verhaltenstherapie:
 - Gewichtsverlust ca.10 kg bei einer Therapiedauer von ca. 17 Wochen*.
 - 3,4 kg Gewichtsverlust nach 5 Jahren*, bzw. 5,9 kg nach 4 Jahren**.
 - Max. Gewichtsverlust: 13,6%**.
- Zur Aufrechterhaltung sind 14-tägige Treffen nötig.**

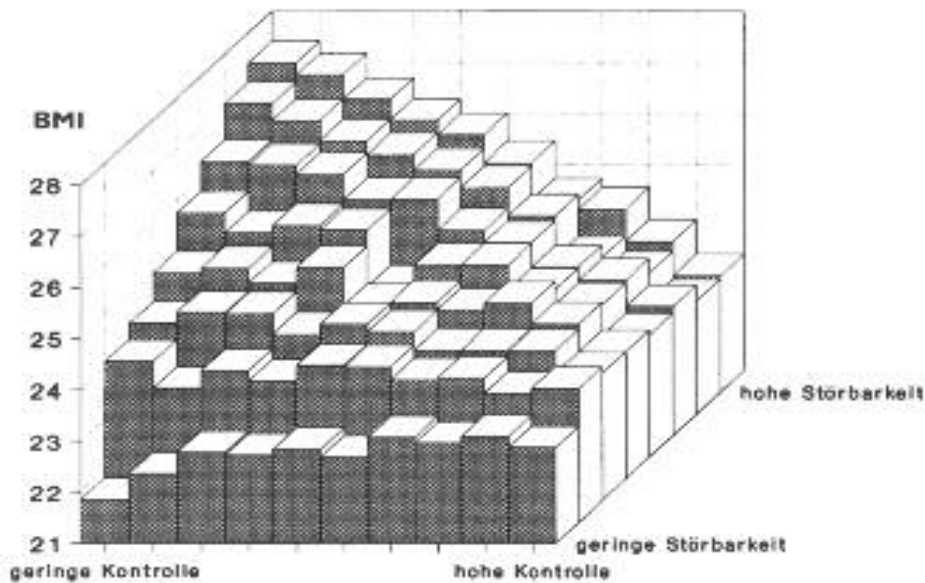
Erfolgreiche Abnehmern und Nicht-Abnehmern

Beschreibung anhand der vorgestellten Variablen:

Erfolgreiche Abnehmer reduzieren ihre Störbarkeit bei gleichzeitiger Zunahme der kognitiven Kontrolle.

Nicht erfolgreiche Teilnehmer steigern die Kontrolle nicht bei weiterhin hoher Störbarkeit.

→ Grafik



Die Störbarkeit korreliert mit höherem Gewicht, nicht das gezügelte Essverhalten Gewicht (BMI) in Abhängigkeit von Kontrolle und Störbarkeit des Essverhaltens (Pudel & Westenhöfer, 1989)

Fazit

- Adipositas entsteht aufgrund eines komplexen Geschehens
- Gewichtsabnahmeprogramme sind dabei nur begrenzt wirksam
- Veränderung des Essverhaltens und Steigerung der Bewegung greift nur einen Teil des Problembereichs an
- Aufrechterhaltende Bedingungen wie Schlankheitsdruck, Überfluss an Nahrungsmitteln und daraus resultierende Unzufriedenheit bleiben bestehen

Implikationen für das Langzeitmanagement

Notwendige Schritte im Langzeitmanagement

- Regelmäßige Treffen, wenn möglich zur Motivierung und Überprüfung
- Implementierung von Selbsthilfemöglichkeiten wie Treffen mit gleichgesinnten Freunden/Bekanntem
- Steigerung der Selbststeuerungs- und Kontrollfertigkeiten hinsichtlich Sport und Essen

Erfolg von Langzeitstrategien

Beispiel: Lifestyle Balance Programm der DPPs*

- Nach 16wöchigen Sitzungen kontinuierliches Monitoring

- Anleitung zu kontinuierlicher Selbstbeobachtung über
 - Aktivitätsprotokolle,
 - Gewichtsverlaufskurven und
 - Essprotokolle
- Sowie Goal-Attainment Scalings (Zielerreichungsformulierungen)
- Und Besprechung von möglichen Schwierigkeiten

Aktivitätenprotokolle

- Planung von Aktivitäten im Alltag (wann, wo, wie, was und mit wem)
- Planung von Aktivitäten unter besonderen Umständen wie Urlaube (s.o.)
- Motivierung zur Durchführung (Belohnung durch nicht nahrungsrelevante Dinge wie Blumen, Maniküre, Kino, etc.)
- Soziale Unterstützung bei der Umsetzung (Familie, Freunde)

Gewichtsverlaufskurve

- Erinnerung an Erfolg ist wichtig zur weiteren Motivierung
- Kontinuierliche Kontrolle, um mögliches „in die eigene Tasche lügen“ zu verhindern
- Überprüfung von möglichen falschen Strategien und langsamen Abgleitens in alte Gewohnheiten

Mögliche Schwierigkeiten

- Stagnation der Gewichtsabnahme oder erneute Zunahme
- Zu hohe Ziele nach ersten Erfolgen
- Fehlende soziale Unterstützung
- Nicht-Erkennen und fehlende Vorbereitung auf Risikosituationen

Umsetzung von Aktivitäten in Ausnahmezeiten

- Planung von Aktivitäten bereits im Voraus
- Einbezug von möglichen Schwierigkeiten
- Aktivierung von Freunden/Familie zur Unterstützung
- Spaß an der Sache

Schwierigen Situationen

- Tricks zur Bewältigung der Situation im Vorhinein überlegen
- Positive Selbstinstruktion in der Situation
- Auswahl der Nahrungsmittel beachten
- Ablenkung durch Konzentration auf andere Aspekte

Alltagssituationen beim Ernährungsmanagement

- Planung der Mahlzeiten
- Nein-sagen lernen
- Auf eigene Bedürfnisse achten
- Ziele nicht aus den Augen verlieren

Unterstützung durch Familienmitglieder

- Identifizieren der Unterstützungsmöglichkeiten
- Besprechen mit den einzelnen Familienmitgliedern
- Planung der Unterstützung
- Protokollierung und Auswertung
- Überprüfung und Modifikation des Plans

Lifestyle Balance Programm der DPPs*

- Stichprobe:
- n = 1079 (68% Frauen)
- mean age = 50.6,
- BMI = 33.9,
- Ziel: 7% Gewichtsabnahme und 150 min/pro Woche körperliche Aktivität
- Messzeitpunkte: T0 (vor Beginn des Programms), T1 (nach 24 Wochen) und T2 (nach 3 Jahren)

Ergebnisse DPP

Kurzfristiger Erfolg (T1)

- 49% nahmen 7% des Ursprungsgewichtes ab
- 74% erreichten das Aktivitätsziel

Langfristiger Erfolg (T2)

- 37% nahmen langfristig 7% des Gewichts ab
- 67% erreichten langfristig das Gewichtsziel

Überprüfung von Prädiktoren:

- Männliches Geschlecht und geringerer BMI zu Beginn waren eng mit der Erreichung des Aktivitätsziels verbunden
- Führen von Essprotokollen war positiv assoziiert mit Gewichtsverlust und Aktivitätsziel
- Erreichung des Aktivitätsziels war signifikant mit dem Erreichen des Gewichtsziels verbunden
- Teilnehmer, die kurzfristig erfolgreich waren, waren auch langfristig 1,5 bis 3 mal erfolgreicher.

Diskussion

DPP-Studie zeigte, dass

- je älter die Teilnehmer, desto erfolgreicher
- der initiale Erfolg mit Langzeiterfolg einhergeht
- andauernde Selbstbeobachtung und das Erreichen des Aktivitätszieles pro Woche mit Gewichtsabnahme und –stabilisierung auf dem erreichten Niveau einhergehen.

Fazit

- Hoher Zeitaufwand und Geduld bei der Nachbetreuung notwendig
- Integrative Konzepte sind gefragt (Zusammenarbeit Psychotherapeuten, Ärzte, Sporttherapeuten und Ernährungsberater)
- Wer trägt die Kosten?
- Prävention als erster Schritt?

ABER: Am Beispiel der DPP-Studie: es lohnt sich!