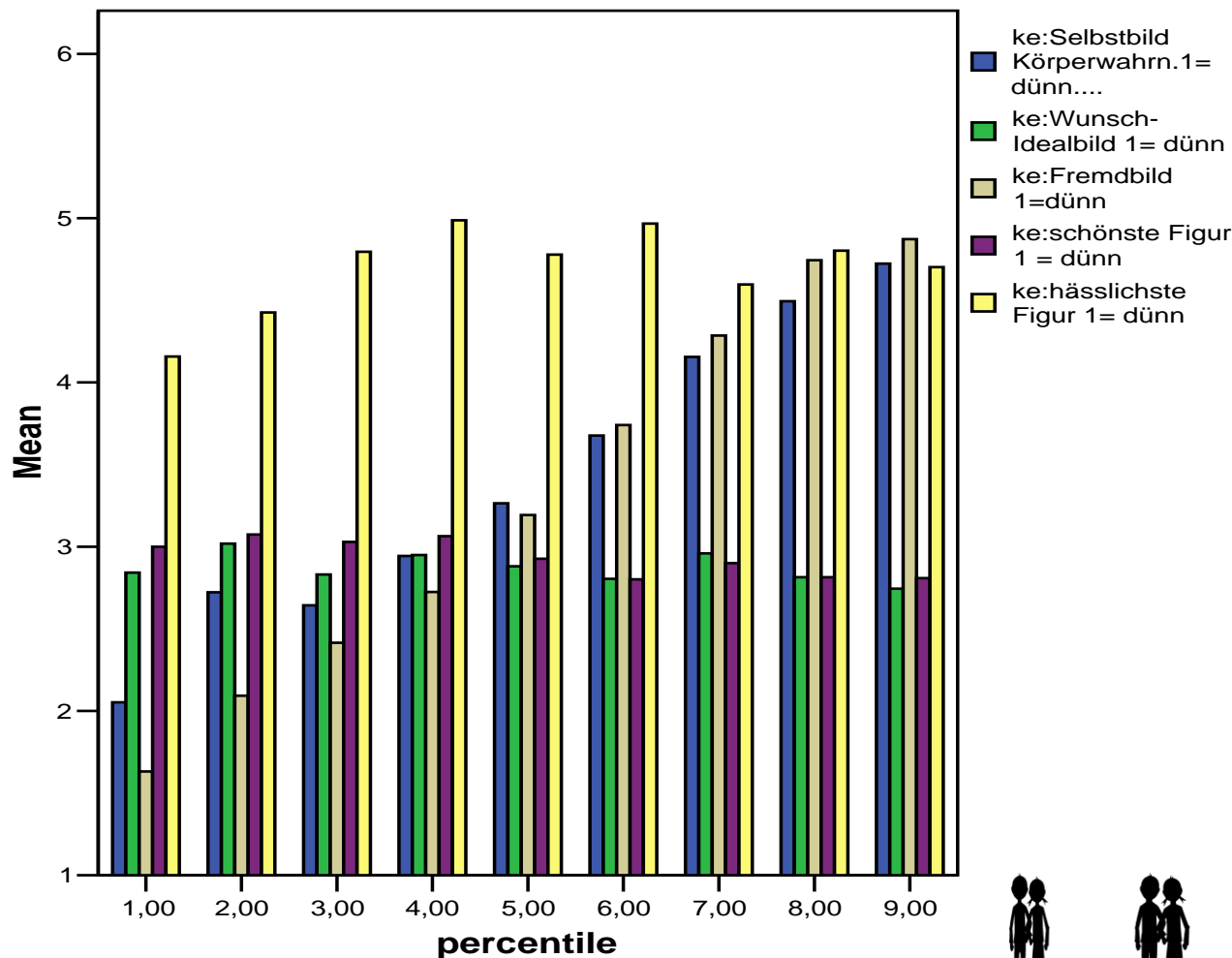


Interdisziplinäre Chancen und Risiken adipöser Kinder / Jugendlicher in der bariatrischen Chirurgie

Elisabeth Ardelt-Gattinger
Markus Meindl
Martin Plöderl
Christine Mayer
Karl Miller
Susanne Ring-Dimitriou

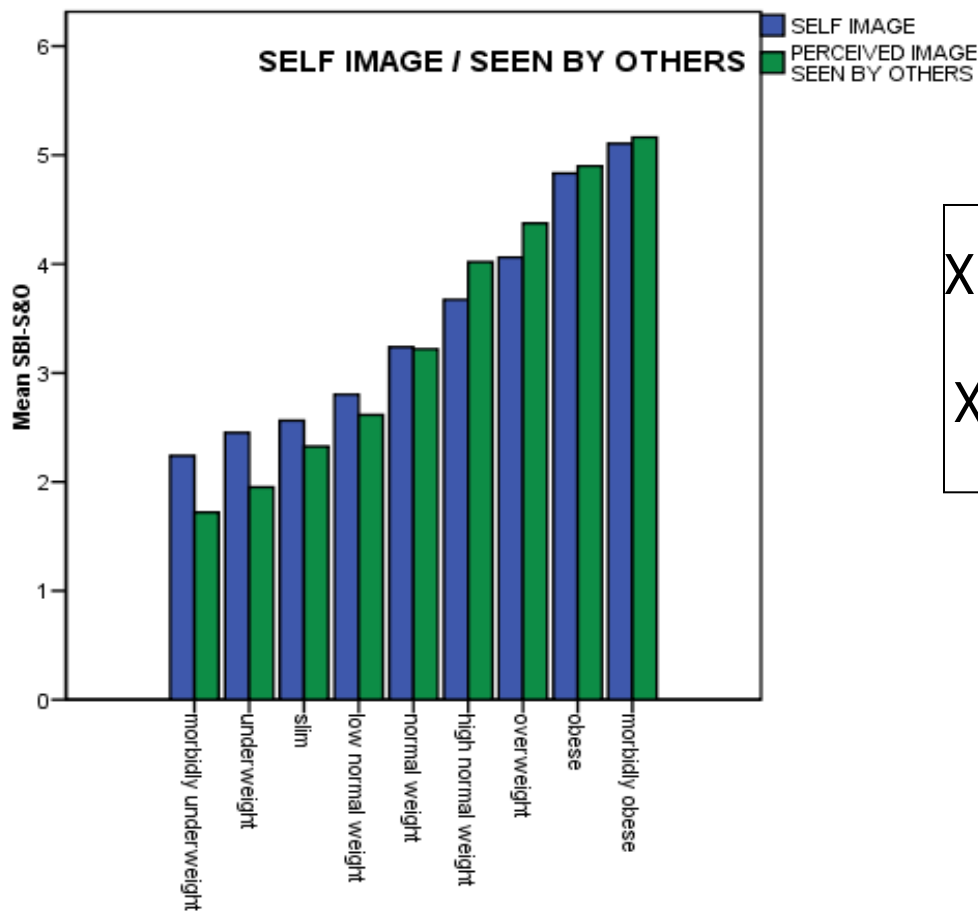
- **Disinhibition und rigide kognitive Kontrolle**
(Adami et al. 1996a, 1996b, 1997: BD, Karlsson et al 1998: Bypass, VBG, GB)
- **Addiction: Korrelation mit Zunahme** (Ardelt-Gattinger et al 1997:GB)
sowie sign. Pre- Post Unterschiede (Ardelt-Gattinger & Lechner 2002: Bypass)
- **Art und Ausmaß der Nahrung** (Mills & Stunkard 1976, Saltzstein & Gutmann 1980:Bypass)
- **Psychische Störungen – aber nur bei PatientInnen psychiatrischer Kliniken** (Larsen 1990, Valley und Grace 1987: Bypass)



- Neg. Körperbild sign. Zusammenhang mit Essstörungen *(Cardill et al 1999)*
- Adipöse haben ein negatives körperliches Selbstkonzept *(Hochdinger 2003)*

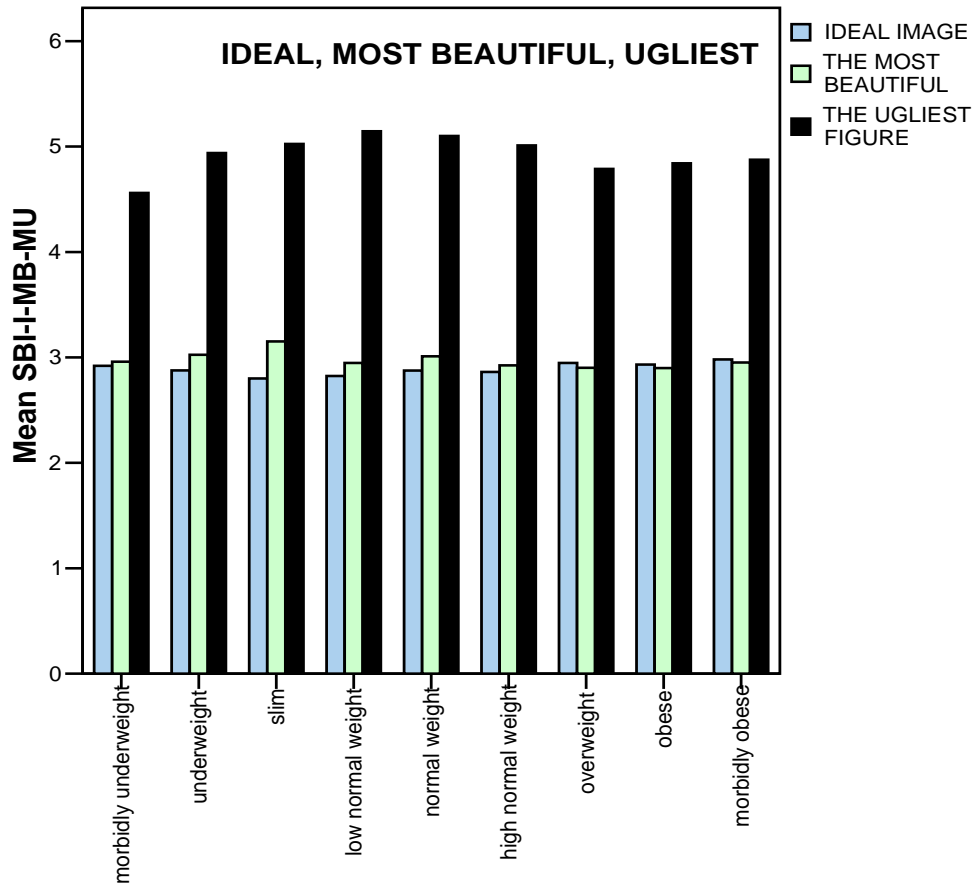
....aber nicht nur sie





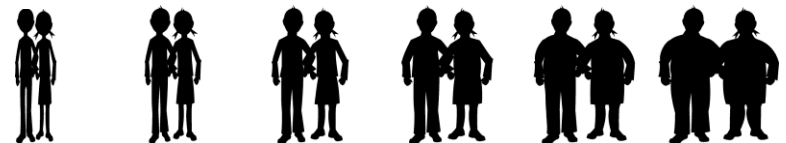
$\chi^2 (8, N = 4617) = 1534.99,$
 $p < .01, \text{Eta}^2 = .33$
 $\chi^2 (8, N = 4581) = 1502.31,$
 $p < .01, \text{Eta}^2 = .30$





- Neg. Körperbild sign. Zusammenhang mit Essstörungen
(Cardill et al 1999)
- Adipöse haben ein negatives körperliches Selbstkonzept
(Hochdinger 2003)

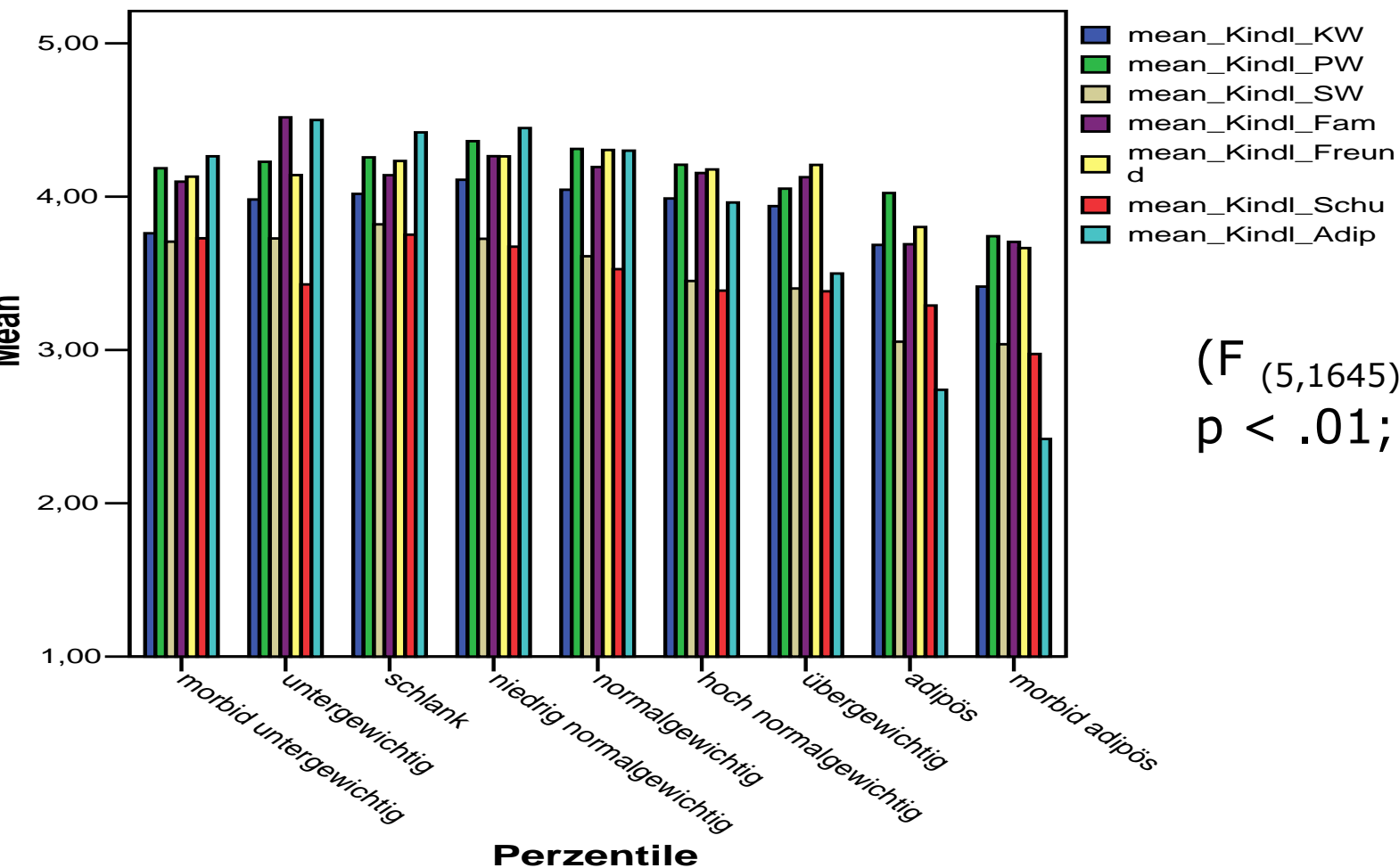
.....aber nicht nur sie



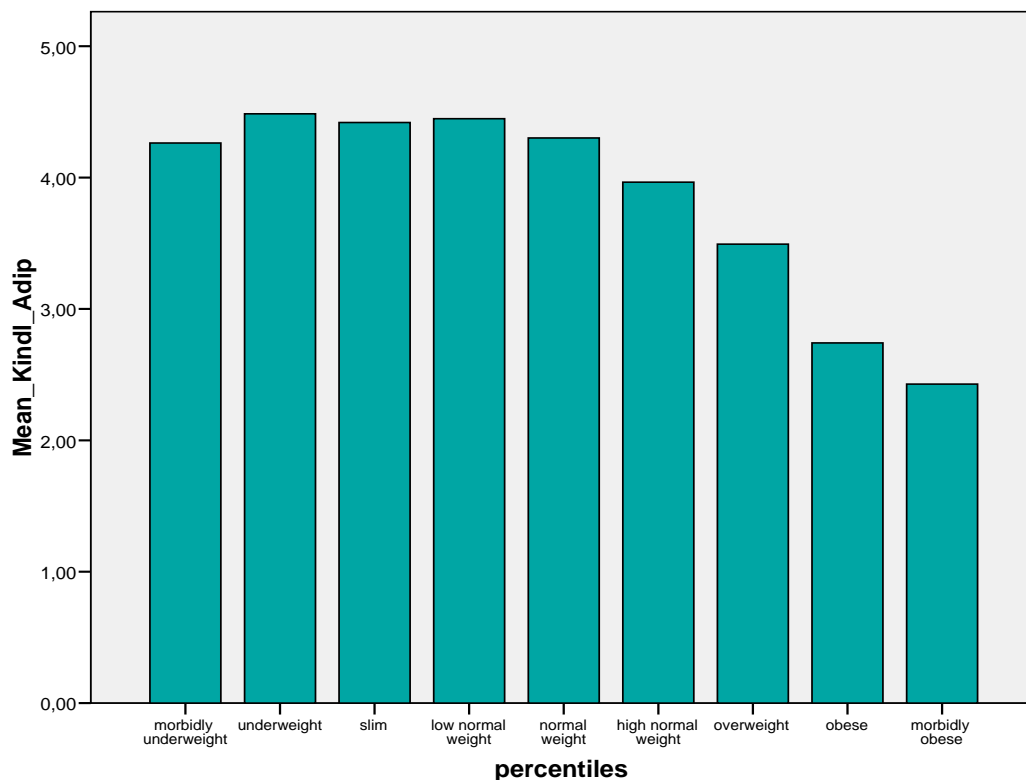
Die Schönste im ganzen Land ...
ist die Dünnste

...und die Hässlichste **DIE FETTE**

Schönheitsideal !!!!



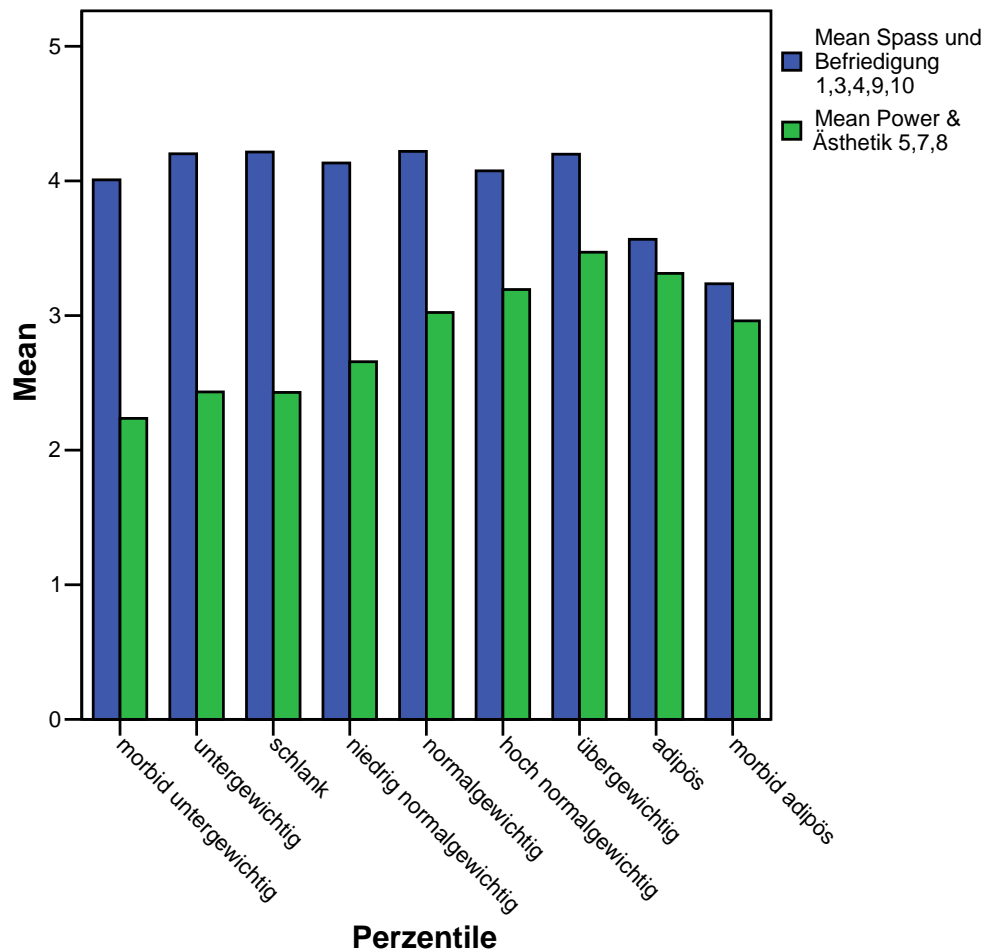
$(F_{(5,1645)} = 94.67,$
 $p < .01; \eta^2 = .22$



LQ_Adip:

$F_{(8,2057)} = 65.41,$

$p < .001$



1 stimmt gar nicht – 5 stimmt total

BEWEGUNG motiviert durch:

Spaß/Befriedigung: $F=4.94$, $p=0.000$

$r=-.19^{}$**

Power/Ästhetik: $F=8,235$, $p=0.000$

$r=.22^{}$**

Einzelitems:

Schlank sein: $F=25,16$, $p=0.000$

$r=.37^{}$**

Wohler fühlen

Mit Freunden sein

n.s.

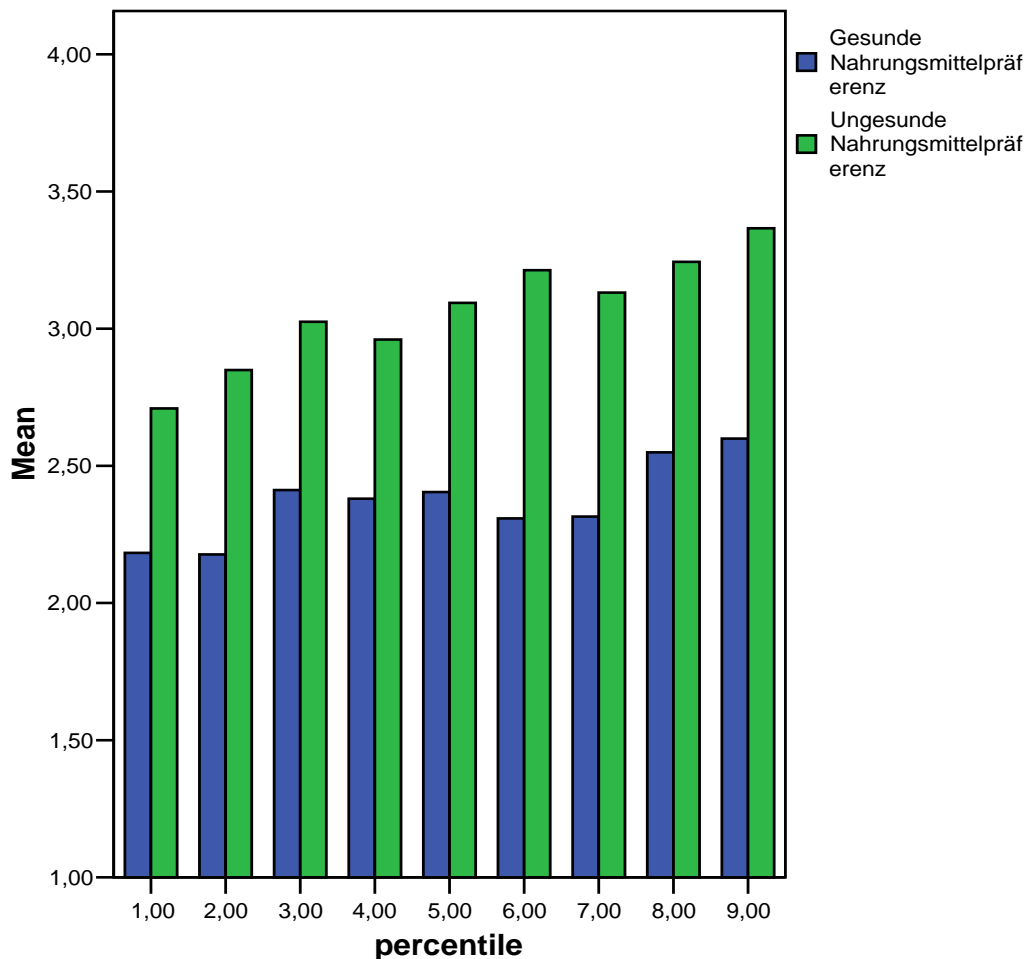
In der Natur sein

Wir haben KEINE Daten über die
Veränderung der Fitness post OP

(Ring 2003),

Obwohl diese eines der 5 (wichtigen)
Evaluations - Kriterien für weight
management Programme ist

(Ellrott 1997, Leibbrand 2002)

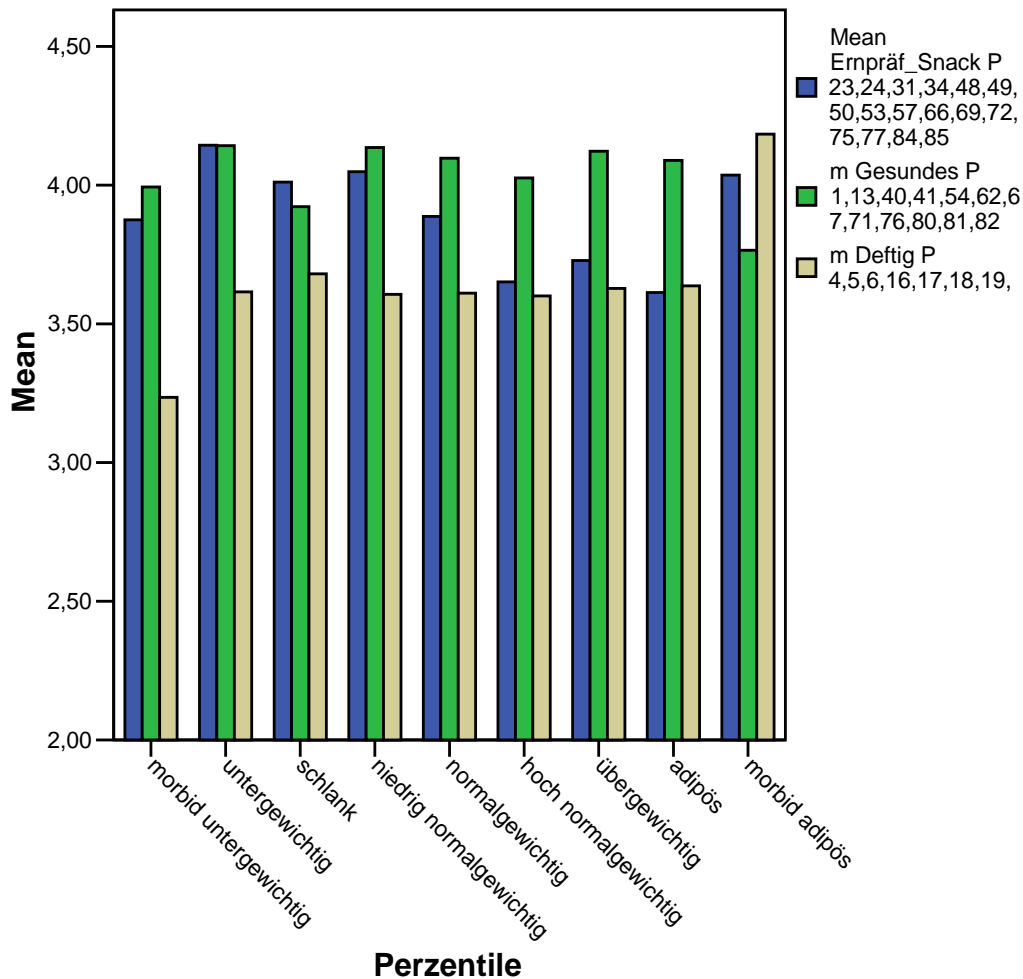


1: tägl, 2: 3-4 x Woche, 3:1-2x Wo, 4: nie

Gesunde Nahrungsmittel: n.s.; $r=.07$ ns.
„... ca 3 x wöchentlich Obst, Gemüse, Salat...“,
„Vollreis, Vollkorn...fast nie“

Ungesunde Nahrungsmittel:
 $F=5.74$, $p=0.00$; $r=.18^{**}$
Je höher der BMI, desto weniger wird der Konsum von
„Schokolade“ ($-.18^{**}$), *„Chips“* ($-.19$),
„Kuchen“ ($-.19$), *Mayonese* etc ($-.15$), *Eis, Pudding* ($-.12$) etc.“
angegeben bzw. bis zu 60%
 UNTERSchätzt

**FAZIT: Aufklärung ist vorhanden!!
 ABER nutzt nix**



1 gar nicht gern – 5 sehr gern

- Lediglich zwischen den Perzentilen 8 und 9 signifikante Unterschiede (repeated contrast: $p < .01$) hinsichtlich der Präferenzen für „Deftiges“ und „Snacks“.
- Konform mit Literatur (vgl. umfassend Wagner, 2007, Österr. Ernährungsbericht, 2003).

„Auch der Verzehr einzelner ausgewählter Lebensmittel zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen Gruppen von Kindern mit unterschiedlichem Ernährungszustand. Unabhängig von ihrem Körpergewicht verzehren zwischen 20 und 25 % der Kinder täglich Süßigkeiten....“

„Übergewichtige Kinder unterscheiden sich ...kaum in ihren Verzehrsgewohnheiten von normalgewichtigen Kindern. Sowohl 13,3% der Kinder mit einem ‚guten‘ wie auch 15,7% mit einem ‚schlechten‘ Ernährungsmuster sind übergewichtig. Dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant. Allerdings ernährt sich nach diesem Index kein einziges Kind ‚sehr gut‘,“ *(Müller et al. 2000, 2003)*

„Das Ernährungswissen von Kindern und Jugendlichen reflektiert die Inhalte, die auch in der erwachsenen Bevölkerung abrufbar sind.

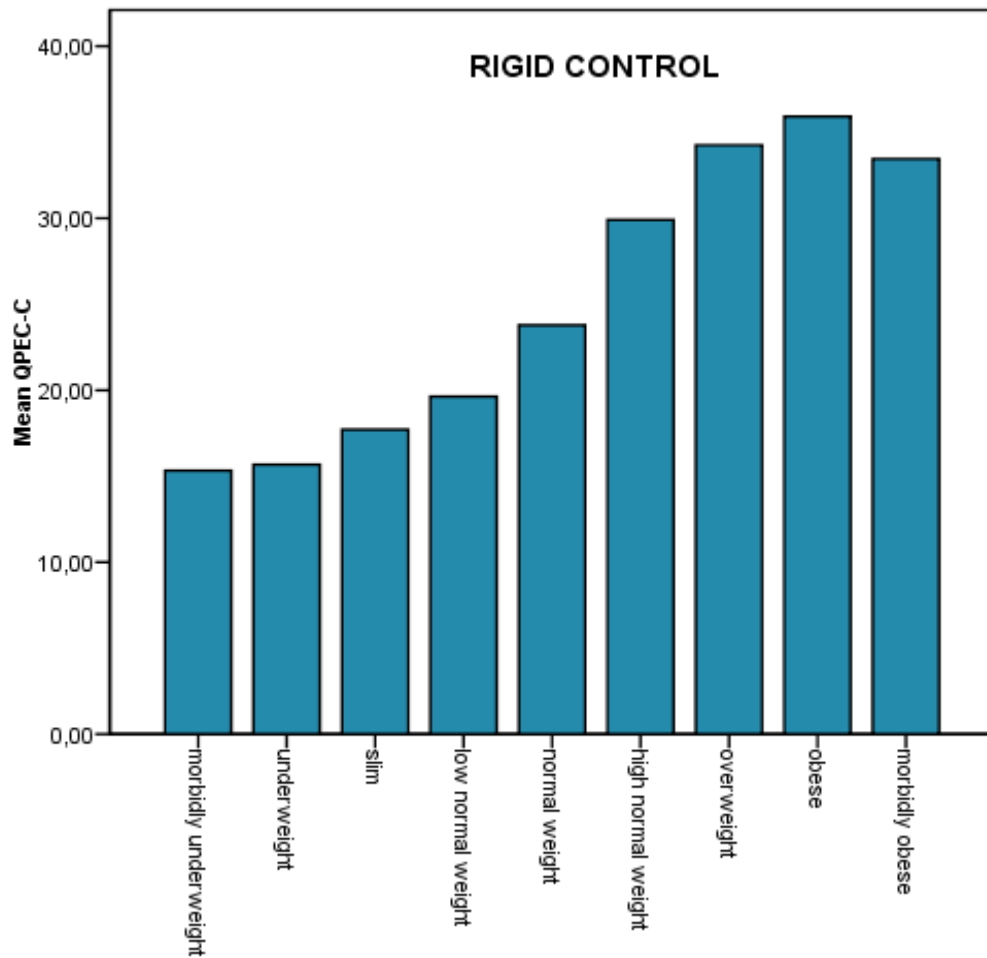
So wissen z. B. 86% der Jugendlichen, dass Fett im Essen das Übergewicht am meisten fördert. Doch spiegeln sich gesundheitsrelevante Bezüge nicht in entsprechenden Essverhalten wieder.“

(Pudel, Ernährungsbericht 2000)

Wissen tun sie's, aber es nutzt nix!

**Information hat nicht unbedingt mit
Umsetzung zu tun!!!**

Was ist prä und post OP zu tun???



Kognitive Kontrolle =
**Beschäftigung mit
NICHT Essen:**

$$F_{(8,1889)} = 94.34,$$

$$p < 0.01$$

$$\eta^2 = .29$$

$$r = .43$$

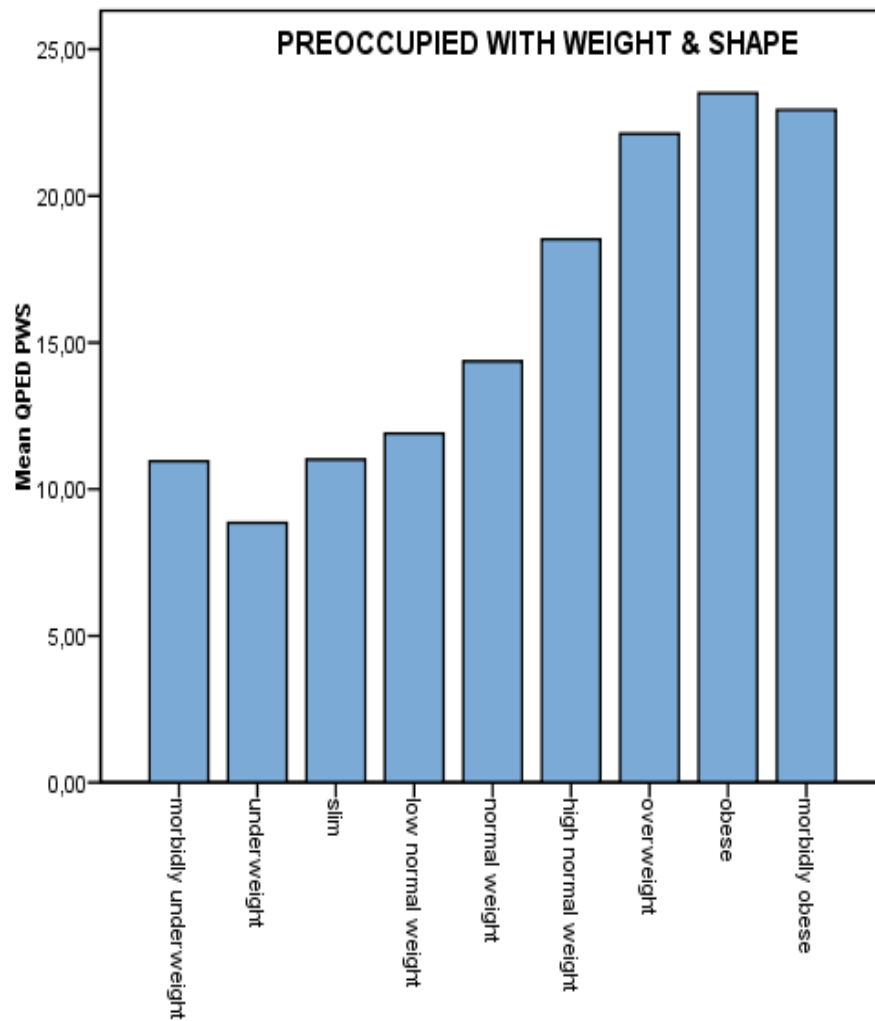
Emotionsessen: n.s.; $r = .11$

Störbarkeit: n.s.; $r = .05$

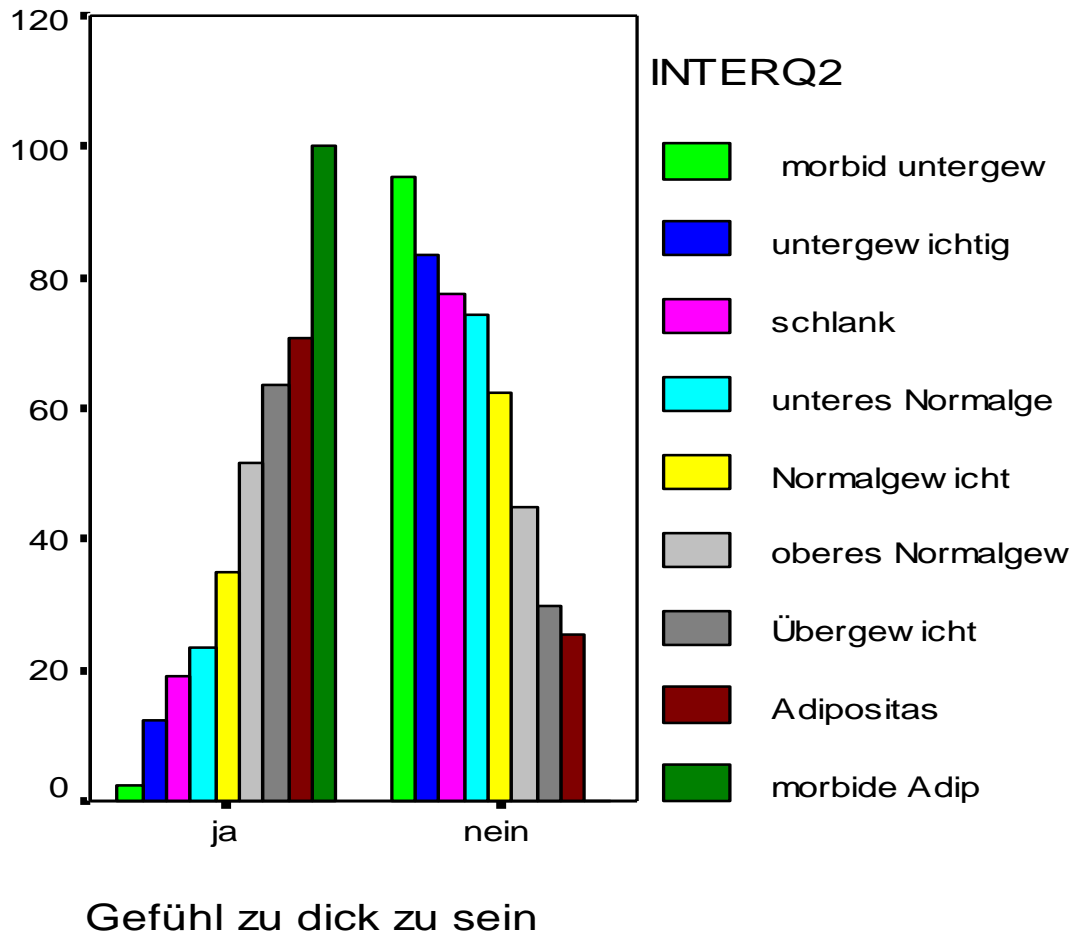
- **Man kann nicht „nicht denken“**
- **Fixierung auf Inhalte führt zur konstanten Aktivierung dieser**
- **Gedankenunterdrückung führt zu vermehrter Präsenz der unterdrückten Inhalte** (Meindl 2006)

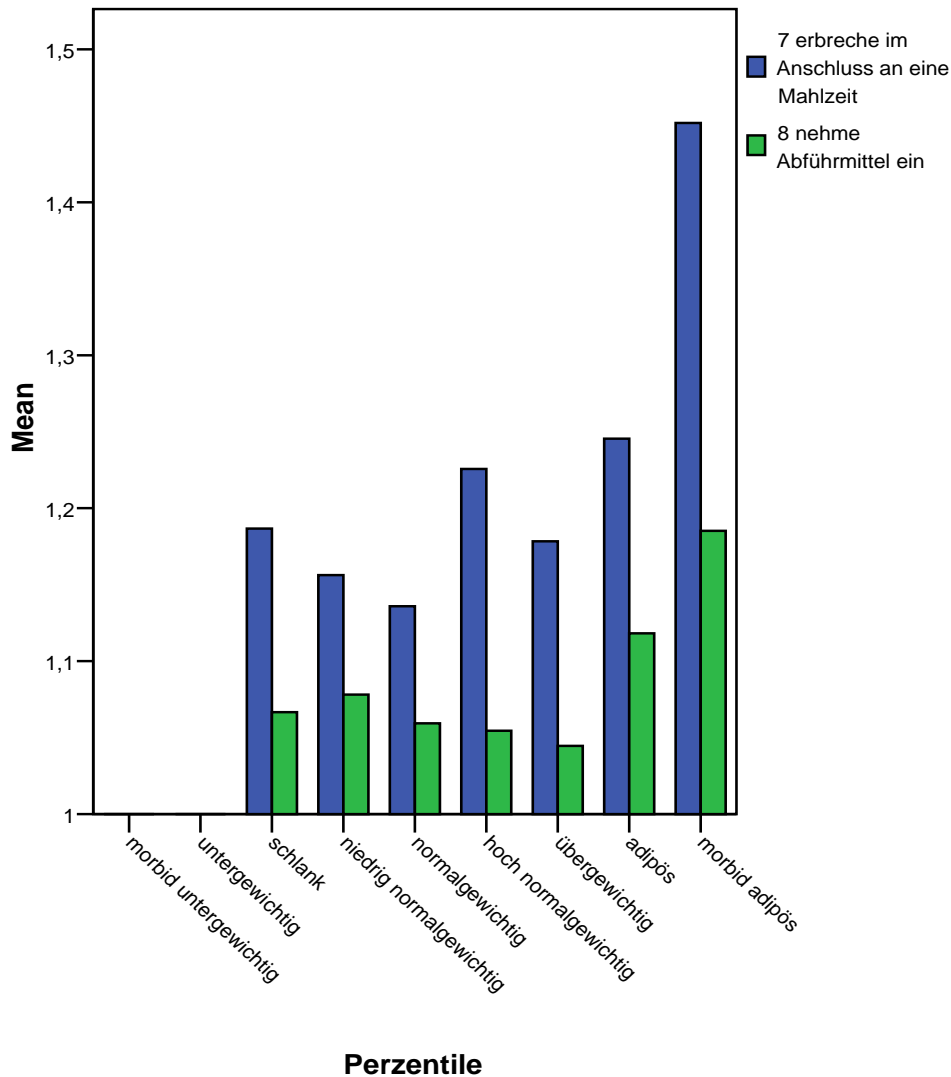
Was ist prä und post OP NICHT zu tun?

- Ca. 50% Häufigkeit dysfunktionaler Kognitionen über Figur und Essen
(*Zus.fassend: Badinger 2004*)
- Häufigkeit Ortorexie noch unbekannt (*Gienal ,2004*)
- Häufigkeit und Risiko vorklinischer Symptome von Essstörungen noch unbekannt
(*Nicholls et al., 2000, Bulik, 2000*)



- $F_{(8,1756)} = 112.96, p < 0.01$
 $\eta^2 = .34$
- Bemerkenswert ist vor allem die dem Schönheitsideal folgende Unterscheidung zwischen normal- und hoch normalgewichtig, die numerisch den größten Unterschied aufwies und sich auch im Post hoc Test als sehr signifikant ($p < 0.01$) erwies. Hoch normalgewichtige Kinder werden von sich selbst und ihren KollegInnen bereits als übergewichtig eingestuft, was mit erhöhten PWS – Werten einhergeht.



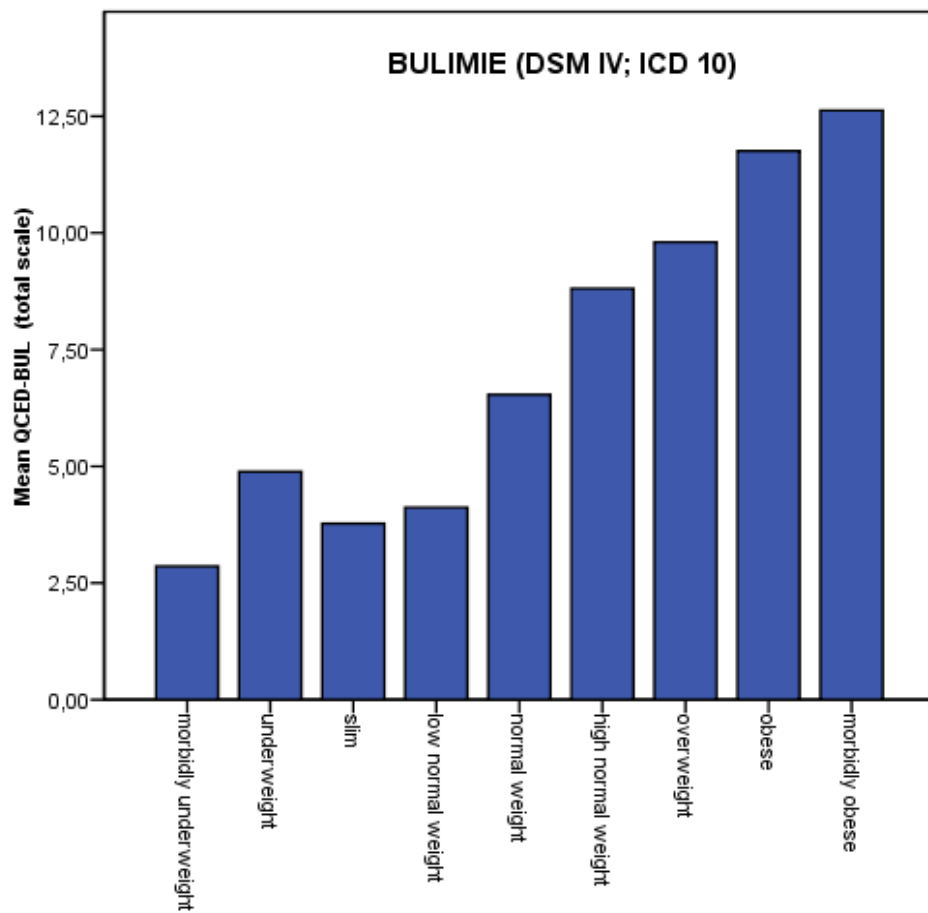


mehrmals täglich / 2 x wöchentl. / 1 x monatl. / seltener / noch nie

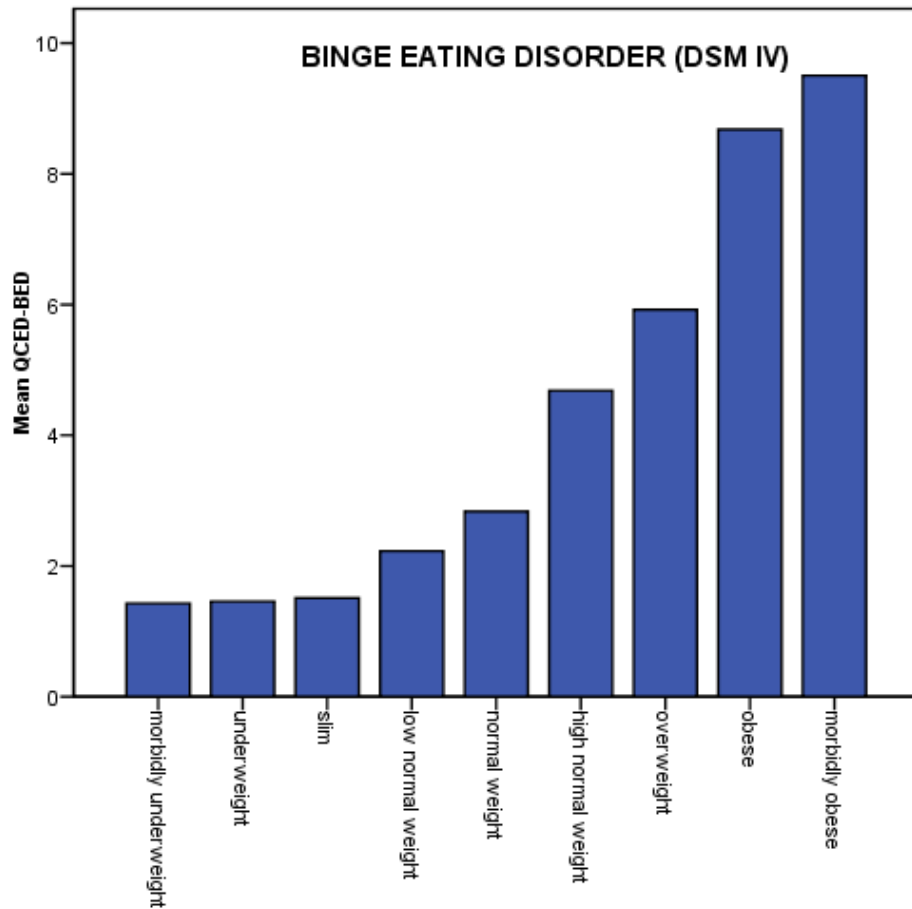
- **Vorklinische Bulimie**
F (8, 1749) = 4.10,
p < .01, eta² = .02

Ca 10% der morbid Adipösen bulimisches ‚Probierverhalten‘

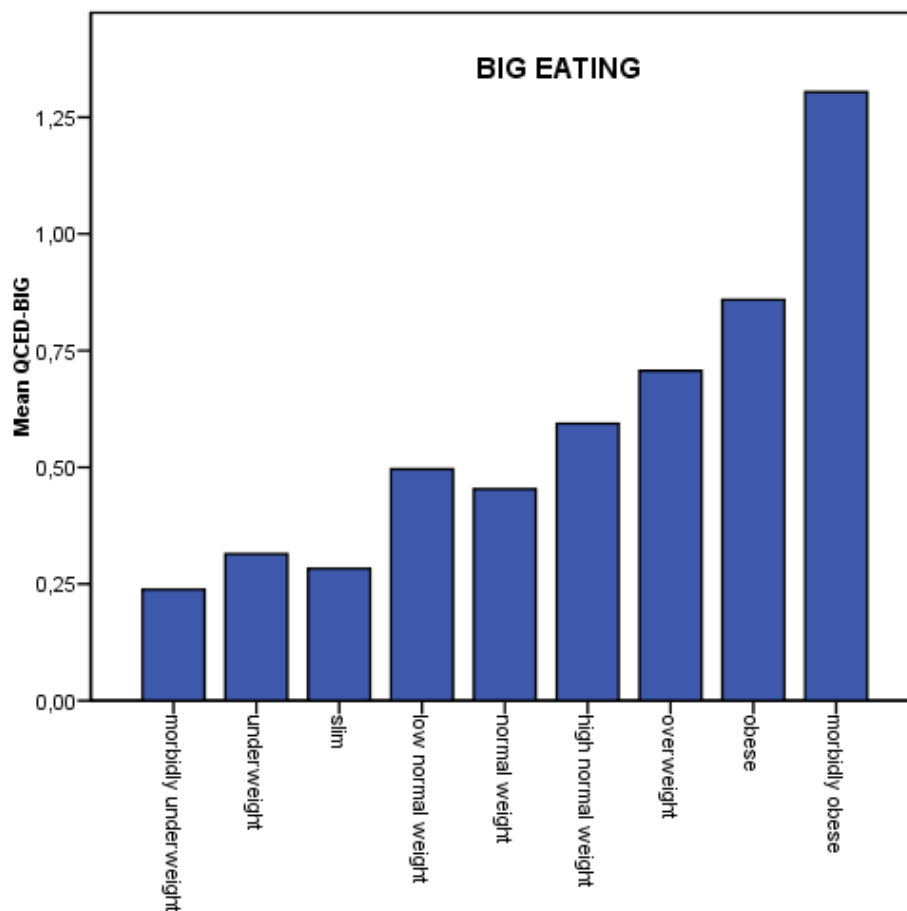
- Fließende Übergänge von Adipositas zu Essstörungen und Abhängigkeiten und umgekehrt
(Steiner et a. 1995, DeZwaan & Schüssler 2000)
- Ca. 40 % der Bulimikerinnen waren adipös
(Cortrufo et al 1998)
- ca. 30 % Mädchen rauchen um abzunehmen
(Gesundheitsbericht der Stadt Wien 2000)
- **ca. 7 % der erwachsenen Adipösen sind bulimisch**
- **ca. 30 % sind Binge Eater**



$F(8/1219) = 24.92,$
 $p < .01; \text{Eta}^2 = .14$



$F(8/1227) = 27.85$
 $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .16$



$F(8/1224) = 15.63$
 $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .09$

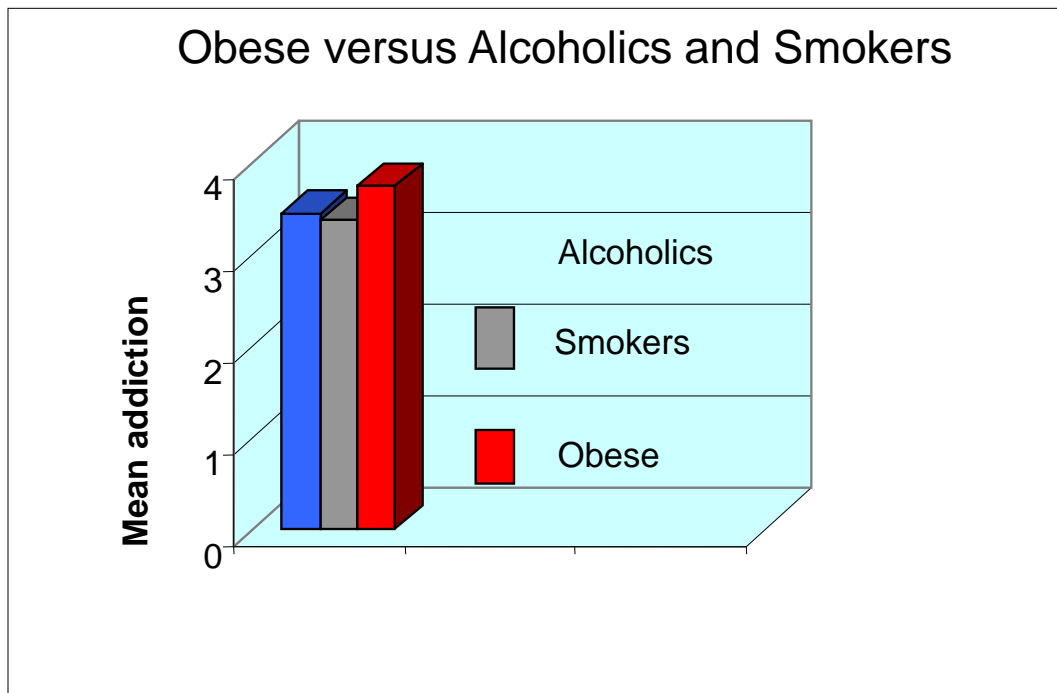
Risikogruppe Adipositas UND

Normalgewicht

- ***Schulklasse***
- ***Geschwister***
- ***Soziales Netz***

Obese people **do not differ** significantly from either other substance addicts (alcoholics, smokers) or behaviour addicts (gamblers, sport dependent) – measured with a parallel form of the Addiction questionnaire.

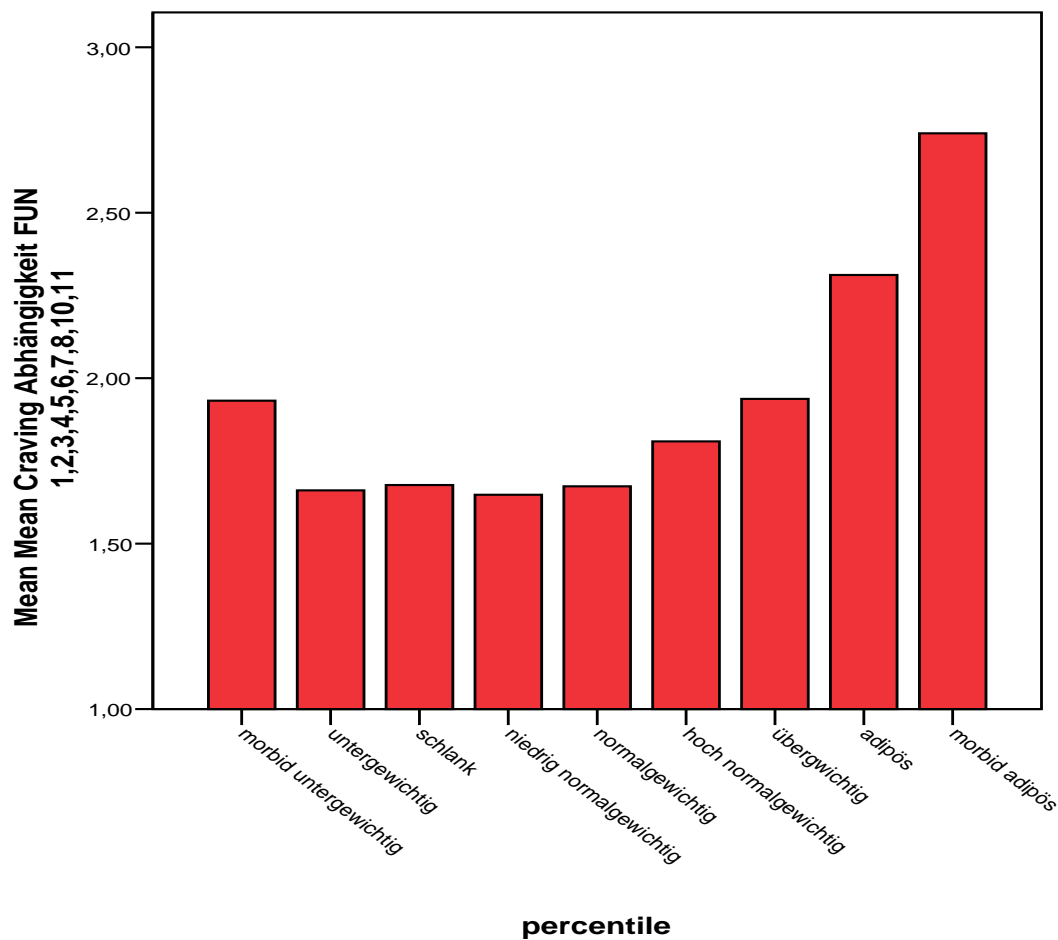
(Ardelt-Gattinger et al. 2000a, 2000b, 2002, 2003, 2009).



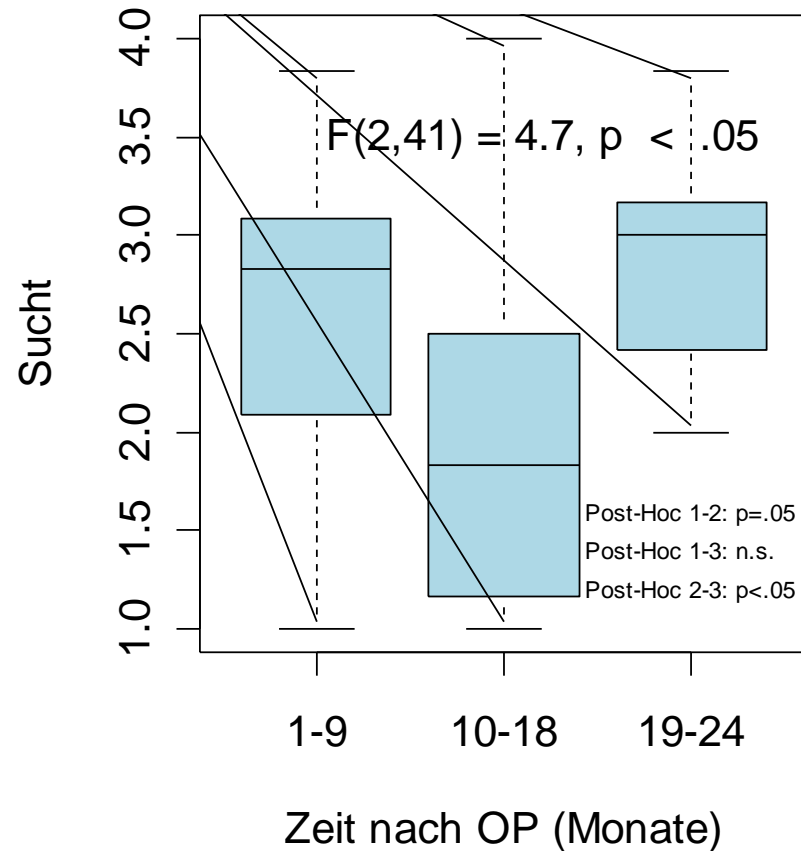
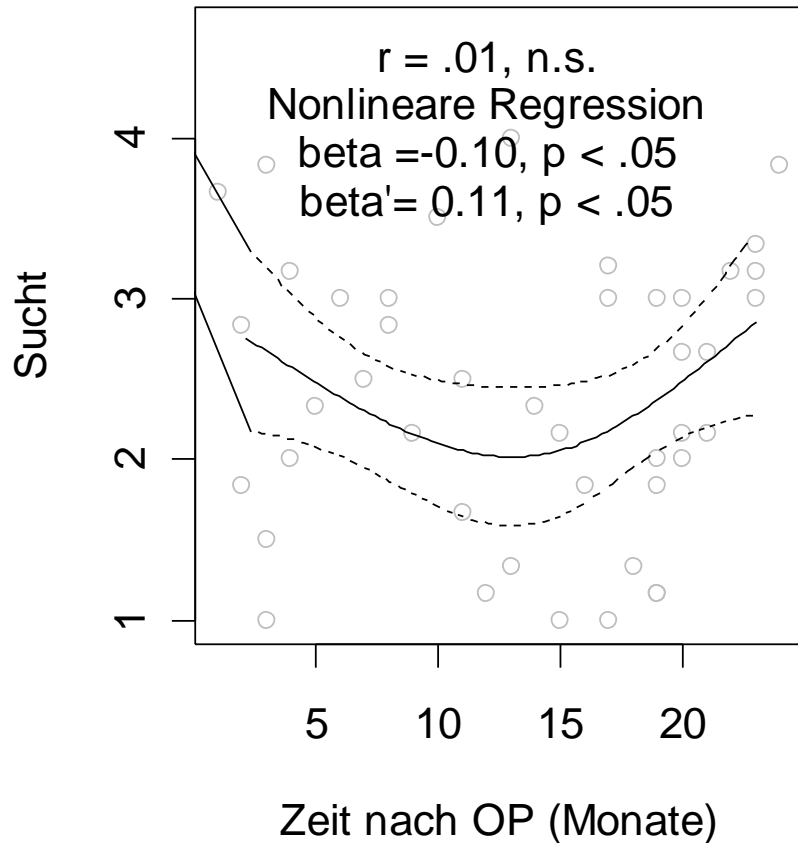
z.B: **„Kein Mensch kann sich vorstellen, wie stark mein Verlangen nach übermäßigem essen/naschen ist.....“**

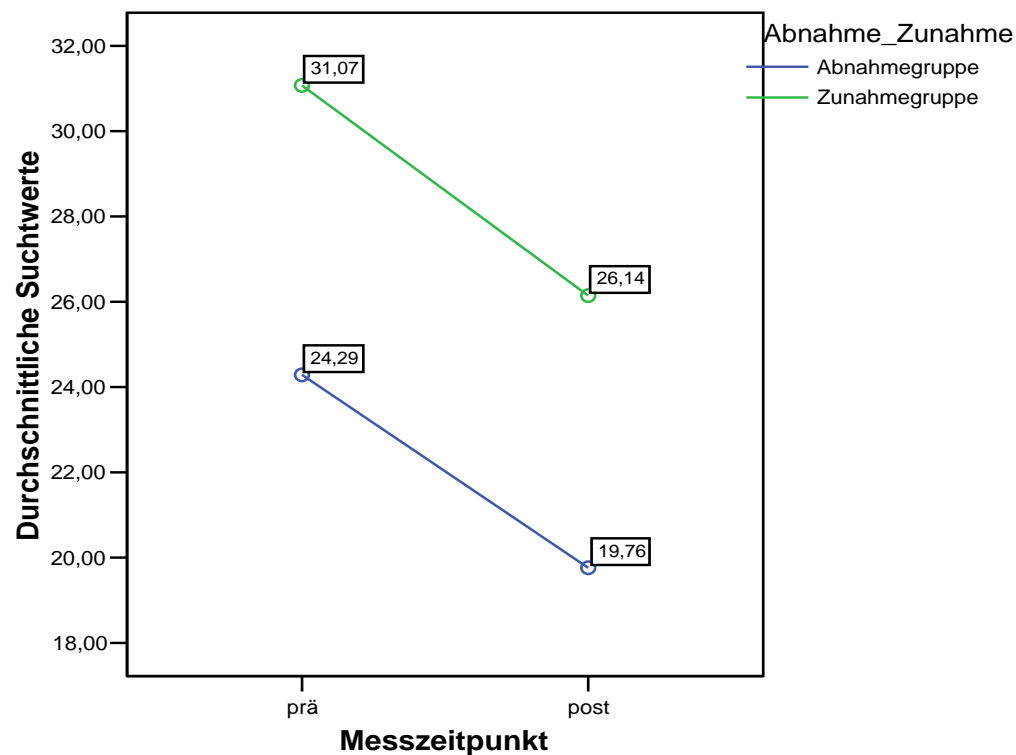
„Wenn ich nicht richtig viel gegessen / genascht habe, kann ich nicht einschlafen, mich nicht entspannen...“

„Ich esse immer mehr ...“



$F(8,4428) = 41.85$,
 $p < .01$, $\eta^2 = .07$





Sign. Gruppenunterschiede in der Suchtausprägung „Abnehmer“ - „Zunehmer“

Prä: $F(1,33) = 4,66, p < .05$

Post: $F(1,39) = 4,48, p < .05$

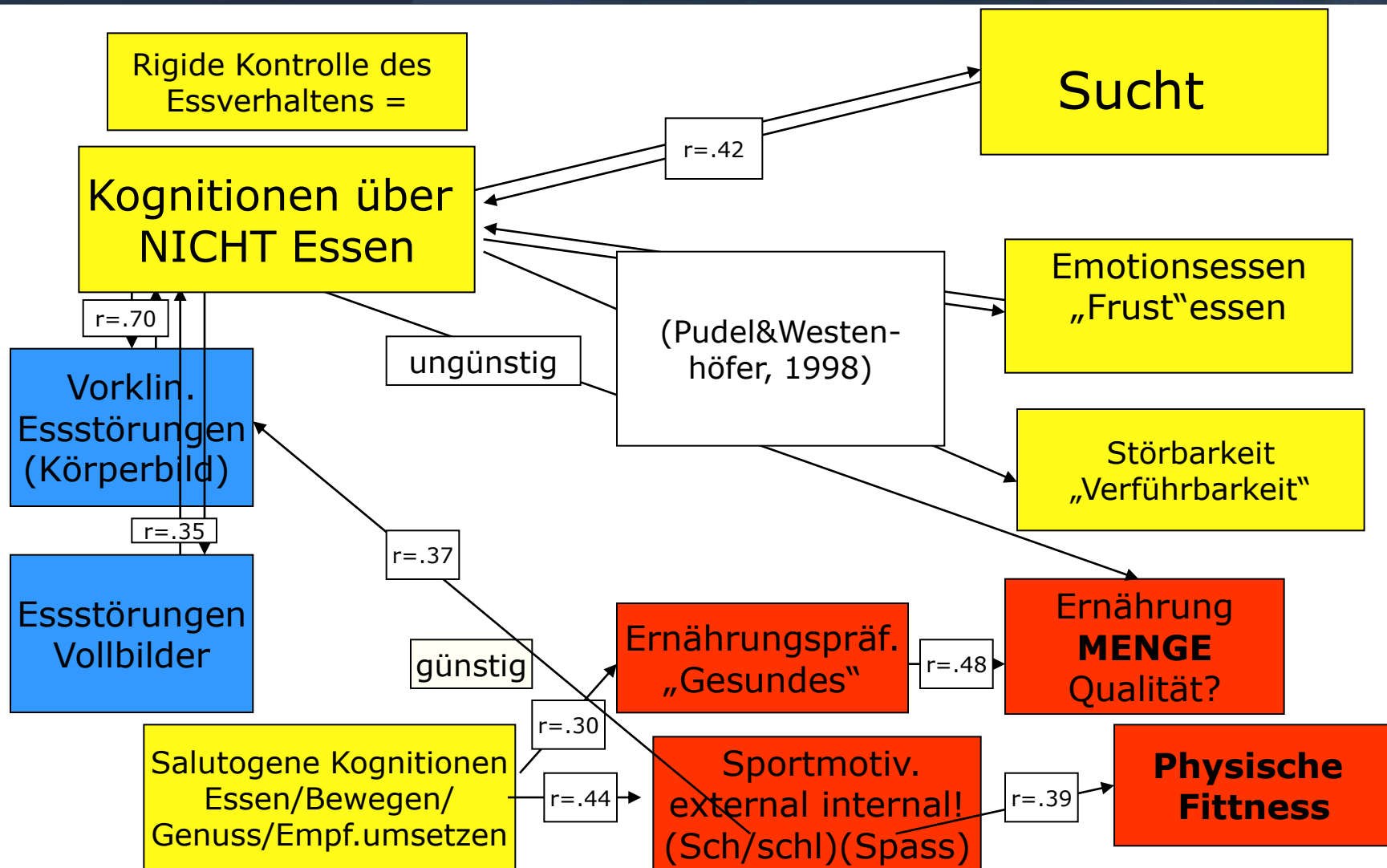
Prädiktoren bzw. Variable, die die Perzentile signifikant unterscheiden UND / oder sich nach Interventionen veränderten:

- **Essstörungen**
- **Essensmenge (Deftiges, Snacks 9.Perzentile)**
- **Kognitive ÜBER - Kontrolle**
- **Sucht**
- **Emotionsessen / Langeweile**
- **Sportmotivation**

	p	η²	Präd.-St.
• Abhängigkeit/Craving	< .01	.07/.30	Abn: 4/3; LQ=2
• Path. Kognitive Kontrolle	< .01	.29/.10	Abn: 3/2
• Emotionsessen	< .01	- /.11	Abn: 1/-
• Störbarkeit	< .01	- / -	-
• Salutogene Kognitionen	< .01	.09/.42	Phys.Fit: 3/-
• Bewegungsmotivation	< .01	.06/.12	-
• Körperselbstbild	< .01	.33 /.70	
• Idealbild, Wunschbild	n.s.		
• Ernährungspräferenzen	< .01	- /.05-.09	-
• Häufigkeit gesund./unges. Essens	n.s.		
• Physische Fitness	ab hohem NG > .01		-

(Klaes et al., 2003; vgl.auch Deutscher Jugendsportbericht: Schmidt et al., 2003)

• Vorklinische Essstörungen	< .01	.34/.40	
• Binge, Big Eating und Bulimie	< .01	.9-.16/.15-.29	
• Lebensqualität Bereich Adip.	< .01	.43	
• LQ allg.	< .01	.18/.22	





Adipositas ist eine Erkrankung mit Suchtkomponenten (Ardelt-Gattinger et al. 2000, vgl. auch Gendall et al. 1998, Ott 1995, Wang et al. 2000, 2004), **die bisher übersehen oder geleugnet wurde** (Pudel 1998)

Fließende Übergänge von Adipositas zu Essstörungen und Abhängigkeiten und umgekehrt (Steiner et al. 1995, DeZwaan & Schüssler 2000)

A. Makrosystem:

Prävention der Übergewichtigkeit und Unterstützung der Therapie der Adipositas in der Lebensumwelt d. Kindergruppen der Adipösen (z.B. Pressekampagnen)

B. Mesosystem: Begleitung der Therapiemaßnahmen in den Bezugsgruppen der Adipösen (Vereine, Schule)

C. Mikrosystem: Maßnahmen am Kontinuum von ambulanten Einzeltherapien bis zu strukturierter Teilnahme an zweijährigen ambulanten Therapiegruppen für adipöse und gefährdete übergewichtige Kinder / Jugendliche und deren Eltern / Bezugspersonen.

D. Mikrosystem:

Ausbildung interdisziplinär arbeitender ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ErnährungsberaterInnen BewegungstherapeutInnen, SozialarbeiterInnen etc. zur Durchführung der Beratungs-, Therapie- und Trainingsmaßnahmen im interdisziplinären Team

„Fundamental Paradox“ (Burgard 2000)

Essstörungsprävention proklamiert „self acceptance at any size“ und argumentiert gegen Esskontrolle, sowie im Fall der „Sport – Bulimie“, gegen ein Übermaß an Bewegung.....

Kids werden zur Gewichtsreduktion durch die Hoffnung auf schlanker-werden motiviert, werden zu moderater Esskontrolle erzogen und über ‚Bewegung die einzige Chance zum Halten des Gewichts‘ informiert

Was nehmen Normalgewichtige Kids mit heim???

Multifaktorielle chronische interdisziplinär differenziert zu behandelnde und bei Prävention, Therapie und Rehabilitation differenziert zu evaluierende Krankheit mit hoher Komorbidität, armem Klientel und viel Scham und Lust...



**„... Denn alle Lust will Ewigkeit
will tiefe tiefe Ewigkeit“**