



SVDE ASDD

Schweizerischer Verband  
der Ernährungsberater/innen  
Association suisse  
des diététicien-ne-s  
Associazione Svizzera  
delle-dei Dietiste-i

SVDE ASDD

# Info

1/2021

Januar | janvier | gennaio



Adipositas bekämpfen, nicht die daran leidenden Menschen

Lutter contre l'obésité, pas ceux qui en souffrent

Lotta all'obesità, non alla persona che ne soffre

# NutriniDrink Compact Multi Fibre

## MINI im Volumen, GROSS im Inhalt

## MINI en volume, GRAND en contenu



Originalgrösse  
Taille originale

Für Kinder mit krankheitsbedingter Mangelernährung und Gedeihstörung.

Pour les enfants avec une carence alimentaire et un trouble de la croissance staturo-pondérale.

- Alles drin zur ausschliesslichen oder ergänzenden Ernährung für Kinder ab 1 Jahr – in nur 125 ml
- 37 % weniger Volumen pro Portion\*
- Hochkalorisch – 2.4 kcal/ml (300 kcal/Flasche)
- In 3 beliebten Geschmackssorten: Erdbeere, Schoko-Karamell und Neutral
- Tout est dedans pour une alimentation exclusive ou complémentaire des enfants dès 1 an – dans seulement 125 ml
- 37 % de volume en moins par portion\*
- Hautement calorique – 2.4 kcal/ml (300 kcal/bouteille)
- En 3 arômes appréciés : fraise, chocolat-caramel et neutre

\* im Vergleich zu einer Standardportion von 200 ml

\* par rapport avec une portion standard de 200 ml

Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät).  
Zum Diätmangement bei krankheitsbedingter Mangelernährung und Gedeihstörung.  
Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden.

Alimentation à visée médicale spéciale (régime alimentaire à apport énergétique contrôlé). Pour la gestion du régime alimentaire en cas de carence alimentaire liée à une maladie et de troubles de la croissance.  
N'utiliser que sous surveillance médicale.

Nutricia S.A. / Hardturmstrasse 135 / CH-8005 Zürich  
T: 0844 844 802 / F: 0844 844 841

ST - 1220

**NUTRICIA**  
**Nutrini**

**Die nächste GV findet am  
16. April 2021 online statt.**

**Mitglieder, welche die Behandlung eines  
Traktandums wünschen, haben dies gemäss Statuten,  
Art. 8 bis 50 Tage vor der Generalversammlung  
schriftlich beim Vorstand zu verlangen, d. h. bis  
am 24. Februar 2021.**

**La prochaine AG aura lieu online le  
16 avril 2021 online.**

**Les membres qui souhaitent ajouter un point à l'ordre  
du jour, doivent selon art. 8 des statuts en faire la demande  
écrite au comité, au moins 50 jours avant la date  
de l'assemblée générale soit jusqu'au 24 février 2021.**



#### **DEUTSCHSCHWEIZ**

Editorial .....	2
Fachteil .....	4
Wort der Präsidentin .....	35
Aktuelles .....	36
Buchrezension .....	42
Kursübersicht.....	47

#### **SUISSE ROMANDE**

Editorial .....	2
Rubrique professionnelle.....	6
Le mot de la présidente .....	35
Actualité.....	38
Vue d'ensemble des cours.....	47

#### **SVIZZERA ITALIANA**

Editoriale .....	2
Rubrica professionale.....	8
Parola della presidentessa.....	35
Attualità.....	40
Panoramica dei corsi.....	47

## **Mein Wohlfühl- Geheimnis**



**Bei Blähungen,  
Verstopfung  
oder Durchfall.**

- ⊕ Neutraler Geschmack;  
einfach in der Anwendung
- ⊕ Reguliert Ihre Darmflora,  
indem es die guten  
Bakterien nährt
- ⊕ 100% pflanzliche  
Nahrungsfasern

**Bestellen Sie ein  
Gratismuster unter  
[optifibre.ch](http://optifibre.ch)**



**OptiFibre®**

Finden Sie Ihr natürliches  
Wohlbefinden wieder

**Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions  
et de rédaction / Termine d'inserzione e di redazione:**  
2/2021: 3. Februar, 3 février, 3 febbraio 2021

**Tarifdokumentation / Documentation tarifaire /  
Documentazione delle tariffe**  
[www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch)

**Geschäftsstelle / Sécrétariat / Secretariato**

SVDE ASDD  
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen

Association suisse des diététicien-ne-s  
Associazione Svizzera delle-di Dietiste-i

Altenbergrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Tel. +41 (0)31 313 88 70

service@svde-asdd.ch, [www.svde-asdd.ch](http://www.svde-asdd.ch)

**Redaktion / Rédaction / Redazione**

SVDE ASDD, Stefanie Trösch,  
Altenbergrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8,  
redaction@svde-asdd.ch

**Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi +  
Annonces / Offerte d'emploi + Annunci**

SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergrasse 29, Postfach 686,  
3000 Bern 8

**Abonnement / Abonnement / Abbonamento**

Fr. 72.– / J., für SVDE-Mitglieder kostenlos, Ausland Fr. 85.–/J.  
Fr. 72.–/an, gratuit pour les membres ASDD,  
Etranger Fr. 85.–/an.

Fr. 72.–/anno, gratis per i soci ASDD, Estero Fr. 85.–/ anno

**Auflage / Tirage / Tiratura: 1600**

**Themen / Sujets / Temi**

1/2021 Adipositas Obésité Obesità	
2/2021 Hunger-Sättigung bei parenteraler Ernährung Sensation de faim ou de satiété en cas d'alimentation parentérale Fame-satietà nella nutrizione parenterale	
3/2021 Social Media Réseaux sociaux Media sociali	
4/2021 Fasten – Nutzen und Risiken der verschiedenen Fastarten Jeûne – avantages et risques des différents types de jeûne Digìuno – vantaggi e rischi dei vari tipi di digiuno	
5/2021 Ernährungstherapie für Menschen mit Beeinträchtigung Thérapie nutritionnelle pour les personnes en situation de handicap Terapia nutrizionale per le persone con limitazioni	
6/2021 Ernährung auf der IPS Nutrition aux soins intensifs Nutrizione in terapia intensiva	

**Druck / Impression / Stampa**  
Multicolor Print AG, Baar

**ISSN 2504-1681**

Schlüsseltitel: Info  
(Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen)



**Maaike Kruseman, PhD**  
Ernährungsberaterin SVDE  
Diététicienne ASDD  
Dietista ASDD  
[maaike.kruseman@hesge.ch](mailto:maaike.kruseman@hesge.ch)

## Liebe Leserin, lieber Leser

«Adipositas interessiert mich nicht sonderlich.» Dies waren meine Worte, als mich 1996 Herr Prof. Dr. med. Hans Stalder am Universitätsspital Genf aufgrund meines Profils für eine Stelle anwarb. War ich doch überzeugt, dass es sich um einen Fehler handeln musste, denn ich engagierte mich stark im Bereich AIDS, wo die Herausforderungen in Bezug auf die Ernährung riesig waren. Trotzdem habe ich den Job angenommen. Wann immer ich mich hilflos fühlte, wandte ich mich an Magali Volery, die meines Wissens kompetenteste Person auf diesem Gebiet. Dies war der Anfang einer ertragreichen Zusammenarbeit und einer engen Freundschaft. Das Interview mit ihr gibt einen Überblick über die Entwicklung in der Betreuung von Personen mit Adipositas. Magali Volery ist bescheiden und unterlässt es, ihre Rolle dabei zu erwähnen, obwohl sie es war, die sich für eine Änderung stark gemacht und Scharen von Ernährungsberater/innen ausgebildet hat.

In dieser Ausgabe ist sie mit Véronique Di Vetta und Sophie Bucher Della Torre, zwei weiteren Pionierinnen, in guter Gesellschaft. Sie lassen uns Adipositas aus einem anderen Blickwinkel und nicht aus der «Krankheitsperspektive» betrachten. Véronique lädt uns dazu ein, der Person zuzuhören und nicht einfach dem/der Patient/in. Sophie erinnert uns daran, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind und bietet uns ebenfalls einen Überblick über die Zusammenhänge zwischen circadianem Rhythmus (Biorhythmus) und Gewicht.

Ich meinerseits befasse mich mit der ernährungstherapeutischen Behandlung von Adipositas und insbesondere der Erhaltung der Gewichtsreduktion. Gerne lade ich Sie dazu ein, Ihre Komfortzone zu verlassen.

## Chère lectrice, cher lecteur

«L’obésité ne m’intéresse pas beaucoup.» Ces mots, je les ai prononcés en 1996 devant Prof. Hans Stalder aux Hôpitaux Universitaires de Genève, qui m’avait sollicitée car mon profil l’intéressait pour un poste. J’étais quant à moi persuadée qu’il s’agissait d’une erreur: j’étais très investie dans le domaine du SIDA où les défis nutritionnels étaient immenses. J’ai quand même pris le job. Et, me sentant démunie, je suis allée demander de l’aide à la personne la plus compétente que je connaissais dans le domaine: Magali Volery. Ça a été le début d’une collaboration fructueuse et d’une amitié solide. Son interview dans ce numéro retrace l’évolution, depuis cette époque, de la prise en charge des personnes souffrant d’obésité. Modeste, elle omet de mentionner son rôle, mais c’est bien elle qui a poussé au changement et formé des cohortes de diététicien-ne-s dans ce domaine!

Elle est en bonne compagnie dans ce numéro, avec Véronique Di Vetta et Sophie Bucher Della Torre, deux autres pionnières infatigables. Elles nous donnent à voir l’obésité sous un autre angle que la «maladie». Véronique invite à écouter la personne et non seulement le-la patient-e. Sophie nous rappelle que les enfants ne sont pas des adultes miniatures et nous propose également un aperçu du lien entre le rythme circadien et le poids.

Quant à moi, je me suis passionnée pour le traitement nutritionnel de l’obésité, et particulièrement pour le maintien de la perte de poids. Et je vous invite à ne pas hésiter à sortir de votre zone de confort!

## Cara lettrice, caro lettore

«L’obesità mi interessa poco.» Sono queste le parole che ho pronunciato nel 1996, al cospetto del Prof. Hans Stalder degli Ospedali universitari di Ginevra, che mi aveva contattato perché riteneva che il mio profilo corrispondesse ai requisiti richiesti per un posto vacante. In realtà credevo che si trattasse di un errore: ero molto coinvolta nello studio dell’AIDS, un ambito dove le problematiche nutrizionali sono immense. Ma, non sentendomi del tutto all’altezza, sono andata a chiedere aiuto alla persona più competente che io avessi mai conosciuto in quel campo: Magali Volery. Da quel momento è iniziata tra noi una proficua collaborazione e una solida amicizia. La sua intervista in questo numero ripercorre l’evoluzione che ha avuto da allora la presa a carico delle persone affette da obesità. Nella sua modestia, Magali non fa riferimento al suo ruolo, ma è lei ad aver avviato il cambiamento e formato gruppi di dietisti e di dietiste in questo ambito!

In questo numero è in buona compagnia, data la presenza di altre due infaticabili pioniere, Véronique Di Vetta e Sophie Bucher Della Torre, che ci presentano l’obesità sotto una prospettiva diversa da quella della «malattia». Véronique invita ad ascoltare la persona e non soltanto il/la paziente. Sophie ci ricorda che i bambini non sono degli adulti in miniatura e ci dà anche un’idea del legame che esiste tra il ritmo ciradiano e il peso.

Quanto a me, mi sono appassionata al trattamento nutrizionale dell’obesità, e in particolare al mantenimento del peso perso. E per questo vi invito caldamente a mettervi alla prova uscendo dalla vostra zona di comfort!



# Laktoseintoleranz

## Gratis-Beratungshilfsmittel

Beraten Sie regelmässig Menschen mit Laktoseintoleranz?

Unser Beratungstool beinhaltet verschiedene Hilfsmittel, die Sie in Ihren Beratungsgesprächen unterstützen.

**Bestellen Sie es jetzt auf [swissmilk.ch/nutrition](http://swissmilk.ch/nutrition)**



### Informationen für Fachpersonen

Dokumentenmappe zu den Themen Diagnose, typische Beschwerden, Differentialdiagnosen, Ernährungstherapie, Auswahl geeigneter Milchprodukte.  
Art.-Nr. 142095D



### Informationen für Interessierte

Dokumentenmappe mit Info- und Arbeitsblättern sowie Rezeptideen zur Abgabe im Beratungsgespräch.  
Art.-Nr. 142096D



### Clever auswählen

**Beschwerdefrei geniessen**  
Broschüre mit einfachen und kompakten Informationen sowie Tipps und Empfehlungen.  
Art.-Nr. 142094D



### Fachinformationen online

Interessiert an fachspezifischen Infos rund um Milch und Milchprodukte?  
Abonnieren Sie unseren Newsletter für Ernährungsfachleute jetzt:  
[swissmilk.ch/nutrition](http://swissmilk.ch/nutrition)

# 1990–2020: Ernährungstherapeutische Behandlung von Adipositas – eine Bestandsaufnahme



**Magali Volery**  
Ernährungsberaterin SVDE  
Psychotherapeutische  
Psychologin FSP  
magali.volery@ccnp-ge.ch

## Wie hat sich die ernährungstherapeutische Behandlung von Adipositas in den letzten 30 Jahren entwickelt?

Zwischen 1990 und 2020 hat die ernährungstherapeutische Betreuung von Adipositas mehrere Revolutionen durchlebt. Im Jahre 1997 zum Beispiel wurde Adipositas von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als chronische Krankheit anerkannt.

1990 verschrieben die Ernährungsberater/innen strikte restriktive Diäten, die auf theoretischen Berechnungen des individuellen Energieverbrauchs basierten, von welchem je nach Modell 300 bis 600 kcal/Tag abgezogen wurden, um die empfohlene Energiezufuhr zu bestimmen.

Anfang 2000 hagelte es Kritik an den strikten kalorienarmen Diäten, denn die Forschung zeigte, dass 95 Prozent der Patientinnen und Patienten fast systematisch wieder an Gewicht zunahmen.

Diese Erkenntnis führte dazu, dass sich der Ernährungsansatz in der Schweiz dank der Datenintegration aus psychologischen Ansätzen lockerte. Das Ziel war also, die Nahrungsaufnahme der Patientin oder des Patienten zu evaluieren und dabei Schritt für Schritt vorzugehen, um das Essverhalten ohne Verordnung strenger Einschränkungen zu normalisieren und so Frustrationen, Essverhaltensstörungen und eine möglicherweise folgende Gewichtszunahme zu vermeiden.

Im Jahr 2020, nach 20 Jahren Entwicklungsgeschichte in Richtung einer gewissen «Permissivität», müssen wir uns daran erinnern, dass die Grundlagen für eine aus-

gewogene Ernährung immer noch dieselben sind und dass es, um Gewicht zu verlieren, unerlässlich ist, die Energiezufuhr tiefer zu halten als den Energieverbrauch. Um einer Essverhaltensstörung vorzubeugen, ist es wesentlich, die Patientinnen und Patienten nicht zu frustrieren. Einen Rahmen zu schaffen, aufzuklären und Grenzen zu setzen, ist jedoch genauso wichtig. Dies ist der Bereich, wo die Ernährungsfachpersonen heute vor allem gefragt sind.

Im Zusammenhang mit dem Kontext der Vergangenheit könnte man die soziologische Hypothese aufstellen, die Behandlung von Adipositas folge derselben Entwicklung wie die Kindererziehung. Während frühere Generationen ihre Kinder noch mit ausgesprochen strengen Regeln erzogen hatten, erhielten die Kinder mit der 68er-Bewegung sehr viel mehr Freiheit. Seit ungefähr zehn Jahren treten die Empfehlungen zum Setzen von Grenzen und Rahmen in der Erziehung wieder auf, gepaart mit Liebe. Ähnliches gilt für die Behandlung von Adipositas. Die Ernährungsberater/innen werden über einstimmend dazu ermutigt, die Patientinnen und Patienten an der Hand zu nehmen und dabei Freude und Gesundheit in die Therapie einzubauen und gleichzeitig eine ausgewogene Ernährung, aber auch Vorlieben, zu berücksichtigen.

## Muss in der Betreuung bei Übergewicht unterschieden werden, ob dieses mit einer Essverhaltensstörung einhergeht oder nicht?

Wo unterschieden werden muss, ist auf der Ebene der Kenntnisse über Ernährung der Patientinnen und Patienten. Die ernährungswissenschaftlichen Informationen müssen an die jeweilige Situation angepasst werden. Für Personen, die keinerlei Wissen oder falsche Kenntnisse haben, ist es wichtig, von einer Ernährungssedukation profitieren zu können.

Patientinnen und Patienten mit einer Ess-

verhaltensstörung mit Essattacken müssen Zugang zu einer Betreuung haben, die diese Symptome berücksichtigt. Aber auch ohne Essverhaltensstörung ist es notwendig, solchen Kontrollverlusten vorzubeugen. Informationen zur Gewichtserhaltung, zu den mit allzu strikten Restriktionen verbundenen Risiken oder zu möglichen bekannten Auslösern bei Essverhaltensstörungen sowie zu den verschiedenen Möglichkeiten, diesen Problemen zu begegnen, müssen an die Patient/innen weitergegeben werden.

## Welches sind die wichtigsten Aspekte für die Ernährungstherapie bei Adipositas? Zwei Hauptschwerpunkte müssen getrennt betrachtet werden:

- die Ernährungssedukation, die jeweils nötig ist, um das Essverhalten anzupassen, damit der Patient oder die Patientin die Kontrolle hat über das, was er oder sie isst; und
- das spezifische Follow-up bei problematischem Essverhalten, wenn der/die Patient/in die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme verloren hat.

## Können Sie uns die zentralen Faktoren für ein Follow-up im Zusammenhang mit Adipositas nennen, wenn ein/e Patient/in kontrollieren soll, was er/sie isst?

In der Praxis gibt es im Minimum zwölf Themen, die systematisch angegangen werden müssen. (s. Abbildung 1)

Jedem Thema muss mindestens eine Sitzung von 60 Minuten gewidmet werden. Wenn man die beiden Evaluationsgespräche dazurechnet, sieht man, dass eine ernährungstherapeutische Behandlung von Adipositas mindestens 14 Sitzungen von je einer Stunde beinhaltet.

## Was, wenn ein/e Patient/in die Kontrolle über das eigene Essverhalten verloren hat und eine Essverhaltensstörung entwickelt?

Weist der/die Patient/in eine Essverhaltensstörung auf, ist eine zusätzliche ernäh-

1. Woher die Motivation nehmen?
2. Wie die Ernährung strukturieren?
3. Was essen? Was ist eine qualitativ hochwertige und ausgewogene Ernährung?
4. Welche Nahrungsmenge? Was ist die empfohlene Portionengröße?
5. Wie das Hunger- und Sättigungsgefühl erkennen und respektieren?
6. Welches sind die der Gewichtsregulierung zugrundeliegenden Mechanismen?
7. Wie viel Beachtung dem Gewichtsverlauf schenken?
8. Welches Gewichtsziel sich setzen?
9. Wie sind Informationen in den Medien, den sozialen Netzwerken, im Zusammenhang mit dem Idealgewicht, den verrückten Diäten und Junk-Food aufzunehmen?
10. Wie den Selbstwert stärken?
11. Wie Bewegung in den Alltag integrieren?
12. Wie Rückfällen vorbeugen?

Abbildung 1: Zentrale Faktoren für Follow-up im Zusammenhang mit Adipositas

rungstherapeutische Behandlungsphase, die sich mit diesem Problem befasst, unerlässlich. Eine solche beinhaltet folgende Schritte:

1. Funktionelle Analyse der Auslöser
2. Suche nach Lösungen im Verhalten
3. Identifizierung von und Verhaltensanalyse in Situationsabfolgen mit Kontrollverlust
4. Identifizierung von dysfunktionalen Gedanken und falschen Vorstellungen
5. Korrektur falscher Vorstellungen
6. Emotionsmanagement

Dieser Aspekt der Betreuung ist den Strategien für die Bewältigung von Risikosituationen im Rahmen der Suchttherapie sehr ähnlich.

**Wie stehen Sie zum Thema Tarifierung der Ernährungstherapie in der Schweiz?**  
Derzeit wird die Ernährungstherapie gemäss KVG von 1996 verrechnet. Die Tarife sind viel zu tief und nicht an das Follow-up von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten wie Adipositas angepasst. Die evidenzbasierten Empfehlungen, die man nicht nur im Schweizer Adipositas-Consensus, sondern auch im internationalen Konsens wiederfindet, müssen mit einer fachkundigen Nachsor-

ge und Sitzungen von 60 Minuten ergänzt werden. Die gegenwärtigen degressiven Pauschaltarife sind absolut unangemessen: 1. Sitzung à CHF 99.–, dann 5 Sitzungen à CHF 77.–, und schliesslich CHF 64.– für die weiteren Sitzungen. Diese Tarifierung bringt die Ernährungsberater/innen in ein Dilemma:

- Entweder werden die Sitzungen kürzer, wobei dann die Empfehlungen nicht mehr eingehalten werden können, oder
- qualitativ hochwertige Arbeit wird zu einem tiefen Preis angeboten.

Der gegenwärtige Tarif bringt den Beruf in eine prekäre Lage und ist den Kompetenzen der Ernährungsberater/innen unwürdig.

Es ist Zeit, die Tarifierung der Leistungen der Ernährungsberater/innen zu überarbeiten. Die Praxis verlangt für ein ernährungstherapeutisches Follow-up bei Adipositas einen Pauschaltarif von CHF 120.– für eine Sitzung von 60 Minuten in der ernährungstherapeutischen Behandlung chronischer Krankheiten oder aber eine Rechnungsstellung pro rata für die aufgewendete Zeit pro Sitzung, nach Vorbild der ärztlichen Leistungsstruktur TARMED.

Abbildung 2

**Schon reserviert?  
Déjà réservé?  
Già riservato?**

**Der internationale Tag der Ernährungsberater/innen findet am 10. März 2021 statt.**

**La journée internationale des diététicien-ne-s aura lieu le 10 mars 2021.**

**La giornata internazionale delle-dei Dietiste-i avrà luogo il 10 marzo 2021.**



**SVDE ASDD**

# 1990–2020: Le point sur le traitement nutritionnel de l'obésité



**Magali Volery**  
Diététicienne ASDD  
Psychologue-  
psychothérapeute FSP  
magali.volery@ccnp-ge.ch

## Quelle a été l'évolution du traitement nutritionnel de l'obésité en 30 ans?

Entre 1990 et 2020, la prise en charge diététique de l'obésité a subi plusieurs révolutions. Rappelons que c'est en 1997 que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a reconnu l'obésité comme une maladie chronique.

En 1990, les diététicien-ne-s prescrivaient des régimes restrictifs stricts, en se basant sur le calcul théorique de la dépense énergétique de l'individu duquel on soustrayait 300 à 600 kcal/jour, selon les modèles, pour définir l'apport énergétique recommandé.

Au début des années 2000, les régimes hypocaloriques stricts ont fait l'objet de nombreuses critiques car les recherches montraient que la reprise de poids était quasi-systématique chez 95% des patients.

Suite à ce constat, l'approche nutritionnelle s'est assouplie en Suisse, grâce à l'intégration de données issues des approches psychologiques. L'objectif a alors été d'évaluer les apports alimentaires du patient et de procéder par étape, pas à pas, pour normaliser le comportement alimentaire, sans prescrire de restriction sévère, afin d'éviter la frustration, les troubles du comportement alimentaire (TCA) et la prise de poids qui pouvaient s'ensuivre.

En 2020, après 20 ans d'évolution vers une certaine «permissivité», il faut rappeler que les bases de l'équilibre alimentaire sont toujours les mêmes et que, pour perdre du poids, il est indispensable que

les apports énergétiques soient inférieurs aux dépenses. Ne pas frustrer les patients pour éviter l'apparition de TCA est essentiel, pourtant cadrer, éduquer et poser des limites est aussi nécessaire. C'est ce que les professionnels de la nutrition tentent de faire actuellement.

On pourrait faire une hypothèse sociologique liée au contexte historique: le traitement de l'obésité a suivi la même évolution que l'éducation des enfants. Les générations plus anciennes ont élevé leurs enfants avec des règles très strictes, puis avec le mouvement de Mai '68, les enfants ont eu beaucoup plus de liberté. Or, depuis une dizaine d'années apparaissent à nouveau des recommandations éducatives intégrant amour, cadre et limites. C'est un peu la même chose pour le traitement de l'obésité, les consensus encouragent les diététicien-ne-s à guider leurs patients en intégrant plaisir et santé et en respectant à la fois l'équilibre alimentaire et leurs envies.

## Doit-on différencier la prise en charge des patients en excès de poids avec ou sans TCA?

Ce qu'il faut différencier, c'est le niveau de connaissances en nutrition des patients.

Les informations nutritionnelles scientifiques transmises doivent être ajustées à chaque situation. Les individus n'ayant aucune connaissance ou des connaissances erronées doivent pouvoir bénéficier d'une éducation nutritionnelle.

Bien entendu, les patients ayant un TCA avec des accès hyperphagiques doivent avoir accès à une prise en charge tenant compte de ces symptômes. Même sans TCA, la prévention de ces pertes de contrôle est nécessaire. Des informations sur le maintien de la perte de poids, sur les risques liés aux restrictions trop strictes, sur les déclencheurs potentiels connus des TCA et les différentes manières d'y faire face doivent être transmises aux patients.

## Quels sont les axes principaux du traitement nutritionnel de l'obésité?

Deux axes principaux sont à considérer séparément:

- L'éducation nutritionnelle dont chaque patient a besoin pour ajuster son comportement alimentaire lorsqu'il a le contrôle de ce qu'il mange.
- Le suivi spécifique des comportements alimentaires problématiques lorsque le patient perd le contrôle de ses prises alimentaires.

1. Où trouver sa motivation?
2. Comment structurer son alimentation?
3. Quoi manger? Comment équilibrer son alimentation au niveau qualitatif?
4. Quelle quantité manger? Quelle est la taille des portions recommandées?
5. Comment repérer et respecter ses sensations de faim et de satiété?
6. Quels sont les mécanismes qui sous-tendent la régulation pondérale?
7. Quel regard porter sur son histoire de poids?
8. Quel objectif pondéral se fixer?
9. Quel regard avoir sur les informations transmises dans les médias et les réseaux sociaux, en lien avec le poids idéal, les régimes farfelus et la malbouffe?
10. Comment renforcer son estime de soi?
11. Comment intégrer l'activité physique dans l'activité quotidienne?
12. Comment prévenir les rechutes?

Figure 1: Points-clés du suivi nutritionnel dans le cadre de l'obésité

**Pouvez-vous nous détailler les points-clés du suivi nutritionnel dans le cadre de l'obésité, lorsque le patient contrôle ce qu'il mange?**

En pratique, il y a au moins 12 thèmes qui doivent être systématiquement abordés. (v. figure 1)

Au moins une séance de 60 minutes doit être consacrée à chaque thème. En ajoutant les deux entretiens d'évaluation, on réalise que, concrètement, le traitement diététique de l'obésité comprend un minimum de 14 séances d'une heure chacune.

**Et lorsque le patient perd le contrôle de son comportement alimentaire et a des TCA?**

Lorsque le patient présente des TCA, il est indispensable d'ajouter une phase de traitement nutritionnel centré sur cette problématique comprenant les étapes suivantes:

1. Analyse fonctionnelle des déclencheurs
2. Recherche de solutions comportementales
3. Identification et analyse comportementale en chaîne des situations de perte de contrôle
4. Identification des pensées dysfonctionnelles et des idées fausses
5. Correction des idées fausses
6. Gestion des émotions

Cet aspect de la prise en charge s'apparente aux stratégies de gestion des situations à risque dans le cadre du traitement des addictions.

**Quelle est votre opinion concernant la tarification des consultations diététiques en Suisse?**

La facturation actuelle des consultations diététiques à la charge de la LAMal date de 1996. Les tarifs sont beaucoup trop bas et non adaptés au suivi de patients présentant des maladies chroniques telles que l'obésité. Les recommandations *evidence-based* qu'on retrouve dans les consensus internationaux, y compris dans le consensus suisse, nécessitent un suivi de qualité et des séances d'une durée de 60 minutes. Or, les tarifs forfaitaires dégressifs actuels sont totalement inadéquats: 1<sup>re</sup> séance à 99.– frs., puis 5 séances à 77.– frs. puis 64.– frs. pour les séances suivantes. Cette tarification place les diététicien-ne-s devant un dilemme:

- soit faire des séances plus courtes ne permettant pas de respecter les recommandations;
- soit assurer un travail de qualité, à bas prix.

Le tarif actuel précarise la profession et est indigne des compétences des diététicien-ne-s.

Il est l'heure de réviser la tarification des prestations des diététicien-ne-s. La pratique exige, pour le suivi nutritionnel de

l'obésité, un tarif forfaitaire par séance de 60 minutes, estimé à 120.– frs, pour le traitement diététique des maladies chroniques, ou, autre option, une facturation au prorata du temps consacré à chaque entretien, de la même manière que le TAR-MED pour les médecins.

Figure 2

# 1990–2020: il punto sul trattamento nutrizionale dell'obesità



**Magali Volery**  
Dietista ASDD  
Psicologa e  
psicoterapeuta FSP  
magali.volery@ccnp-ge.ch

## Qual è stata l'evoluzione del trattamento nutrizionale dell'obesità negli ultimi 30 anni?

Dal 1990 al 2020 la presa a carico dietetica dell'obesità ha subito parecchi cambiamenti. Ricordiamo che nel 1997 l'OMS ha riconosciuto l'obesità come malattia cronica.

Nel 1990 le dietiste e i dietisti prescrivevano diete restrittive basandosi sul calcolo teorico del dispendio energetico dell'individuo dal quale, secondo i modelli, venivano sottratte dalle 300 alle 600 kcal/giorno.

All'inizio degli anni 2000 i regimi ipocalorici restrittivi sono diventati oggetto di numerose critiche, perché le ricerche mostravano che la ripresa di peso era pressoché sistematica nel 95% dei pazienti.

A seguito di questa constatazione, l'approccio nutrizionale è diventato più flessibile, grazie anche all'integrazione di dati derivati da valutazioni psicologiche. L'obiettivo è diventato dunque valutare il fabbisogno alimentare del paziente e procedere a tappe, passo per passo, per normalizzare il comportamento alimentare senza ricorrere alla prescrizione di restrizioni severe nella dieta ed evitando di conseguenza la frustrazione, i disturbi del comportamento alimentare (DCA) e l'aumento ponderale che potrebbero derivarne.

Nel 2020, dopo vent'anni di evoluzione verso una certa «permissività», va ricordato che le basi dell'equilibrio alimentare sono sempre le stesse, vale a dire che l'apporto energetico deve essere inferiore all'energia consumata. Evitare che i pazienti sviluppi-

no un senso di frustrazione è fondamentale per impedire che si manifestino i DCA, tuttavia è altrettanto necessario inquadrare e fissare dei limiti nonché educare a loro rispetto. Questo è proprio quello che i professionisti della nutrizione tentano di fare al giorno d'oggi.

Si potrebbe avanzare un'ipotesi sociologica legata al contesto storico: il trattamento dell'obesità ha subito un'evoluzione simile a quella dell'educazione dei bambini. Le generazioni più anziane allevavano i figli con regole molto severe, poi con il movimento del Sessantotto ai bambini è stata data molta più libertà. Tuttavia, da una decina d'anni tornano in auge raccomandazioni educative che integrano amore, strutture e limiti. È un po' lo stesso discorso con il trattamento dell'obesità: il consenso incoraggia le dietiste e i dietisti a guidare i loro pazienti integrando piacere e salute, rispettando sia l'equilibrio alimentare che i loro desideri.

## La presa a carico dei pazienti in sovrappeso deve differenziarsi in base alla presenza o meno di DCA?

Quello che va differenziato è il livello di conoscenze nutrizionali dei pazienti. Le informazioni nutrizionali scientifiche tra-

smesse devono essere adeguate a ogni situazione. Le persone senza alcuna conoscenza o con conoscenze errate devono poter beneficiare di un'educazione nutrizionale.

Ovviamente i pazienti con DCA che vanno soggetti a crisi iperfagiche devono aver accesso a una presa a carico che tenga conto di questi sintomi. Anche in assenza di DCA, è necessario prevenire queste perdite di controllo. I pazienti devono essere informati sul mantenimento del calo ponderale, sui rischi legati alle restrizioni troppo severe, sulle possibili cause scatenanti di DCA e sui differenti modi di affrontarle.

## Quali sono gli assi principali del trattamento nutrizionale dell'obesità? Vanno considerati separatamente due assi principali:

- l'educazione nutrizionale di cui tutti i pazienti hanno bisogno per regolare il proprio comportamento alimentare quando è presente il controllo sull'assunzione degli alimenti;
- la presa a carico specifica dei comportamenti alimentari problematici quando il paziente perde il controllo dell'assunzione di alimenti.

1. Dove trovare la motivazione?
2. Come strutturare l'alimentazione?
3. Cosa mangiare? Come equilibrare l'alimentazione da un punto di vista qualitativo?
4. Che quantità mangiare? Qual è la dimensione delle porzioni raccomandate?
5. Come percepire e rispettare le proprie sensazioni di fame e sazietà?
6. Quali sono i meccanismi alla base della regolazione del peso corporeo?
7. Come considerare la propria storia ponderale?
8. Quale obiettivo ponderale porsi?
9. Come valutare le informazioni relative a peso ideale, diete assurde e cibo-spazzatura trasmesse dai media e dai social media?
10. Come rafforzare l'autostima?
11. Come integrare l'attività fisica nelle attività quotidiane?
12. Come prevenire le ricadute?

Figura 1: Fattori chiave per il follow-up nel contesto dell'obesità

**Può esporci i punti chiave della presa a carico nutrizionale nell'ambito dell'obesità quando il paziente ha il controllo sull'assunzione di alimenti?**

Nella pratica ci sono almeno 12 temi che devono essere sistematicamente affrontati. (figura 1)

A ogni tema deve essere dedicata almeno una seduta di 60 minuti. Se si aggiungono i due colloqui di valutazione, il trattamento dietetico dell'obesità arriva in pratica a comprendere un minimo di 14 sedute da un'ora l'una.

**E quando il paziente perde il controllo del suo comportamento alimentare e presenta DCA?**

Qualora il paziente presenti DCA è indispensabile aggiungere una fase di trattamento nutrizionale incentrato su questa problematica che includa le tappe riportate nel riquadro sottostante.

1. Analisi funzionale delle cause scatenanti
2. Ricerca di soluzioni comportamentali
3. Identificazione e analisi comportamentale a catena delle situazioni di perdita di controllo
4. Identificazione dei pensieri disfunzionali e delle idee sbagliate
5. Correzione delle idee sbagliate
6. Gestione delle emozioni

Questo aspetto della presa a carico ricorda le strategie di gestione delle situazioni a rischio nell'ambito del trattamento delle dipendenze.

**Cosa pensa della tariffazione delle consultazioni dietetiche in Svizzera?**

L'attuale fatturazione delle consultazioni dietetiche a carico della LAMal risale al 1996. Le tariffe sono decisamente troppo basse e non adeguate alla presa a carico di pazienti che presentano malattie croniche come l'obesità. Le raccomandazioni basate sull'evidenza che trovano un consenso internazionale, e anche in Svizzera, necessitano di una presa a carico di qualità e di sedute della durata di un'ora l'una. Tuttavia, le attuali tariffe forfettarie degressive sono totalmente inadeguate: la prima seduta a 99 franchi, le cinque sedute successive a 77 franchi e tutte le ulteriori sedute a 64 franchi. Questa tariffazione mette dietiste e dietisti dinanzi a un dilemma:

- o fare delle sedute più brevi che non permettono di rispettare le raccomandazioni;
- o fornire delle prestazioni di qualità a basso prezzo.

Le tariffe attuali precarizzano la professione e non rendono merito alle competenze di dietiste e dietisti.

È giunta l'ora di rivedere la tariffazione delle prestazioni di dietiste e dietisti. Per la presa a carico nutrizionale di persone af-

fette da obesità, la pratica esige una tariffa forfettaria per seduta da 60 minuti, stimata a 120 franchi, per il trattamento di malattie croniche, oppure una fatturazione pro rata del tempo dedicato ad ogni seduta, analogamente a quanto avviene con il TARMED per i medici.

Figura 2

# Natürlich gesund dank OMEGA-life® – neu mit Schutz vor unangenehmem Aufstossen

Die Produkte von OMEGA-life® versorgen den Körper mit lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren und tragen zum Erhalt einer normalen Herz- und Gehirnfunktion bei. Neu findet sich im Sortiment das Produkt OMEGA-life® Protect 500, das zusätzlich vor unangenehmem Aufstossen schützt.

Der menschliche Körper wird jeden Tag aufs Neue gefordert. Gerade in der heutigen Zeit, wo der Druck und die Leistungserwartung im beruflichen, schulischen und privaten Alltag stetig steigen, ist ein gesunder und leistungsfähiger Körper unabdingbar. Doch während eines langen und anstrengenden Tags bleibt eine ausgewogene und nährstoffreiche Ernährung oftmals auf der Strecke. So erreichen laut Experten nur 20 % aller Menschen in den Industrienationen die erforderliche Menge an Omega-3-Fettsäuren.

Für die Vereinbarkeit von Alltag und gesunder Ernährung sind die Produkte von OMEGA-life® eine optimale Ergänzung. Sie versorgen den Körper mit den lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren, die zu den wichtigsten Fetten für unsere Gesundheit zählen und deren Wirkung vielfältig ist. So tragen sie nicht nur zu einer normalen Herzfunktion bei, sondern wirken sich auch positiv auf den Blutdruck, den Cholesterinspiegel, das Gehirn und die Sehkraft aus. Zudem tragen sie während der Schwangerschaft und Stillzeit zur Entwicklung der Augen und des Gehirns von Föten und Säuglingen bei.

## NEU MIT SCHUTZ VOR UNANGENEHMEM AUFSTOSSEN

Das Nahrungsergänzungsmittelsortiment von OMEGA-life® wird neu mit einer Protect-Variante erweitert. OMEGA-life® Protect 500 bietet neben den lebenswichtigen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA aus konzentriertem Fischöl, das nachhaltig und qualitativ hochwertig ist, einen zusätzlichen Schutz vor unangenehmem Aufstossen. Dies ist gemäss Ernährungsberater/innen die Hauptursache, dass Fischöl-Kapseln nicht weiter eingenommen werden. Dank eines neuen Coatings wird nun bewirkt, dass sich die Kapsel nicht im Magen, sondern erst im Darm auflöst und so ein unangenehmes Aufstossen verhindert.



Es wird empfohlen, täglich 1-3 Kapseln zu konsumieren. Die Einnahme kann unabhängig von den Mahlzeiten erfolgen.

Die Produkte sind in Apotheken und Drogerien erhältlich.

## WEITERE PRODUKTE VON OMEGA-LIFE®

OMEGA-life® Classic 500 enthält nachhaltiges und qualitativ hochwertiges, konzentriertes Fischöl mit einem hohen Anteil an den essenziellen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA sowie Vitamin E.



OMEGA-life® Vegan enthält Algenöl mit einem hohen Anteil an den essenziellen Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA. Die Kapselhülle besteht aus Maisstärke. Damit ist es das optimale Produkt für alle Vegetarier, Veganer und Personen, die eine Abneigung oder Allergie gegen Fisch und Erzeugnisse aus Fisch haben.



Mehr Informationen finden Sie unter [www.omega-life.ch](http://www.omega-life.ch)

## ÜBER DIE DOETSCH GRETHER AG

Doetsch Grether AG ist ein traditionsreiches Schweizer Unternehmen mit rund 70 Mitarbeitenden. Es ist seit 1899 aktiv und zählt zu den 15 Schweizer Top-Unternehmen im Bereich Vermarktung und Vertrieb von Pharma-, OTC- und Consumer-Care-Produkten. Das Portfolio des Unternehmens besteht aus eigenen Marken, wie z. B. den bekannten Grether's Pastilles, sowie Distributionsmarken, die mit Unterstützung von Verkaufsteams in der ganzen Schweiz vermarktet werden.

[www.doetschgrether.ch/de](http://www.doetschgrether.ch/de)

# Empfehlungen für die ernährungstherapeutische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas – ein strukturiertes Modell



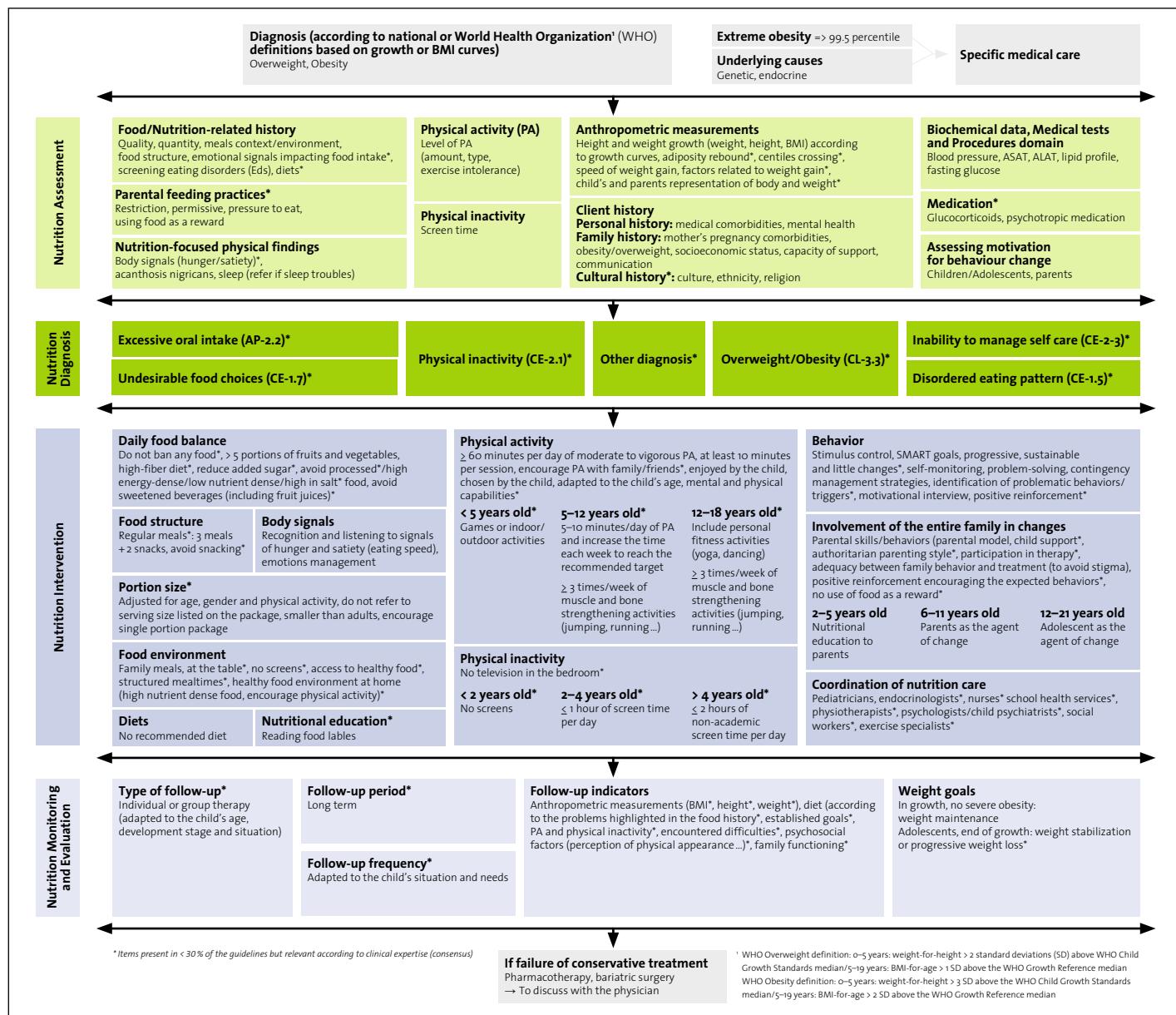
**Sophie  
Bucher Della Torre, PhD**  
Ernährungsberaterin SVDE  
sophie.bucher@hesge.ch

## Interview mit Sophie Bucher Della Torre

Was war das Ziel dieser Bachelorarbeit (BA)?

Die Idee dieser BA entstand nach einem von der SVDE-Fachgruppe Adipositas orga-

nisierten Fortbildungstag. In der Tagung über die ernährungstherapeutische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas wurden die Guidelines erörtert, wir hatten jedoch nicht die Zeit, uns umfassend mit den Empfehlungen zu befas-



sen. Ziel der BA war es also, anhand der Erkenntnisse zur Ernährungsberatung bei Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen entsprechend der Struktur des Nutrition Care Process (NCP) eine Synthese zu erstellen.

**Welche Methode wurde dafür angewendet?**

Die Studierenden Shawna Pfeifflé und Fabien Pellegrino haben sämtliche Guidelines zur ernährungstherapeutischen Betreuung bei Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zusammengetragen. Aus 17 Guidelines wurden insgesamt 344 Empfehlungen entnommen. Auf dieser Grundlage haben die Studierenden unter Berücksichtigung jener Empfehlungen, die in mindestens 30 Prozent dieser Guidelines vorkommen, ein Modell mit 57 Empfehlungen entwickelt. In einem zweiten Schritt haben die Mitglieder der SVDE-Fachgruppe Prävention und Behandlung

von Adipositas bei Kindern (POET) das Modell sowie die seltenen vorkommenden und darum verworfenen Empfehlungen analysiert. Aufgrund ihrer klinischen Expertise wurden 88 Empfehlungen wieder hinzugefügt. So entstand das Modell mit 145 Empfehlungen, die nach der Struktur des NCP gegliedert sind.

**Können Sie uns das Modell vorstellen?**

Tatsächlich gab es in den verschiedenen Guidelines viele Ähnlichkeiten, insbesondere die grundsätzlichen Prinzipien der ernährungstherapeutischen Betreuung betreffend. Es ist wichtig, zu wissen, dass die Texte oft von Ärztinnen und Ärzten und für Ärztinnen und Ärzte verfasst werden. Verblüffend war die fehlende Forschung in Bezug auf spezifische, mit der alltäglichen Praxis verbundene Fragestellungen, wie Bestandteile der Ernährungsintervention oder die altersentsprechende Nachsorge. Indem wir uns auf die berücksichtigten

Empfehlungen stützten, haben wir ein Modell entwickelt, das die Bereiche Ernährungsassessment und Vorschläge für Ernährungsdiagnosen aufnimmt sowie die Hauptschwerpunkte der Ernährungsinterventionen, von denen gewisse Bestandteile ausführlich dargelegt wurden, und die wesentlichen Elemente für die Nachsorge der Patientinnen und Patienten.

**Inwiefern kann dieses Modell in der Praxis nützlich sein?**

Nach der Entwicklung wurde das Modell anhand von vier Patientendossiers von einer routinierten Ernährungsberaterin getestet, die nicht an der Konzeption teilgenommen hatte. Dabei wurde es für umfassend und praxisgerecht befunden. Sämtliche der in den vier geprüften Fällen verwendeten Ernährungsinterventionen fanden sich im Modell wieder. Die Ernährungsberaterin betonte den Nutzen des Modells für die Strukturierung der ernährungstherapeutischen



## Für Genuss und Wohlbefinden.

Vertragen Sie selbst oder jemand in Ihrem Umfeld gewisse Lebensmittel nicht? Coop bietet Ihnen ein breites Backsortiment mit glutenfreien Mehlsorten, Backmischungen und weiteren Produkten.

Seit über zehn Jahren engagiert sich Coop mit Free From dafür, dass Sie unkompliziert einkaufen und unbeschwert geniessen können. Dies unter anderem mit mehr als 500 Produkten, die sich für Menschen mit einer Unverträglichkeit eignen.

Mehr erfahren: [coop.ch/freefrom](http://coop.ch/freefrom)

**free  
from**

**coop**

Für mich und dich.

Betreuung, während es den Ärztinnen und Ärzten grosse Freiheiten in der Anpassung der Behandlungsmodalitäten lässt. Das Modell kann sowohl zur Strukturierung und Planung der Betreuung verwendet werden oder aber als Checkliste, um sicherzustellen, dass nichts vergessen gegangen ist. Für die korrekte Anwendung des Modells bleibt eine klinische Expertise indes unerlässlich, und es muss betont werden, dass seine Verwendung Teil eines multidisziplinären Ansatzes ist. In diesem Zusammenhang bemerkte die befragte Ernährungsberaterin, dass das Modell auch als Kommunikationstool dienen könnte, um den externen Partnerinnen und Partnern

die wissenschaftlichen Erkenntnisse vorzulegen, auf die sich unsere Arbeit stützt.

**Welcher Zusammenhang besteht zwischen diesem Modell und der Evidence based practice (EBP)?**

Unser Modell integriert die drei Komponenten der EBP. Es basiert auf einer systematischen Sichtung der Fachliteratur und der Konsultation klinischer Expertinnen und Experten in diesem Bereich. Hinzu kommt, dass es bei seiner Anwendung Raum lässt für individuelle Anpassungen, die auf der Expertise von Fachpersonen und einzigartigen Umständen von Patientinnen und Patienten basieren.

Die Arbeit wurde im August 2018 verteidigt, an einer Weiterbildungstagung vorgestellt und 2019 in der wissenschaftlichen Fachzeitschrift Nutrients publiziert. Sie ist unter folgendem Link frei verfügbar: [www.mdpi.com/2072-6643/11/2/362](http://www.mdpi.com/2072-6643/11/2/362).

**Referenzen**

1. S. Pfeiffle, F. Pellegrino. *Prise en charge de la surcharge pondérale chez l'enfant et l'adolescent: Analyse systématique de guidelines et développement d'un outil pour les diététicien-ne-s [Travail de Bachelor non publié]*. Genève: Haute école de santé Genève; 2018.
2. S. Pfeiffle\*, F. Pellegrino\*, M. Kruseman, C. Pijollet, M. Volery, L. Soguel, S. Bucher Della Torre. *Current Recommendations for Nutritional Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Structured Framework*. Nutrients. 2019 Feb 9;11(2):362. doi: 10.3390/nu11020362.

## Recommandations pour la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent: un modèle structuré



**Sophie  
Bucher Della Torre, PhD**  
Diététicienne ASDD  
sophie.bucher@hesge.ch

### Interview de Sophie Bucher Della Torre

#### Quel était le but de ce travail de Bachelor (TB)?

L'idée de ce TB a suivi une journée de formation continue organisée par le Groupe spécialisé ASDD romand Obésité. Dans la session portant sur la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, les guidelines ont été passées en revue mais nous n'avions pas le temps de faire un tour exhaustif des recommandations. Le but du TB était donc de synthétiser les preuves sur la prise en charge nutritionnelle du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, selon la structure du Processus de Soins en Nutrition (PSN).

#### Quelle méthodologie a été utilisée?

Les étudiants, Shawna Pfeiffle et Fabien

Pellegrino, ont identifié toutes les guidelines portant sur la prise en charge nutritionnelle du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents. Les recommandations ont été extraites des 17 guidelines identifiées: il y en avait 344! Sur cette base, les étudiants ont construit un modèle en retenant les recommandations apparaissant dans au moins 30 % des guidelines, soit 57. Dans un second temps, les membres du groupe spécialisé ASDD POET ont analysé le modèle, ainsi que les recommandations écartées parce qu'elles apparaissaient moins souvent. Sur la base de leur expertise clinique, 88 recommandations ont été rajoutées. On arrive ainsi à un modèle contenant 145 recommandations qui ont été organisées en reprenant la structure du Processus de Soins en Nutrition.

**Pourriez-vous nous présenter le modèle?**  
En fait, il y avait énormément de similitudes dans les différentes guidelines, surtout concernant les principes généraux de prise en charge nutritionnelle. Il faut dire que ces textes sont souvent rédigés par et pour des médecins. Ce qui nous a frap-

pé, c'est le manque de recherche sur des questions spécifiques liées à la pratique quotidienne comme les composants de l'intervention nutritionnelle ou le suivi en fonction de l'âge.

En nous basant sur les recommandations retenues, nous avons développé un modèle reprenant les domaines de l'évaluation nutritionnelle, des propositions de diagnostics nutritionnels, les axes principaux de l'intervention nutritionnelle dont certains composants ont été détaillés, ainsi que les éléments essentiels au suivi des patients.

#### Comment ce modèle peut-il être utile dans la pratique?

Après le développement du modèle, une diététicienne expérimentée n'ayant pas participé à sa conception l'a testé sur quatre dossiers de patients. Il en est ressorti que le modèle était complet et cohérent avec la pratique. Toutes les interventions nutritionnelles utilisées dans les quatre cas étudiés se retrouvaient dans le modèle. La diététicienne a souligné l'intérêt du modèle pour structurer la prise en

charge nutritionnelle tout en laissant une grande liberté au clinicien pour ajuster les modalités de traitement. Le modèle peut être utilisé pour structurer et planifier la prise en charge, ou comme une checklist pour vérifier que rien n'a été oublié. L'expertise clinique reste cependant indispensable pour utiliser le modèle correctement et il est important de souligner que son utilisation s'intègre dans une approche pluridisciplinaire. Dans ce cadre, la diététicienne interrogée a noté que le modèle pouvait également servir d'outil de communication pour démontrer aux partenaires externes les preuves scientifiques sur lesquelles s'appuie notre travail.

**Quel est lien entre le modèle et la pratique basée sur les preuves (EBP)?**

Notre modèle intègre les trois dimensions de l'EBP. Il est basé sur une revue systématique de la littérature scientifique et la consultation d'experts cliniciens du domaine. De plus, lors de son utilisation, il laisse la place à des adaptations individuelles basées sur l'expertise des professionnels et les circonstances uniques du patient.

Ce travail a été défendu en août 2018, a présenté durant une journée de formation continue et a été publié dans la revue scientifique Nutrients en 2019. Il est en

libre accès au lien suivant:  
[www.mdpi.com/2072-6643/11/2/362](http://www.mdpi.com/2072-6643/11/2/362).

**Voir graphique sur page 15**

**Références**

1. S. Pfeifflé, F. Pellegrino. *Prise en charge de la surcharge pondérale chez l'enfant et l'adolescent: Analyse systématique de guidelines et développement d'un outil pour les diététicien-ne-s* [Travail de Bachelor non publié]. Genève: Haute école de santé Genève, 2018.
2. S. Pfeifflé\*, F. Pellegrino\*, M. Kruseman, C. Pijollet, M. Volery, L. Soguel, S. Bucher Della Torre. *Current Recommendations for Nutritional Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Structured Framework*. Nutrients. 2019 Feb 9;11(2):362. doi: 10.3390/nu11020362.

**NUTRITION 2021 GEHT VIRTUELL!**  
***Nutrition 2021 devient virtuel!***

**Ernährung 2021**  
«Ernährung: Evidenz gefunden?»  
«Nutrition: évidence trouvée?»

**SAVE THE DATE**  
24 - 26 Juni 2021

# Raccomandazioni per la presa a carico dell'obesità nei bambini e negli adolescenti: un modello strutturato



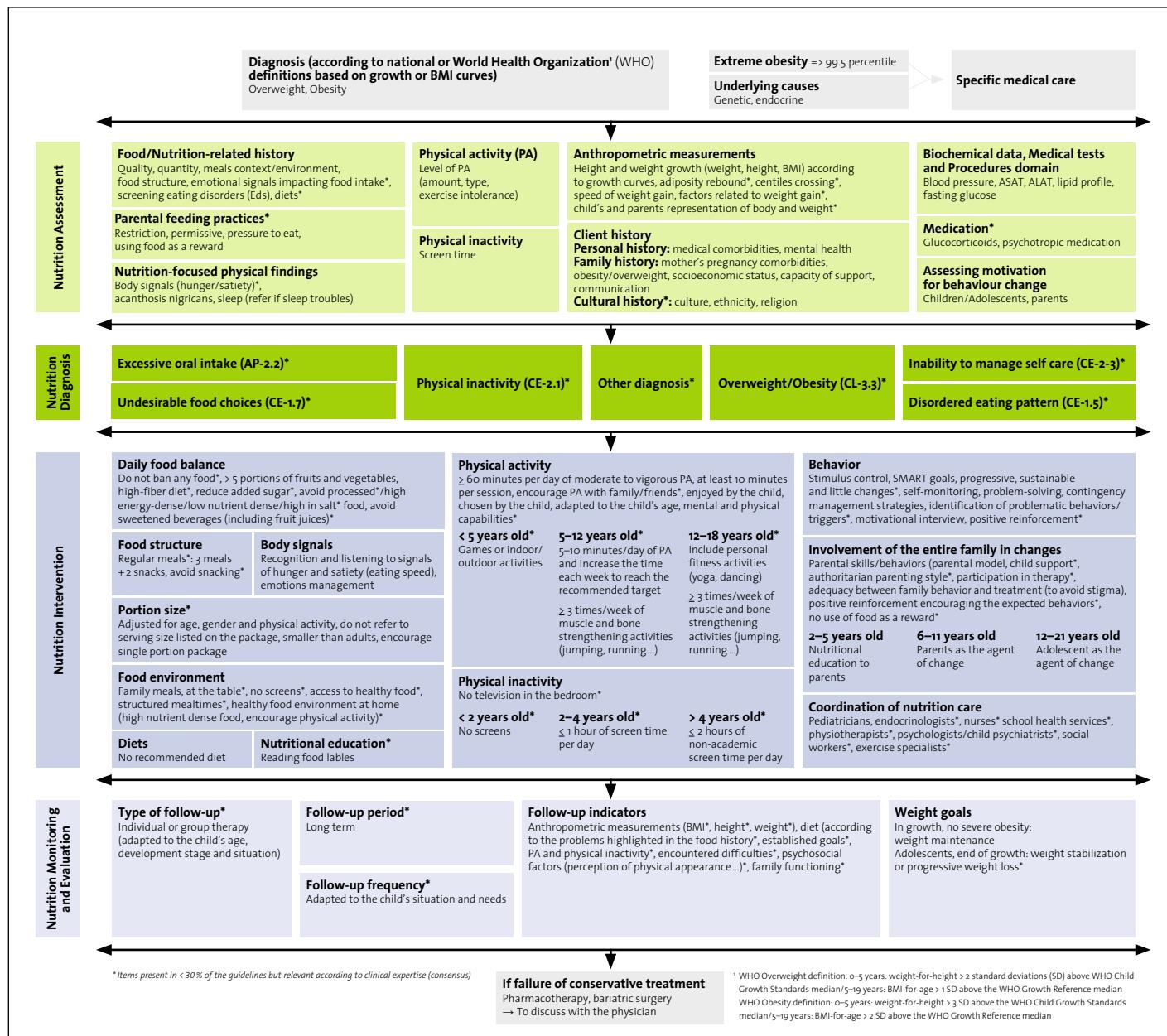
**Sophie  
Bucher Della Torre, PhD**  
Dietista ASDD  
sophie.bucher@hesge.ch

## Intervista a Sophie Bucher Della Torre

Qual era l'obiettivo di questo lavoro di Bachelor (LB)?

L'idea di questo LB è nata a seguito di una giornata di formazione continua organizzata dal gruppo OB-ASDD. Durante la riunione sulla presa a carico dell'obesità nei bambini e negli adolescenti sono state passate in rassegna le linee guida, ma senza avere il tempo di esaminare approfonditamente le varie raccomandazioni sotto tutti gli aspetti. L'obiettivo del LB era quindi sintetizzare le prove sulla presa a carico nutrizionale del sovrappeso e dell'obesità nei

nione sulla presa a carico dell'obesità nei bambini e negli adolescenti sono state passate in rassegna le linee guida, ma senza avere il tempo di esaminare approfonditamente le varie raccomandazioni sotto tutti gli aspetti. L'obiettivo del LB era quindi sintetizzare le prove sulla presa a carico nutrizionale del sovrappeso e dell'obesità nei



bambini e negli adolescenti seguendo la struttura del Nutrition Care Process (NCP).

#### Quale metodo è stato utilizzato?

Gli studenti, Shawna Pfeifflé e Fabien Pellegrino, hanno identificato tutte le linee guida sulla presa a carico nutrizionale dei sovrappeso e dell'obesità nei bambini e negli adolescenti. Sono state poi estrapolate ben 344 raccomandazioni dalle 17 linee guida identificate! Su questa base gli studenti hanno costruito un modello con 57 raccomandazioni, che sono le raccomandazioni presenti nel 30 % delle linee guida. In un secondo tempo, i membri del gruppo specializzato ASDD POET hanno analizzato il modello come pure le raccomandazioni che erano state scartate perché ricorrevano con minore frequenza. Sulla base della loro esperienza clinica hanno aggiunto al modello altre 88 raccomandazioni. Si è così giunti a un modello contenente 145 raccomandazioni, che sono state organizzate riprendendo la struttura del Nutrition Care Process.

#### Potrebbe presentarci il modello?

In effetti c'erano moltissime similitudini tra le varie linee guida, soprattutto per quanto riguarda i principi generali di presa a carico nutrizionale. Va detto che questi testi sono spesso scritti da medici per medici. Quello che ci ha colpito è la mancanza di ricerche su questioni specifiche legate

alla pratica quotidiana come le componenti dell'intervento nutrizionale o il follow up in funzione dell'età. Basandoci sulle raccomandazioni selezionate abbiamo sviluppato un modello organizzato secondo gli ambiti: accertamento nutrizionale, diagnosi nutrizionale (proposte), assi principali dell'intervento nutrizionale (con specifiche alcune componenti) e monitoraggio nutrizionale dei pazienti (elementi essenziali).

#### In che modo questo modello può essere utile nella pratica?

Dopo aver sviluppato il modello abbiamo chiesto a una dietista esperta che non aveva partecipato alla sua concezione di testarlo su quattro cartelle cliniche. Ne è risultato che il modello era completo e coerente con la pratica. Tutti gli interventi nutrizionali utilizzati nei quattro casi studiati erano presenti nel modello. La dietista ha sottolineato l'utilità del modello per strutturare la presa a carico nutrizionale pur lasciando un'ampia libertà al professionista per adeguare le modalità di trattamento. Il modello può essere utilizzato per strutturare e pianificare la presa a carico oppure come lista di controllo per verificare che nulla sia stato dimenticato. L'esperienza clinica resta però indispensabile per utilizzare correttamente il modello ed è importante sottolineare che il suo utilizzo si inserisce in un approccio pluridisciplinare. In questo contesto, la dietista intervistata

ha segnalato che il modello poteva anche servire da strumento di comunicazione per mostrare ai partner esterni le prove scientifiche sulle quali si basa il nostro lavoro.

#### Qual è il nesso tra il modello e la pratica basata sull'evidenza (EBP)?

Il nostro modello include le tre dimensioni dell'EBP. Si basa sulla revisione sistematica della letteratura scientifica e sulla consultazione di esperti clinici del settore. Inoltre, la sua applicazione lascia spazio ad adeguamenti individuali basati sull'esperienza dei professionisti e sulle circostanze uniche del paziente.

Questo lavoro è stato difeso nell'agosto 2018, è stato presentato in occasione di una giornata di formazione continua ed è stato pubblicato nella rivista scientifica Nutrients nel 2019. È consultabile gratuitamente al seguente link: [www.mdpi.com/2072-6643/11/2/362](http://www.mdpi.com/2072-6643/11/2/362).

#### Riferimenti bibliografici

1. S. Pfeifflé, F. Pellegrino. *Prise en charge de la surcharge pondérale chez l'enfant et l'adolescent: Analyse systématique de guidelines et développement d'un outil pour les diététicien-ne-s* [Travail de Bachelor non publié]. Genève: Haute école de santé Genève; 2018.
2. S. Pfeifflé\*, F. Pellegrino\*, M. Kruseman, C. Pijollet, M. Volery, L. Soguel, S. Bucher Della Torre. *Current Recommendations for Nutritional Management of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: A Structured Framework*. Nutrients. 2019 Feb 9;11(2):362. doi: 10.3390/nu11020362.



NOUVEAU



resource®  
**ULTRA fruit**  
Le SNO fruité  
avec la plus forte  
concentration  
de protéines



300\*

kcal

14 g\*

protéines de  
lactosérum

0 g

graisse

\*par bouteille de 200 ml

**Resource® Ultra fruit** est une alternative rafraîchissante aux suppléments nutritifs oraux de type lacté, en cas de dénutrition, maladies oncologiques ou pour une alimentation pré ou postopératoire.



**Remboursement** – Les suppléments nutritifs oraux Resource® sont pris en charge par l'assurance maladie de base pour les indications médicales selon les directives de la Société Suisse de Nutrition Clinique SSNC.

# Wie können wir die Erhaltung einer Gewichtsreduktion unterstützen?



**Maaike Kruseman, PhD**  
Ernährungsberaterin SVDE  
maaike.kruseman@hesge.ch

Für Personen, die an Adipositas leiden, ist das Abnehmen an sich, verglichen mit der langfristigen Gewichtsstabilisierung, der «einfache» Teil der Gewichtsreduktion. Probleme der Gewichtserhaltung nach einer Gewichtsreduktion sind jedoch häufiger, als es die Studien vermuten lassen würden, die in stationären, auf Adipositas spezialisierten Diensten durchgeführt wurden und in denen jene Patientinnen und Patienten überrepräsentiert sind, die erhebliche Schwierigkeiten mit dem Gewichtsmanagement aufweisen. Die wenigen Bevölkerungsstudien schätzen die Erhaltung der Gewichtsreduktion auf zwischen 30 % und 60 % (1, 2), wobei genaue Zahlen ohne eine Standarddefinition und gesicherte Daten schwer festzulegen sind.

Pionierarbeit im Bereich Erhaltung der Gewichtsreduktion leisteten Holly Wyatt, Rena Wing und James Hill, eine amerikanische Forschungsgruppe, mit der Gründung des National Weight Loss Registry NWCR. Dieses Register umfasst die Charakteristika und die verfolgten Strategien von Personen, die eine Gewichtsreduktion von 10 % ihres maximalen Körpergewichts während mindestens einem Jahr erhalten konnten. Seither wurde mit weiteren Beobachtungs- und Behandlungsstudien versucht, das Geheimnis der Erhaltung einer Gewichtsreduktion zu lüften.

Dazu gehört auch die HOMAWLO-Studie («How to Maintain Weight Loss»): Das Projekt wurde an der Abteilung für Ernährung und Diätetik der Genfer Fachhochschule HES-SO mit dem Ziel durchgeführt, die Strategien und Erfahrungen von Personen, die eine Gewichtsreduktion erhalten konn-

ten, besser zu verstehen und mit den Erfahrungen jener zu vergleichen, die ihr Leben lang ein Normalgewicht halten konnten.

Gewisse Resultate haben uns überrascht: darunter insbesondere die Tatsache, dass sich der jeweilige Energie- und Nährstoffbedarf – mit Ausnahme des Proteinbedarfs, der bei der Gruppe der Personen, die eine Gewichtsreduktion aufrechterhielten, höher war – nicht so stark voneinander unterscheiden (3). Hingegen waren Wachsamkeit und die Ernährung betreffende Besorgnis sowie das Gefühl, sich einschränken zu müssen bei Personen, die nach einer Gewichtsreduktion das Gewicht beibehielten, stärker ausgeprägt. Insgesamt hing die durch die Erhaltung der Gewichtsreduktion verursachte Belastung nicht von der absoluten Nährstoffzufuhr ab, sondern davon, wie umfassend die Veränderungen des Ernährungsverhaltens, ja des Lebensstils waren.

Die unterschiedlichen Strategien für die Erhaltung der Gewichtsreduktion sind zahlreich (3, 4). In einigen gross angelegten, randomisierten kontrollierten Studien wurde versucht, ihren Einfluss auf die Erhaltung der Gewichtsreduktion zu messen. Die Ergebnisse aus diesen stark standardisierten Untersuchungen waren aber eher ernüchternd (5–7), was impliziert, dass individuelle Strategien vielversprechender sind als allgemeine Standardempfehlungen. Einige Konstanten lassen sich indessen aber feststellen; insbesondere ist das regelmässige Gewichtsmonitoring eine Strategie, die mit einiger Zuverlässigkeit eine beständige Erhaltung der Gewichtsreduktion vorhersagen lässt. Im Unterschied zu Personen mit stabilem Normalgewicht haben Personen, die ihr Gewicht nach einer Gewichtsreduktion erhalten, grosse Schwierigkeiten, ihr Körpergewicht «zu spüren». Das Ziel des Wiegens ist es (sofern keine Kontraindikationen vorliegen) (8), bei einer allfälligen Gewichtszunahme die Gewohnheiten in an-

gemessener Weise anzupassen. Für das Wiegen sollte aber eine «Gebrauchsanleitung» besprochen werden, denn ein stabiles Gewicht wird – zu Unrecht – oft nicht als Erfolg gewertet und Gewichtszunahmen werden zum Anlass für exzessive Einschränkungen genommen (8). Zu den erfolgreichen Strategien scheinen auch Kenntnisse des eigenen Energiebedarfs und der Nährwerte von Nahrungsmitteln (9) sowie die partizipative Unterstützung des Umfelds (dabei ist eher «mitmachen» als ermutigen gemeint) (10) und Anpassungen der Umgebung (9) zu gehören. Die Teilnehmenden der HOMAWLO-Studie legten zudem gewisse «Regeln» für sich selbst fest, die sie deshalb als beruhigend empfanden, weil sie keine Angst haben mussten, im Alltag plötzlich vor schwierigen Entscheidungen zu stehen.

Die Beachtung von Hunger- und Sättigungsgefühlen wird hingegen, anders als bei Personen mit stabilem Normalkörpergewicht, nur selten als Strategie zur Erhaltung der Gewichtsreduktion erwähnt. Es ist wahrscheinlich, dass Regulierungssignale für die Betroffenen wenig wahrnehmbar sind, was auch ihr anfängliches Übergewicht erklären würde. Ihre Einbeziehung in den Prozess zur Erhaltung der Gewichtsreduktion ist aber erfolgversprechend. Vieles weist darauf hin, dass Achtsamkeitstechniken und Emotionsmanagement zu einer effizienten Gewichtserhaltung beitragen können. Für uns Ernährungsberater/innen ist Antizipation von wesentlicher Bedeutung, um unsere Patientinnen und Patienten bei der Erhaltung der Gewichtsreduktion zu unterstützen. In einem kontrollierten randomisierten Versuch haben Forschende um Kiernan (11) gezeigt, dass die erneute Gewichtszunahme geringer war, wenn die Erhaltung der Gewichtsreduktion bereits VOR dem Abnehmen besprochen wurde.

Massgeschneiderte, laufend angepasste Strategien scheinen für eine längerfristige

Erhaltung der Gewichtsreduktion wesentlich zu sein, da es sich dabei nicht um einen «stabilen» Zustand, sondern um einen dynamischen Prozess handelt (3). Eine relativ intensive, dauerhafte und individuelle Begleitung ist daher notwendig. Dank der Teilnehmenden der HOMAWLO-Studie konnten 17 Strategien zur Erhaltung der Gewichtsreduktion bestimmt werden. Daraus entstand das Buch «Changer de poids, c'est changer de vie», das seit März 2020 im Handel erhältlich ist (12).

#### Literaturverzeichnis

1. De Zwaan M, Hilbert A, Herpertz S, Zipfel S, Beutel M, Gefeller O, et al. Weight loss maintenance in a population-based sample of German adults. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(11):2535-40.
2. Weiss EC, Galuska DA, Kettel Khan L, Gillespie C, Serdula MK. Weight regain in U.S. adults who experienced substantial weight loss, 1999-2002. *Am J Prev Med*. 2007;33(1):34-40.
3. Kruseman M, Schmutz N, Carrard I. Long-Term Weight Maintenance Strategies Are Experienced as a Burden by Persons Who Have Lost Weight Compared to Persons with a Lifetime Normal, Stable Weight. *Obesity facts*. 2017;10(4):373-85.
4. Sciamanna CN, Kiernan M, Rolls BJ, Boan J, Stuckey H, Kephart D, et al. Practices associated with weight loss versus weight-loss maintenance results of a national survey. *Am J Prev Med*. 2011;41(2):159-66.
5. Brantley P, Appel L, Hollis J, Stevens V, Ard J, Champagne C, et al. Design considerations and rationale of a multi-center trial to sustain weight loss: the Weight Loss Maintenance Trial. *Clin Trials*. 2008;5(5):546-56.
6. Coughlin JW, Brantley PJ, Champagne CM, Vollmer WM, Stevens VJ, Funk K, et al. The impact of continued intervention on weight: Five-year results from the weight loss maintenance trial. *Obesity (Silver Spring)*. 2016;24(5):1046-53.
7. Sherwood NE, Crain AL, Martinson BC, Hayes MG, Anderson JD, Clausen JM, et al. Keep it off: a phone-based intervention for long-term weight-loss maintenance. *Contemporary clinical trials*. 2011;32(4):551-60.
8. Carrard I, Kruseman M. Qualitative analysis of the role of self-weighing as a strategy of weight control for weight-loss maintainers in comparison with a normal, stable weight group. *Appetite*. 2016;105:604-10.
9. Kruseman M. HOMAWLO: How to maintain weight loss? PhD Thesis. University of Lausanne, Switzerland; 2018.
10. Karfopoulou E, Anastasiou CA, Avgeraki E, Kosmidis MH, Yannakoula M. The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study. *Journal of behavioral medicine*. 2016;39(3):511-8.
11. Kiernan M, Brown SD, Schoffman DE, Lee K, King AC, Taylor CB, et al. Promoting healthy weight with «stability skills first»: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(2):336-46.
12. Kruseman M. Changer de poids, c'est changer de vie. Comment maintenir votre perte de poids. Genève, Suisse: Planète Santé; 2020.

## Comment aider nos patients à maintenir une perte de poids?



**Maaike Kruseman, PhD**

Diététicienne ASDD  
maaike.kruseman@hesge.ch

Pour les personnes qui souffrent d'obésité, la perte de poids est la partie «facile» par comparaison avec la stabilisation du poids à long terme. Celle-ci est pourtant moins rare que ne le laissent à penser les études menées dans les services hospitaliers spécialisés en obésité, dans lesquelles les patients qui ont des difficultés majeures de gestion du poids sont surreprésentés. Les rares études populationnelles estiment la prévalence du maintien de la perte de poids (MPP) entre 30 % et 60 % (1, 2), mais il est difficile d'établir un chiffre précis en l'absence d'une définition standardisée et de données fiables.

Les pionniers en matière de recherche dans le domaine du MPP sont une équipe de chercheurs américains, Holly Wyatt, Rena Wing et James Hill, qui ont fondé le National Weight Loss Registry. Ce registre permet de documenter les caractéristiques et stratégies suivies par les per-

sonnes ayant maintenu une perte de 10 % de leur poids durant au moins un an. Depuis lors, d'autres études d'observation et d'intervention ont cherché à percer le secret du maintien de la perte de poids.

L'une de ces études, c'est HOMAWLO (pour How to Maintain Weight Loss). Menée au sein de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de Santé de Genève, ce projet avait pour but de mieux comprendre les stratégies et le vécu de personnes ayant maintenu une perte de poids, et de les comparer avec l'expérience d'individus ayant un poids normal stable durant toute leur vie.

Certains résultats nous ont surpris: en particulier le fait que les apports énergétiques et nutritionnels n'étaient pas si différents, à l'exception des apports protéiques, plus élevés dans le groupe MPP (3). En revanche, la vigilance, les préoccupations concernant la nourriture et le sentiment de restriction étaient beaucoup plus élevés chez les personnes avec MPP. En somme, le fardeau du MPP n'était pas en lien avec les apports nutritionnels absolus, mais avec l'ampleur des changements d'alimentation, d'organisation, voire de mode de vie.

Les stratégies appliquées pour le MPP sont nombreuses et variées (3, 4). Quelques grands essais contrôlés randomisés ont cherché à quantifier leur impact sur le MPP. Ces interventions très standardisées ont donné des résultats plutôt décevants (5-7). Ceci suggère que des stratégies personnalisées semblent plus prometteuses que des recommandations standardisées appliquées à tous. Quelques constantes existent toutefois; en particulier, le monitoring régulier du poids corporel est la stratégie qui prédit le MPP avec le plus de constance. Contrairement aux personnes de poids normal stable, les personnes avec un MPP ont une grande difficulté à «sentir» leur poids. Le but de la pesée (en l'absence de contre-indications [8]) est de rectifier les habitudes de manière proportionnée si le poids remonte. Un «mode d'emploi» de la pesée doit être discuté, car un poids stable n'est souvent pas perçu comme un succès – à tort – et une reprise de poids peut inciter à des restrictions excessives (8). D'autres stratégies à succès semblent être la connaissance de ses propres besoins énergétiques et de la valeur nutritionnelle des aliments (9), le soutien participatif de l'entourage (c'est-à-dire «faire avec» plutôt qu'encourager) (10) et l'adaptation de son environnement (9).

Les participants à l'étude HOMAWLO étaient aussi certaines «règles» qu'ils qualifiaient de rassurantes, car elles leur permettaient d'aborder la journée sans l'anxiété de se confronter à des décisions difficiles.

Le respect des sensations de faim et de rassasiement n'était que rarement mentionné comme une stratégie de MPP, contrairement aux personnes de poids normal stable. Il est probable que ces signaux régulateurs sont peu audibles dans cette population, ce qui pourrait expliquer l'excès de poids initial. Leur intégration dans le processus de MPP est toutefois un gage de succès et il semble que l'application de techniques de *mindfulness* et de gestion des émotions contribuent à leur efficacité. Dans notre pratique de diététicien-ne-s, l'anticipation semble essentielle pour favoriser le MPP. Dans un essai contrôlé randomisé, l'équipe de Kiernan (11) a montré

que la reprise de poids était moindre si le MPP était abordé AVANT la perte de poids. Le sur-mesure et l'adaptation des stratégies de MPP au cours du temps semblent des points essentiels au MPP qui n'est pas un état «stable», mais un processus dynamique qui nécessite des adaptations permanentes (3). Ceci nécessite un suivi relativement intensif, durable et personnalisé. Les participant-e-s de l'étude HOMAWLO nous ont permis d'identifier 17 stratégies, explicitées dans un livre «Changer de poids, c'est changer de vie» disponible depuis le mois de mars 2020 en librairie (12).

#### Bibliographie

1. De Zwaan M, Hilbert A, Herpertz S, Zipfel S, Beutel M, Gefeller O, et al. Weight loss maintenance in a population-based sample of German adults. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16(11):2535-40.
2. Weiss EC, Galuska DA, Kettel Khan L, Gillespie C, Serdula MK. Weight regain in U.S. adults who experienced substantial weight loss, 1999-2002. *Am J Prev Med*. 2007;33(1):34-40.
3. Kruseman M, Schmutz N, Carrard I. Long-Term Weight Maintenance Strategies Are Experienced as a Burden by Persons Who Have Lost Weight Compared to Persons with a Lifetime Normal, Stable Weight. *Obesity facts*. 2017;10(4):373-85.
4. Sciamanna CN, Kiernan M, Rolls BJ, Boan J, Stuckey H, Kephart D, et al. Practices associated with weight loss versus weight-loss maintenance results of a national survey. *Am J Prev Med*. 2011;41(2):159-66.
5. Brantley P, Appel L, Hollis J, Stevens V, Ard J, Champagne C, et al. Design considerations and rationale of a multi-center trial to sustain weight loss: the Weight Loss Maintenance Trial. *Clin Trials*. 2008;5(5):546-56.
6. Coughlin JW, Brantley PJ, Champagne CM, Vollmer WM, Stevens VJ, Funk K, et al. The impact of continued intervention on weight: Five-year results from the weight loss maintenance trial. *Obesity (Silver Spring)*. 2016;24(5):1046-53.
7. Sherwood NE, Crain AL, Martinson BC, Hayes MG, Anderson JD, Clausen JM, et al. Keep it off: a phone-based intervention for long-term weight-loss maintenance. *Contemporary clinical trials*. 2011;32(4):551-60.
8. Carrard I, Kruseman M. Qualitative analysis of the role of self-weighing as a strategy of weight control for weight-loss maintainers in comparison with a normal, stable weight group. *Appetite*. 2016;105:604-10.
9. Kruseman M. *HOMAWLO: How to maintain weight loss?* Ph.D Thesis. University of Lausanne, Switzerland; 2018.
10. Karfopoulos E, Anastasiou CA, Avgeraki E, Kosmidis MH, Yannakoulia M. The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study. *Journal of behavioral medicine*. 2016;39(3):511-8.
11. Kiernan M, Brown SD, Schoffman DE, Lee K, King AC, Taylor CB, et al. Promoting healthy weight with «stability skills first»: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(2):336-46.
12. Kruseman M. *Changer de poids, c'est changer de vie. Comment maintenir votre perte de poids*. Genève, Suisse: Planète Santé; 2020.

## Come aiutare i nostri pazienti nel mantenimento del peso perso?



**Maaike Kruseman, PhD**  
Dietista ASDD  
maaike.kruseman@hesge.ch

Per chi soffre di obesità, perdere peso è relativamente «facile» rispetto alla difficoltà di mantenere il peso stabile nel tempo. La stabilizzazione del peso a lungo termine è tuttavia meno rara di quanto non indichino gli studi condotti nelle strutture ospedaliere specializzate nella cura dell'obesità, nelle quali sono sovrarappresentati i pazienti con gravi problemi di gestione del peso. I pochi studi di popolazione finora condotti stimano una prevalenza del mantenimento del peso perso (MPP) variabile tra il 30 % e il 60 % (1, 2), ma è difficile sta-

bilire una cifra precisa in assenza di una definizione standardizzata e di dati affidabili.

I pionieri della ricerca nel campo dell'MPP sono un gruppo di studiosi americani, Holly Wyatt, Rena Wing e James Hill, fondatori del National Weight Loss Registry. Questo registro consente di documentare le caratteristiche e le strategie seguite da chi ha mantenuto una perdita di peso del 10 % per almeno un anno. Nel frattempo, altri studi osservazionali e interventistici hanno cercato di chiarire i meccanismi alla base del mantenimento del peso perso.

Uno di questi studi è l'HOMAWLO (How to Maintain Weight Loss). Condotto nell'ambito dell'indirizzo Nutrizione e dietetica della Haute école de Santé di Ginevra, questo progetto aveva lo scopo di comprendere meglio le strategie e il vissuto delle per-

sone che sono riuscite a mantenere una perdita di peso e di comparare la loro esperienza con quella di persone che hanno mantenuto un peso normale stabile in tutto l'arco della vita.

Alcuni risultati sono stati sorprendenti: in particolare, il fatto che gli apporti energetici e nutrizionali non erano molto diversi, ad eccezione degli apporti proteici, più elevati nel gruppo MPP (3). Per contro, la vigilanza, le preoccupazioni relative al cibo e il senso di limitazione erano molto più elevati nelle persone con MPP. Il fardello dell'MPP non era quindi legato agli apporti nutrizionali assoluti, ma all'ampiezza dei cambiamenti nell'alimentazione, nell'organizzazione, in ultima analisi nello stile di vita.

Le strategie applicate per l'MPP sono numerose e diverse (3, 4). Alcuni ampi studi

controllati randomizzati hanno cercato di quantificarne l'impatto sull'MPP. Questi interventi standardizzati hanno dato risultati piuttosto deludenti (5-7). Ciò sembra indicare che le strategie personalizzate siano più promettenti rispetto alle raccomandazioni standardizzate applicabili a tutti. Esistono tuttavia alcune costanti; in particolare, la strategia che predice con più regolarità l'MPP è il monitoraggio del peso corporeo. Contrariamente alle persone di peso normale stabile, le persone con MPP hanno una grande difficoltà a «percepire» il loro peso. Lo scopo della pesata, in assenza di controindicazioni (8), è correggere adeguatamente le abitudini se il peso torna ad aumentare. È necessario stabilire una «modalità di utilizzo» della pesata, poiché spesso un peso stabile non è percepito, a torto, come un risultato positivo e una ripresa di peso può indurre ad adottare restrizioni eccessive (8). Altre strategie di successo sembrano essere la conoscenza del proprio fabbisogno energetico e del valore nutrizionale degli alimenti (9), il sostegno partecipativo della propria cerchia personale (vale a dire «fare insieme» piuttosto che limitarsi a incoraggiare) (10) e l'adattamento del proprio ambiente (9). I/le partecipanti allo studio HOMAWLO stabilivano anche certe «regole» che ritenevano rassicuranti, in quanto permettevano loro di iniziare la giornata senza l'ansia di dover affrontare decisioni difficili.

Contrariamente alle persone di peso normale stabile, il rispetto delle sensazioni di fame e sazietà era menzionato solo raramente come strategia di MPP. È probabile che questi segnali regolatori siano poco avvertibili in questa popolazione, il che potrebbe spiegare l'eccesso di peso iniziale. La loro integrazione nel processo di MPP è tuttavia una garanzia di successo e sembra che l'applicazione delle tecniche di *mindfulness* e di gestione delle emozioni contribuisca alla loro efficacia. Nella nostra pratica di dietisti/dietiste, intervenire in anticipo sembra essenziale per favorire l'MPP. In uno studio controllato randomizzato, il gruppo di Kiernan (11) ha dimostrato che la ripresa di peso era inferiore se l'MPP veniva affrontato PRIMA del calo ponderale.

La personalizzazione e l'adattamento delle strategie di MPP nel corso del tempo sembrano fondamentali per l'MPP, che non è uno stato «stabile», ma è un processo dinamico che richiede adeguamenti continui (3). Ciò rende necessario un monitoraggio relativamente intenso, duraturo e personalizzato. I/le partecipanti allo studio HOMAWLO ci hanno permesso di identificare 17 strategie, esplicitate nel volume *Changer de poids, c'est changer de vie* (Cambiare vita per cambiare peso), disponibile nelle librerie da marzo 2020 (12).

#### Bibliografia

1. De Zwaan M, Hilbert A, Herpertz S, Zipfel S, Beutel M, Gefeller O, et al. Weight loss maintenance in a population-based sample of German adults. *Obesity* (Silver Spring). 2008;16(11):2535-40.
2. Weiss EC, Galuska DA, Kettel Khan L, Gillespie C, Serdula MK. Weight regain in U.S. adults who experienced substantial weight loss, 1999-2002. *Am J Prev Med*. 2007;33(1):34-40.
3. Kruseman M, Schmutz N, Carrard I. Long-Term Weight Maintenance Strategies Are Experienced as a Burden by Persons Who Have Lost Weight Compared to Persons with a Lifetime Normal, Stable Weight. *Obesity facts*. 2017;10(4):373-85.
4. Sciamanna CN, Kiernan M, Rolls BJ, Boan J, Stuckey H, Kephart D, et al. Practices associated with weight loss versus weight-loss maintenance results of a national survey. *Am J Prev Med*. 2011;41(2):159-66.
5. Brantley P, Appel L, Hollis J, Stevens V, Ard J, Champagne C, et al. Design considerations and rationale of a multi-center trial to sustain weight loss: the Weight Loss Maintenance Trial. *Clin Trials*. 2008;5(5):546-56.
6. Coughlin JW, Brantley PJ, Champagne CM, Vollmer WM, Stevens VJ, Funk K, et al. The impact of continued intervention on weight: Five-year results from the weight loss maintenance trial. *Obesity* (Silver Spring). 2016;24(5):1046-53.
7. Sherwood NE, Crain AL, Martinson BC, Hayes MG, Anderson JD, Clausen JM, et al. Keep it off: a phone-based intervention for long-term weight-loss maintenance. *Contemporary clinical trials*. 2011;32(4):551-60.
8. Carrard I, Kruseman M. Qualitative analysis of the role of self-weighting as a strategy of weight control for weight-loss maintainers in comparison with a normal, stable weight group. *Appetite*. 2016;105:604-10.
9. Kruseman M. HOMAWLO: How to maintain weight loss? PhD Thesis. University of Lausanne, Switzerland; 2018.
10. Karfopoulou E, Anastasiou CA, Avgeraki E, Kosmidis MH, Yannakoula M. The role of social support in weight loss maintenance: results from the MedWeight study. *Journal of behavioral medicine*. 2016;39(3):511-8.
11. Kiernan M, Brown SD, Schoffman DE, Lee K, King AC, Taylor CB, et al. Promoting healthy weight with «stability skills first»: a randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(2):336-46.
12. Kruseman M. Changer de poids, c'est changer de vie. Comment maintenir votre perte de poids. Genève, Suisse: Planète Santé; 2020.



since 1892

# SuperFEINFOOD

since 1892

Linsen



Müesli



Erbsen



Bohnen



Gesund



Natürlich



[www.zwicky.swiss](http://www.zwicky.swiss)

# Was wissen wir Pflegenden *tatsächlich* über das, was unsere Patienten mit Adipositas durchleben?



Véronique Di Vetta, MSc

Ernährungsberaterin SVDE  
veronique.divetta@chuv.ch

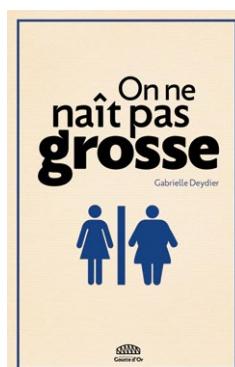
Der/die Patient/in ist in erster Linie eine Person, deren Erlebtes und deren Erfahrungen mit dieser chronischen Krankheit es verdienen, dass man sich mit ihnen befasst. Als Pflegende sollten wir interessiert daran sein, die Person in ihrer Realität zu verstehen und ihr zu helfen, dem Behandlungsplan einen Sinn zu geben. Unsere Begegnung sollte also der Person und nicht der Adipositas gelten. Neben den anthropometrischen, medizinischen oder biologischen Daten sollten wir uns auch für ihre Lebensumstände, ihre Werte, ihre Emotionen und ihre Wahrnehmung der Krankheit interessieren.

Der/die Ernährungsberater/in unterstützt die Gewohnheits- und Verhaltensänderungen und die Änderungen des Lebensstils, ihre Rolle ist aber auch, den Personen zu helfen, zu ihrer Selbstfürsorge zu finden, und sie mit Wohlwollen und Authentizität zu begleiten, ohne die Situation weder zu verharmlosen noch zu dramatisieren. Ratsschläge, Hinweise und Lösungsvorschläge geben, ist bei weitem nicht genug. Wissen und Bildung alleine genügen nicht, dass jemand sich ändert. Die therapeutische Allianz ist äusserst wichtig. Indem wir als Fachpersonen eine positive Einstellung zu unserem Gegenüber haben, können unsere Haltung und unsere Äusserungen innerhalb unseres beruflichen Umfelds helfen, die Sicht und die Stereotype zu ändern sowie dazu beizutragen, die Stigmatisierung zu verringern, unter der Menschen mit Übergewicht leiden.

Wie sehen wir Menschen mit Übergewicht? Wie sehen wir Menschen mit Adipositas? Die Forschungen von Rebecca Puhl

haben gezeigt, dass auch unter den Pflegenden Vorurteile an der Tagesordnung sind, auch im Beruf des/der Ernährungsberater/in. Deshalb müssten alle Pflegenden sensibilisiert werden und die Lebenserfahrungen der Personen mit Adipositas verstehen.

Hier zwei sehr zugängliche Bücher [**Anmerkung der Redaktion: beide Bücher sind nur in Französisch verfügbar**] über das Leben von Frauen mit Adipositas. Die Aussagen sind berührend, authentisch und manchmal brutal.



Gabrielle DEYDIER  
146 Seiten  
Verlag: Goutte d'Or  
Erscheinungsdatum: Juni 2017  
[nur in Französisch]  
EAN: 9 791 096 906 031  
Preis: CHF 25.50

## Schonungsloser Erlebnisbericht

«Was die Leute so stört, ist mein Gewicht: 150 kg bei 1,53 m. Nachdem ich über Jahre verachtet wurde, beschloss ich, zu schreiben, damit ich mich nicht mehr für meine Existenz entschuldigen musste. So ist diese journalistische Recherche ins Leben gerufen worden, in der ich meinen Tabus und meiner Vergangenheit begegne und die Art zerstöre, wie die Gesellschaft-Fachpersonen für Adipositaschirurgie, Frauenmagazine, Angestellte – Dicke behandelt.»

Die Autorin prangert die heftigen Reaktionen auf ihr Übergewicht an – insbesondere im medizinischen Bereich, aber auch vonseiten nahestehender Personen. Sie zeichnet ein brutales Bild, das die Gesellschaft widerspiegelt: «Ich bin nicht unglücklich, weil ich dick bin. Ich bin dick, weil ich unglücklich bin.»

Sie spricht von der unmenschlichen Behandlung, die ihr seitens medizinischer Fachpersonen widerfährt, die sie herablassend behandeln und die systematisch auf ihr Gewicht hinweisen. «Was mich neben dem physischen Unwohlsein und dem Unvermögen, mein Gewicht zu kontrollieren, am meisten schmerzt, sind die Worte, die Blicke, die Schikanen, die Verachtung, die Stigmatisierung, die Schuldzuweisung, die Gleichgültigkeit, die Grausamkeit.»



Daria MARX et Eva PEREZ-BELLO  
128 Seiten  
Verlag: J'ai lu.  
Erscheinungsdatum: Mai 2018  
[nur in Französisch]  
EAN: 9 782 290 166 383  
Preis: CHF 8.70

## Chronik einer normalen Diskriminierung: Dickenfeindlichkeit

«Sich über Dicke lustig machen, ist nicht so schlimm – schliesslich müssen sie ja nur abnehmen, das ist nur eine Frage des Willens...»

Dieses Buch fördert die Vorurteile gegen die Dicken zutage und die Verhaltensweisen, die diese in der Gesellschaft und den Medien bewirken. Die beiden Autorinnen erklären die Dickenfeindlichkeit zu einem systemischen Phänomen, dessen Träger die Medien und die Bilderwelt sind.

Der Text ist leicht verständlich und manifestiert einen Humor, der Adipositas nicht entschuldigt, jedoch die Notwendigkeit aufzeigt, die Diskriminierungen beim Namen zu nennen, damit diese bekämpft werden können, und er verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Gewicht und sozialer Ausgrenzung. Das Buch ist in Beispiele gegliedert und legt zahlreiche Er-

fahrungsberichte und Zitate von Personen mit Übergewicht als Einschübe vor, um die jeweiligen Punkte weiter zu veranschaulichen. Das Ziel ist, zu informieren, zu erklären und so die Klischees, die die Dicken verfolgen, abzubauen, um die nötigen Grundlagen für ein kollektives Bewusstsein und einen Einstellungswandel zu schaffen.

«*Einmal habe ich die Bemerkungen zu meinem Gewicht in 24 Stunden gezählt. Bei 16 habe ich aufgehört.*»

Amandine, 34 Jahre alt, Seite 59

«*Pflegende, behandelt uns wie Menschen und nicht wie kranke Haufen. Vergesst die*

Konzepte der Humanitudo, der zuwendungsorientierten Pflege und des Wohlwollens nicht, die ihr am Anfang eurer Ausbildung mit auf den Weg bekommen habt. Rüstet euch richtig aus, damit ihr euch um uns kümmern könnt. Wir möchten euch daran erinnern, dass wir 20 % der Bevölkerung ausmachen.» S. 120

Die vielen Diskriminierungen, denen Personen mit Adipositas zum Opfer fallen, tragen zu den negativen Konsequenzen dieser Krankheit bei. Aktives Handeln gegen Diskriminierung ist also unerlässlich, um die Effizienz der Behandlungen zu unterstützen und die Lebensqualität unserer Patienten zu verbessern.

## En tant que soignant-e, que connaissons-nous réellement du vécu de nos patient-e-s présentant une obésité?



Véronique Di Vetta, MSc  
Diététicienne ASDD  
veronique.divetta@chuv.ch

Le/la patient-e est d'abord une personne dont le vécu et les expériences avec cette maladie chronique méritent d'être explorées. En tant que soignant-e-s, soyons curieux pour comprendre le patient dans sa réalité et l'aider à donner un sens au projet de soins. Allons à la rencontre de la personne et non de l'obèse: au-delà des données anthropométriques, médicales ou biologiques, intéressons-nous également à ses conditions de vie, ses valeurs, ses émotions et sa perception de sa maladie!

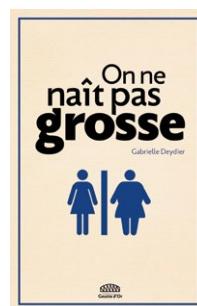
Le/la diététicien-ne soutient les changements d'habitudes, de comportements et d'hygiène de vie mais son rôle est aussi d'aider ces personnes à prendre soin d'elles-mêmes, de les accompagner avec

bienveillance et authenticité sans banaliser ni dramatiser la situation. Donner des conseils, des pistes et des solutions n'est de loin pas suffisant: le savoir et la connaissance seuls ne permettent pas de changer. L'alliance thérapeutique est essentielle. En considérant positivement la personne en face de nous, nos attitudes et nos propos dans notre milieu professionnel peuvent aider à faire changer les regards et les stéréotypes et ainsi participer à diminuer la stigmatisation dont souffrent les personnes en surpoids.

Quels regards portons-nous sur les personnes en surpoids? et les personnes présentant une obésité? Les recherches de Rebecca Puhl ont montré que les soignants ne sont pas exempts de jugements, y compris dans la profession de diététicien-ne. C'est pourquoi tous les soignant-e-s devraient être sensibilisés et comprendre l'expérience de vie des personnes obèses.

Voici deux ouvrages très accessibles présentant la réalité de femmes souffrant

d'obésité. Les témoignages sont touchants, authentiques et parfois violents.



Gabrielle DEYDIER  
146 pages  
Editions: Goutte d'Or  
Parution: juin 2017  
EAN: 9 791 096 906 031  
Prix: CHF 25.50

### Témoignage coup de poing sans complaisance

«Ce qui gêne tant de gens, c'est mon poids: 150 kg pour 1,53 m. Après avoir été méprisée

*pendant des années, j'ai décidé d'écrire pour ne plus m'excuser d'exister. De là est née cette enquête journalistique dans laquelle j'affronte mes tabous et mon passé, et où je décortique le traitement que la société – professionnels adeptes de la chirurgie de l'obésité, magazines féminins, employeurs – réserve aujourd'hui aux grosses..»*

L'auteure dénonce la violence des réactions des autres, du monde médical en particulier mais aussi des proches, face au surpoids; la violence de l'image que la société renvoie et selon laquelle «*Je ne suis pas malheureuse parce que je suis grosse. Je suis grosse parce que je suis malheureuse.*» Elle parle du traitement inhumain qu'elle subit de la part du monde médical, qui la traite avec condescendance et fait systématiquement référence à son poids. «*Au-delà du mal-être physique, au-delà de l'impuissance à gérer le poids, ce qui fait le plus mal ce sont les mots, les regards, les bri-mades, le mépris, la stigmatisation, la culpabilisation, l'indifférence, la cruauté.*»

### **Chronique d'une discrimination ordinaire: la grossophobie**

*«Se moquer des gros, ce n'est pas si grave, après tout ils n'ont qu'à maigrir, c'est juste une question de volonté...»*



Daria MARX et Eva PEREZ-BELLO

128 pages

Editeur: J'ai lu.

Parution: mai 2018

EAN: 9 782 290 166 383

Prix: CHF 8.70

Cet ouvrage met en évidence des préjugés sur les gros et les comportements qu'ils entraînent dans la société et dans le monde médical. Les deux auteurs expliquent la grossophobie en tant que phénomène systémique dont les médias et le monde de l'image sont porteurs.

Le texte est très accessible, empreint d'humour qui ne fait pas l'apologie de l'obésité mais montre la nécessité de nommer les discriminations pour les combattre et illustre le lien entre le poids et les injonc-

tions sociales. Il est structuré en exemples et présente de nombreux encarts de témoignages et citations de personnes en surpoids pour illustrer le propos. Cet ouvrage a pour but d'informer, d'expliquer et de déconstruire les clichés qui entourent les gros pour poser les bases nécessaires à une prise de conscience collective et au changement de mentalités.

*«Un jour j'ai compté le nombre de remarques vis-à-vis de mon poids en 24 heures. Quand je suis arrivée à 16, j'ai arrêté.»*  
*Amandine, 34 ans, p. 59*

*«Soignants, traitez-nous comme des êtres humains et non comme un paquet de pathologies. N'oubliez pas les concepts d'humanité et de bienveillance que l'on vous apprend au début de vos études. Equipez-vous correctement pour nous prendre en charge. Nous vous rappelons que nous sommes 20% de la population...»* p. 120

Les nombreuses discriminations dont sont victimes les personnes souffrant d'obésité participent aux conséquences négatives de cette maladie. Agir activement contre ces discriminations est donc indispensable pour soutenir l'efficacité des traitements et améliorer la qualité de vie de nos patients.

## **Come assistenti di cura, cosa sappiamo realmente del vissuto dei nostri pazienti affetti da obesità?**



**Véronique Di Vetta, MSc**

Dietista ASDD

veronique.divetta@chuv.ch

Il paziente è innanzi tutto una persona, il cui vissuto e la cui esperienza di questa patologia cronica meritano di essere ap-

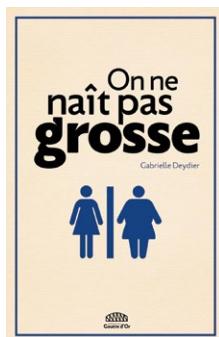
profonditi. Come assistenti di cura, dobbiamo essere animati dalla curiosità di conoscere la realtà del paziente e di aiutarlo a dare un senso al progetto terapeutico. Dobbiamo cercare di conoscere la persona, non l'obeso: al di là dei dati antropometrici, medici o biologici, dobbiamo interessarci anche alle sue condizioni di vita, ai suoi valori, alle sue emozioni e alla sua percezione della malattia!

Il/la dietista cerca di indurre i pazienti a cambiare abitudini, comportamenti e stile di vita, ma il suo ruolo è anche quello di aiutare queste persone a prendersi cura di se stesse, accompagnarle nel loro percorso con disponibilità e sincerità senza banalizzare né drammatizzare la loro situazione. Offrire consigli, orientamenti e soluzioni non è minimamente sufficiente: le competenze e le conoscenze da sole non bastano

a garantire un cambiamento. L'alleanza terapeutica è fondamentale. Se guardiamo alla persona che abbiamo di fronte apprezzandola, il nostro approccio professionale può contribuire a cambiare il modo di vedere e a combattere gli stereotipi che accompagnano le persone obese facendo sì che non si sentano meno stigmatizzate.

Con quale sguardo osserviamo le persone in sovrappeso? E le persone obese? Le ricerche di Rebecca Puhl hanno dimostrato che il personale curante, dietisti compresi, non sono esenti da giudizi. Ecco perché bisognerebbe sensibilizzare tutti gli assistenti di cura e far comprendere loro l'esperienza di vita delle persone obese.

Queste sono due opere molto accessibili che presentano la realtà delle donne con problemi di obesità **[N.d.R.: entrambi i libri sono disponibili solo in francese]**. Le testimonianze sono toccanti, autentiche e a volte violente.



Gabrielle DEYDIER

146 pagine

Edizioni: Goutte d'Or

Data di pubblicazione: giugno 2017

[disponibile solo in francese]

EAN: 9 791 096 906 031

Prezzo: CHF 25.50

### Una testimonianza forte senza compiacimento

«Quello che imbarazza molte persone è il mio peso: 150 kg per 1,53 m. Dopo essere stata disprezzata per anni, ho deciso di scrivere per non dovermi più scusare di esistere. Da

*qui è nata questa inchiesta giornalistica nella quale affronto i miei tabù e il mio passato, e nella quale sviscero il trattamento che la società – specialisti della chirurgia dell'obesità, riviste femminili, datori di lavoro – riservano oggi alle donne grasse.»*

L'autrice denuncia la violenza delle reazioni degli altri – del mondo della medicina in particolare, ma anche delle persone a lei vicine – di fronte al sovrappeso, la violenza dell'immagine trasmessa dalla società e secondo la quale «*Non sono infelice perché sono grassa. Sono grassa perché sono infelice.*»

Gabrielle parla del trattamento disumano che subisce da parte dei medici, che si rivolgono a lei con condiscendenza e fanno sistematicamente riferimento al suo peso. «*Al di là del malessere fisico, al di là dell'impotenza nel gestire il peso, ciò che fa più male sono le parole, gli sguardi, le angherie, il disprezzo, la stigmatizzazione, la colpevolizzazione, l'indifferenza, la crudeltà.*»



Daria MARX e Eva PEREZ-BELLO

128 pagine

Edizioni: J'ai lu

Data di pubblicazione: maggio 2018

[disponibile solo in francese]

EAN: 9 782 290 166 383

Prezzo: CHF 8.70

### Cronaca di una discriminazione ordinaria: la grassofobia

«Prendersi gioco dei grassi non è così grave; dopo tutto, devono solo dimagrire, è solo questione di volontà...»

Questa opera mette in evidenza i pregiudizi sulle persone grasse e i comportamenti che questi pregiudizi scatenano nella società e nella comunità medica. Le due autrici spiegano la grassofobia come fenomeno sistematico veicolato dai media e dal mondo delle immagini.

Il testo è molto accessibile, intriso di un senso dell'umorismo che non fa l'apologia dell'obesità ma mostra l'esigenza di chiamare le discriminazioni con il loro nome per combatterle, e chiarisce il rapporto esistente tra il peso e i condizionamenti sociali. È strutturato in esempi e per centrare meglio il tema utilizza numerosi inserti in cui sono riportate testimonianze e citazioni di persone in sovrappeso. Questa opera si propone di informare, spiegare e demolire i cliché costruiti intorno alle persone grasse per porre le basi di una presa di coscienza collettiva e di cambio di mentalità.

«*Un giorno ho voluto contare il numero di commenti rivolti al mio peso in 24 ore. Quando sono arrivata a 16, ho smesso.*»  
*Amandine, 34 anni p. 59*

«*Assistenti di cura, trattateci come esseri umani e non come un concentrato di patologie. Non dimenticate i concetti di umanità e comprensione che avete appreso all'inizio dei vostri studi. Dotatevi di tutti gli strumenti corretti per prenderci in carico. Vi ricordiamo che rappresentiamo il 20% della popolazione...*»  
*p. 120*

Le numerose discriminazioni di cui sono vittima le persone obese non fanno che aumentare le conseguenze negative di questa patologia. Agire attivamente contro queste discriminazioni è quindi indispensabile per favorire l'efficacia dei trattamenti e migliorare la qualità di vita dei nostri pazienti.

# Sichere Kommunikation und mehr

Als ErnährungsberaterIn ist es für Sie eine Selbstverständlichkeit, Patientendaten aktiv zu schützen. Doch in unserer zunehmend vernetzten Welt ist das nicht immer einfach. Der SVDE und HIN verfolgen gemeinsam das Ziel, sensible Daten auch digital zu schützen. Von dieser Partnerschaft profitieren Sie als Mitglied ganz direkt. Ganz einfach – und dank dem HIN Diets Abo zum Vorzugspreis!

Ein Arzt weist Ihnen eine Patientin zu. Sie haben eine Nachfrage an ihn. Jedoch ist er telefonisch gerade nicht erreichbar, die Briefpost zu langsam, und eine normale E-Mail zu schreiben verbietet sich aus Datenschutzgründen. Da kommt HIN zum Zug, die einfache Lösung für sichere Kommunikation im Gesundheitswesen.

HIN Mitglieder übermitteln sensible Daten verschlüsselt – auch an Empfänger ohne eigenen HIN Anschluss. Der Datenschutz bleibt gewahrt, die gesetzlichen Vorgaben werden erfüllt. Und ein HIN Anschluss kann noch mehr:

## Diese Vorteile bietet Ihnen eine HIN Mitgliedschaft



Sichere Kommunikation durch verschlüsselte E-Mails an Empfänger mit und ohne HIN Anschluss



Sicheren Zugriff auf zahlreiche HIN geschützte Anwendungen und auch auf das EPD (mit Ihrer HIN Identität)



Sichere Zusammenarbeit im Mitgliederbereich, z.B. Dokumente geschützt ablegen und gemeinsam bearbeiten

HIN ist im Schweizer Gesundheitswesen seit 1996 der Standard für sichere Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegenden, Therapeuten und Versicherungen. Zusammen mit dem SVDE hat HIN das bevorzugte HIN Diets Abo entwickelt – exklusiv für Sie als Mitglied.

### Jetzt anschliessen!

Weitere Informationen und Bestellung:

[www.hin.ch/diets](http://www.hin.ch/diets)

### Interview mit I. Hürlimann-Grüter



«Ein sorgsamer Umgang mit den sensiblen Daten meiner Patientinnen und Patienten ist für mich essentiell!»

#### HIN: Frau Hürlimann-Grüter, was bedeutet für Sie Sicherheit und Datenschutz?

Datenschutz ist für mich eine Verantwortung, die ich privat und vor allem beruflich einzuhalten habe, damit persönliche Daten sicher sind und nicht in unbefugte Hände geraten.

#### Weshalb haben Sie sich für das HIN Diets Abo entschieden?

Als freiberufliche Ernährungsberaterin habe ich einerseits eine rechtliche, und auch eine moralische Verpflichtung zum sicheren Umgang mit sensiblen Daten. Die Wahl einer Datenschutzlösung setzt Vertrauen in die entsprechende Firma voraus. Entscheidend war für mich die Seriosität von HIN und die Empfehlung des SVDE.

#### Was bedeutete für Sie die Umstellung?

Die Umstellung auf HIN war ganz einfach. Der Aufwand war klein, die Installation simpel. Meine Erfahrungen mit HIN sind wirklich sehr gut – ich habe einen Ansprechpartner in der Schweiz, der mir bei Fragen immer zur Seite steht. Neu habe ich sogar die Endpoint Lösung von HIN, damit auch meine Systeme von den Bedrohungen aus dem Internet geschützt sind.

Ingrid Hürlimann-Grüter ist Inhaberin der ernährungspychologischen Praxis «unbeschwert» in Thun

# Essenszeiten und ihre Auswirkungen auf das Gewicht und die metabolische Gesundheit



**Sophie  
Bucher Della Torre, PhD**  
Ernährungsberaterin SVDE  
sophie.bucher@hesge.ch

Der Mensch wird von inneren Rhythmen bestimmt, den sogenannten circadianen Rhythmen. Diese Rhythmen dauern ungefähr 24 Stunden und beeinflussen zahlreiche Körperfunktionen wie den Blutdruck oder die Regulierung der Körpertemperatur. Entstanden sind sie mit der Evolution, die es dem Menschen ermöglichte, sich dem regelmässigen Wechselspiel zwischen Schlafperioden, die im Allgemeinen mit der Fastenzeit zusammenfallen, und Wachperioden, die normalerweise mit der Nahrungssuche und -aufnahme in Verbindung stehen, anzupassen (1). Die Verdauung, die Nährstoffaufnahme und die Verstoffwechslung hängen von den circadianen Rhythmen ab. Während der Nacht zum Beispiel verlangsamt sich die Magenentleerung (2) und der Kohlenhydrat- und der Fettstoffwechsel verändern sich (3). Die von Al-Naimi et al. durchgeföhrte Studie belegt, dass Mahlzeiten mit derselben Menge an Kohlenhydraten unterschiedliche Auswirkungen hatten, je nachdem, ob sie während des Tages eingenommen wurden oder in der Nacht: So war zum Beispiel der Blutzucker in der Nacht höher als am Tag (4).

Diese Beobachtungen führten dazu, dass man sich Gedanken dazu machte, inwiefern die Verteilung der Nahrungsaufnahme das Gewichtsmanagement und die metabolische Gesundheit beeinflussen. Hat dieselbe Menge an Kalorien einen unterschiedlichen Einfluss, je nachdem, um welche Zeit sie aufgenommen wird?

In der Tat konnte mit der Interventionsstudie von Jakubowicz et al. abhängig von der Tageszeit eine unterschiedliche Energie-

verteilung und damit ein unterschiedlicher Einfluss auf die Gewichtsabnahme festgestellt werden (5). Während 12 Wochen nahmen 93 Frauen mit Adipositas täglich 1400 kcal gemäss zwei unterschiedlichen Schemata zu sich. Die Gruppe «Frühstück» nahm 700 kcal zum Frühstück, 500 kcal zum Mittagessen und 200 kcal zum Abendessen ein. Für die Gruppe «Abendessen» war die Verteilung umgekehrt, also 200 kcal, 500 kcal und 700 kcal. Die Autorinnen und Autoren zeigten auf, dass die Teilnehmerinnen der Gruppe «Frühstück» trotz identischer Kalorienzufuhr deutlich mehr Gewicht verloren ( $-8,7 \pm 1,4$  kg vs.  $-3,6 \pm 1,5$  kg). Andere Studien, die in einem 2019 veröffentlichten narrativen Review zusammengefasst wurden, zeigten, dass sich vornehmlich zu Beginn statt am Ende des Tages eingenommene Nahrung für die Gewichtserhaltung oder -abnahme als vorteilhaft erweist (6)

Ein anderer Ansatz besteht im «Time restricted feeding» (TRF), einer Art Intervallfasten, bei dem das Zeitfenster für die Energieaufnahme verkleinert wird. Die Heterogenität der in den Studien angewandten Methoden verkompliziert die Wirkungsbewertung des TRF auf die Gewichtsabnahme und die metabolische Gesundheit. Gemäss Studienprotokollen dürfen die Teilnehmenden während 4 bis 12 Stunden pro 24 Stunden essen, und zwar zu Tagesbeginn (early TRF oder eTRF) oder vom Mittag an, jeweils bis am Abend. Diese letzte Verteilung entspricht jedoch nicht den neuen Studienbelegen im Zusammenhang mit den circadianen Rhythmen. Erfolglos wurde sie in einer Studie an 112 Patientinnen und Patienten mit Übergewicht getestet, die entweder die Anweisung erhalten hatten, 3 Mahlzeiten pro Tag zu sich zu nehmen oder nur zwischen 12 und 20 Uhr zu essen (7). Nach 12 Wochen hatten die Personen beider Gruppen zwischen 500 g und 1 kg verloren, aber der Unterschied zwischen den beiden Gruppen war statistisch nicht signifikant. Obwohl

die Studien an Nagetieren im Allgemeinen eine grosse Wirksamkeit des TRF auf die Gewichtsabnahme aufwiesen, offenbarten sich die Studien am Menschen als kontrastreicher. Am Menschen zeigen Studien, in denen die Zeiten für die Nahrungsaufnahme stark gekürzt wurden, wenig Wirkung auf die Gewichtsabnahme, jedoch scheint es bei jenen, bei denen das Essen während max. 12 Stunden erlaubt ist, einen Zusammenhang mit der Gewichtsabnahme zu geben; diese ist zwar gering, aber dafür in allen Studien gleichermaßen vorhanden (8). Zum Beispiel zeigt eine Cross-over-Studie an 29 jungen normalgewichtigen Männern eine massgebliche Reduktion der Energiezufuhr (total  $2420 \pm 769$  kcal/Tag) und des Gewichts ( $-0,4 \pm 1,1$  kg), wenn die Teilnehmer nur zwischen 6 und 19 Uhr (während 2 Wochen) essen, gegenüber der Periode mit frei wählbaren Essenszeiten (total Energiezufuhr  $2664 \pm 742$  kcal/Tag und + 0,6 kg) (9).

Das TRF hat ebenfalls positive metabolische Wirkungen gezeigt, insbesondere auf die Blutzuckerregulation und den Lipidstoffwechsel (8, 10, 11). Eine Frage bleibt: Ist die metabolische Wirkung des TRF dem Gewichtsverlust geschuldet oder ist sie an den Ernährungszeitplan gebunden? In einem randomisierten klinischen Cross-over-Versuch [12] assen Männer mit einem Prädiabetes während 5 Wochen zwischen 9 und 15 Uhr (early-TRF) und während weiteren 5 Wochen frei in einem Zeitfenster von 12 Stunden. Während der 10 Wochen blieb ihr Gewicht stabil. Während der «early-TRF»-Phase haben sich Insulinempfindlichkeit, B-Zellen-Antwort, Blutdruck und oxidativer Stress im Vergleich zur Kontrollphase verbessert. Dies beweist, dass die metabolische Wirkung des TRF nicht von der Gewichtsabnahme abhängig zu sein scheint.

Es scheint wichtig, zusätzlich zur Wahl der Lebensmittel, dem Umgang mit Verzehrmengen und ganz allgemein dem Verhält-

nis zur Ernährung, das Timing und die Verteilung der Einnahme der Mahlzeiten als Parameter für ein gesundes Gewichtsmanagement und eine gute metabolische Gesundheit zu berücksichtigen. Für gewisse Patientinnen und Patienten kann sich das

TRF eignen, entscheidend bleibt aber nach wie vor der individuelle Ansatz. Bald könnte also der Chronotyp – benannt nach der individuellen Präferenz für morgendliche oder abendliche Aktivitäten («Frühaufstehende» oder «Nachteulen») – ebenfalls in

die Wahl der Ernährungsintervention mit-einbezogen werden, wie es kürzlich in einer spanischen Studie vorgeschlagen wurde (13).

*Literaturverzeichnis siehe Seite 30*

## Timing des prises alimentaires: impact sur le poids et la santé métabolique



**Sophie  
Bucher Della Torre, PhD**  
Diététicienne ASDD  
sophie.bucher@hesge.ch

L'être humain est régi par des rythmes internes appelés rythmes circadiens. Ces rythmes d'une durée d'environ 24 h sont issus de l'adaptation de l'être humain à l'alternance régulière des périodes de sommeil, qui coïncident en général avec une période de jeûne, et des périodes de veille, habituellement associées à la recherche et à la consommation de nourriture (1). Ainsi, la digestion, l'absorption et la métabolisation des nutriments dépendent de rythmes circadiens. Durant la nuit, la vidange gastrique est par exemple ralentie (2) et le métabolisme des glucides et des lipides est modifié (3). L'étude menée par Al-Naimi et al. a montré que des repas apportant la même quantité de glucides avaient un impact différent selon qu'ils étaient consommés durant la journée ou la nuit: la glycémie était par exemple plus haute durant la nuit que pendant la journée (4).

Ces observations ont mené à s'interroger sur l'impact de la répartition des prises alimentaires sur la gestion du poids et la santé métabolique. La même quantité de calories influencerait-t-elle différemment le poids selon l'heure de la consommation? L'étude d'intervention de Jakubowicz et al.

a évalué l'effet d'une répartition différenciée de l'énergie durant la journée sur la perte de poids (5). Durant 12 semaines, 93 femmes souffrant de surpoids ou d'obésité ont consommé quotidiennement 1400 kcal réparties selon deux schémas. Le groupe «Petit déjeuner» consommait 700 kcal au petit déjeuner, 500 kcal au repas de midi et 200 kcal au repas du soir. Pour le groupe «Souper», ces proportions étaient respectivement de 200 kcal, 500 kcal et 700 kcal. Les auteurs ont montré que, malgré une ration calorique identique, les participants du groupe «petit déjeuner» avaient perdu significativement plus de poids ( $-8,7 \pm 1,4$  kg vs  $-3,6 \pm 1,5$  kg). D'autres études synthétisées dans une revue narrative publiée en 2019 ont montré l'intérêt, pour le maintien ou la perte de poids, de répartir les apports alimentaires plutôt en début qu'en fin de journée (6).

Une autre approche consiste à réduire la fenêtre de temps durant laquelle la consommation énergétique est autorisée, il s'agit du «Time restricted feeding» (TRF), une modalité de jeûne intermittent. Les méthodes très hétérogènes des études compliquent l'évaluation de l'impact du TRF sur la perte de poids et la santé métabolique. Selon les protocoles, les participants sont autorisés à manger durant 4 à 12 h par 24 h et cette période est située en début de journée (early TRF ou eTRF) ou dès la mi-journée et jusqu'en soirée. Cette dernière répartition ne correspond cependant pas aux nouvelles preuves en lien avec les rythmes circadiens. Elle a été tes-

tée sans succès dans une étude portant sur 112 patients en excès de poids ayant reçu la consigne de consommer 3 repas par jour ou de ne manger qu'entre 12 h et 20 h (7). Après 12 semaines, les 2 groupes avaient perdu entre 500 g et 1 kg, mais la différence entre les groupes n'était pas statistiquement significative. D'une manière générale, alors que les études sur les rongeurs ont montré une grande efficacité du TRF sur la perte de poids, les études chez les humains se sont révélées plus contrastées. Chez les humains, les études avec des durées très réduites de prises alimentaires montrent peu d'effet sur la perte de poids, alors que celles autorisant à manger sur une durée de 12 h au maximum semblent associées avec une perte de poids, certes modeste, mais consistante entre les études (8). Par exemple, une étude de type «cross-over» réalisée chez 29 jeunes hommes de poids sain a montré une réduction significative des apports énergétiques (apport énergétique total de  $2420 \pm 769$  kcal/j) et du poids ( $-0,4 \pm 1,1$  kg) lorsque les participants ne mangeaient qu'entre 6 h et 19 h (2 semaines) par rapport à la période d'alimentation libre (apport énergétique total de  $2664 \pm 742$  kcal/j et + 0,6 kg) (9).

Le TRF a également démontré des effets métaboliques bénéfiques, en particulier sur la glycorégulation et le métabolisme lipidique (8, 10, 11). Une question reste d'actualité: l'effet métabolique du TRF est-il dû à la perte de poids, ou est-il lié à l'horaire de consommation? Dans un essai clinique

randomisé en cross-over (12), des hommes avec un pré-diabète ont mangé durant 5 semaines entre 9 h et 15 h («early-TRF») et librement sur une fenêtre de 12 heures durant 5 autres semaines. Leur poids est resté stable durant les 10 semaines. Dans la condition «early-TRF», la sensibilité à l'insuline, la réponse des cellules B, la pression artérielle et le stress oxydatif ont été amélioré, comparé à la condition contrôle, démontrant que les effets métaboliques du TRF semblent indépendant de la perte de poids.

Le timing et la répartition des prises alimentaires sont des paramètres qu'il semble important de prendre en compte pour une saine gestion du poids et une bonne santé métabolique, en addition des choix alimentaires, de la gestion des quantités consommées et plus généralement de la relation à l'alimentation. Le TRF pour-

rait convenir à certains patients, mais une approche individuelle reste essentielle. Prochainement, le chronotype, défini comme la préférence individuelle pour des activités plus matinales ou du soir («lèvè-tôt» ou «couche-tard»), pourrait également être intégré dans le choix de l'intervention nutritionnelle comme proposé récemment dans une étude espagnole (13).

#### Bibliographie

1. Bass, J.; Takahashi, J.S. Circadian integration of metabolism and energetics. *Science* 2010, **330**, 1349–1354.
2. Goo, R.H.; Moore, J.G.; Greenberg, E.; Alazraki, N.P. Circadian variation in gastric emptying of meals in humans. *Gastroenterology* 1987, **93**, 515–518.
3. Stenvinkel, D.J.; Jonkers, C.F.; Fliers, E.; Bisschop, P.H.; Kalsbeek, A. Nutrition and the circadian timing system. *Prog Brain Res* 2012, **199**, 359–376.
4. Al-Naimi, S.; Hampton, S.M.; Richard, P.; Tzung, C.; Morgan, L.M. Postprandial metabolic profiles following meals and snacks eaten during simulated night and day shift work. *Chronobiol Int* 2004, **21**, 937–947.
5. Jakubowicz, D.; Barnea, M.; Wainstein, J.; Froy, O. High caloric intake at breakfast vs. dinner differentially influences weight loss of overweight and obese women. *Obesity (Silver Spring)* 2013, **21**, 2504–2512.
6. Paoli, A.; Tinsley, G.; Bianco, A.; Moro, T. The Influence of Meal Frequency and Timing on Health in Humans: The Role of Fasting. *Nutrients* 2019, **11**.
7. Lowe, D.A.; Wu, N.; Rohdin-Bibby, L.; Moore, A.H.; Kelly, N.; Liu, Y.E., et al. Effects of Time-Restricted Eating on Weight Loss and Other Metabolic Parameters in Women and Men With Overweight and Obesity: The TREAT Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2020.
8. Rothschild, J.; Hoddy, K.K.; Jambazian, P.; Varady, K.A. Time-restricted feeding and risk of metabolic disease: a review of human and animal studies. *Nutr Rev* 2014, **72**, 308–318.
9. LeCheminant, J.D.; Christenson, E.; Bailey, B.W.; Tucker, L.A. Restricting night-time eating reduces daily energy intake in healthy young men: a short-term cross-over study. *Br J Nutr* 2013, **110**, 2108–2113.
10. Chaix, A.; Manoogian, E.N.C.; Melkani, G.C.; Panda, S. Time-Restricted Eating to Prevent and Manage Chronic Metabolic Diseases. *Annu Rev Nutr* 2019, **39**, 291–315.
11. Pureza, I.; Macena, M.L.; da Silva Junior, A.E.; Praxedes, D.R.S.; Vasconcelos, L.G.L.; Bueno, N.B. Effect of early time-restricted feeding on the metabolic profile of adults with excess weight: A systematic review with meta-analysis. *Clin Nutr* 2020.
12. Sutton, E.F.; Beyl, R.; Early, K.S.; Cefalu, W.T.; Ravussin, E.; Peterson, C.M. Early Time-Restricted Feeding Improves Insulin Sensitivity, Blood Pressure, and Oxidative Stress Even without Weight Loss in Men with Prediabetes. *Cell Metab* 2018, **27**, 1212–1221 e 1213.
13. Galindo Munoz, J.S.; Gomez Gallego, M.; Diaz Soler, I.; Barbera Ortega, M.C.; Martinez Caceres, C.M.; Hernandez Morante, J.J. Effect of a chronotype-adjusted diet on weight loss effectiveness: A randomized clinical trial. *Clin Nutr* 2020, **39**, 1041–1048.



*Frequency and Timing on Health in Humans: The Role of Fasting.* *Nutrients* 2019, **11**.

7. Lowe, D.A.; Wu, N.; Rohdin-Bibby, L.; Moore, A.H.; Kelly, N.; Liu, Y.E., et al. Effects of Time-Restricted Eating on Weight Loss and Other Metabolic Parameters in Women and Men With Overweight and Obesity: The TREAT Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2020.

8. Rothschild, J.; Hoddy, K.K.; Jambazian, P.; Varady, K.A. Time-restricted feeding and risk of metabolic disease: a review of human and animal studies. *Nutr Rev* 2014, **72**, 308–318.

9. LeCheminant, J.D.; Christenson, E.; Bailey, B.W.; Tucker, L.A. Restricting night-time eating reduces daily energy intake in healthy young men: a short-term cross-over study. *Br J Nutr* 2013, **110**, 2108–2113.

10. Chaix, A.; Manoogian, E.N.C.; Melkani, G.C.; Panda, S. Time-Restricted Eating to Prevent and Manage Chronic Metabolic Diseases. *Annu Rev Nutr* 2019, **39**, 291–315.

11. Pureza, I.; Macena, M.L.; da Silva Junior, A.E.; Praxedes, D.R.S.; Vasconcelos, L.G.L.; Bueno, N.B. Effect of early time-restricted feeding on the metabolic profile of adults with excess weight: A systematic review with meta-analysis. *Clin Nutr* 2020.

12. Sutton, E.F.; Beyl, R.; Early, K.S.; Cefalu, W.T.; Ravussin, E.; Peterson, C.M. Early Time-Restricted Feeding Improves Insulin Sensitivity, Blood Pressure, and Oxidative Stress Even without Weight Loss in Men with Prediabetes. *Cell Metab* 2018, **27**, 1212–1221 e 1213.

13. Galindo Munoz, J.S.; Gomez Gallego, M.; Diaz Soler, I.; Barbera Ortega, M.C.; Martinez Caceres, C.M.; Hernandez Morante, J.J. Effect of a chronotype-adjusted diet on weight loss effectiveness: A randomized clinical trial. *Clin Nutr* 2020, **39**, 1041–1048.

## Pour allier plaisir et bien-être.

Vous ou un membre de votre entourage souffrez d'une intolérance alimentaire? Coop vous propose un vaste choix de produits pour la pâtisserie spécialement conçus pour répondre à vos besoins, comme des farines et mélanges pour pains et gâteaux sans gluten.

Depuis plus de dix ans, Coop s'engage activement avec Free From pour faciliter la vie des personnes souffrant d'une intolérance alimentaire et leur permettre de se faire plaisir en toute sérénité. Et ce, grâce à plus de 500 produits qui conviennent aux personnes souffrant d'une intolérance.

Pour en savoir plus: [coop.ch/freefrom](http://coop.ch/freefrom)

**free  
from**

**coop**

Pour moi et pour toi.

# Timing dell'assunzione di alimenti: impatto sul peso e sulla salute metabolica



**Sophie  
Bucher Della Torre, PhD**  
Dietista ASDD  
sophie.bucher@hesge.ch

Gli esseri umani sono regolati da ritmi interni, chiamati ritmi circadiani. Questi, della durata di circa 24 ore, intervengono in numerosissime funzioni del nostro organismo. Sono il risultato dell'evoluzione che ha permesso agli esseri umani di adattarsi all'alternanza regolare dei periodi di sonno, generalmente coincidenti con intervalli di digiuno, e dei periodi di veglia, solitamente associati alla ricerca e al consumo di cibo. (1). Perciò, la digestione, l'assorbimento e la metabolizzazione degli alimenti dipendono dai ritmi circadiani. Durante la notte, per esempio, lo svuotamento gastrico è rallentato (2) e il metabolismo dei glucidi e dei lipidi è modificato (3). Lo studio condotto da Al-Naimi et al. ha mostrato che dei pasti con lo stesso apporto di glucidi avevano un impatto diverso a seconda che venissero consumati di giorno o di sera: la glicemia, per esempio, era più elevata durante la notte che non durante il giorno (4).

Sulla base di queste osservazioni, ci si chiede quindi quale sia l'impatto della ripartizione dell'assunzione di alimenti sulla gestione del peso e sulla salute metabolica. La stessa quantità di calorie influisce in modo diverso sul peso a seconda dell'ora dell'assunzione?

Lo studio interventistico di Jakubowicz et al. ha valutato l'effetto che una ripartizione differenziata dell'energia durante la giornata avrebbe sulla perdita di peso (5). Per 12 settimane, 93 donne in sovrappeso o obese hanno assunto quotidianamente 1400 kcal ripartite secondo due diversi schemi. Il gruppo «Prima colazione» assu-meva 700 kcal durante la prima colazione,

500 kcal durante il pranzo del mezzogiorno e 200 kcal durante la cena della sera. Per il gruppo «Cena», le proporzioni erano rispettivamente 200 kcal, 500 kcal e 700 kcal. Gli autori hanno mostrato che, malgrado un apporto calorico identico, le partecipanti del gruppo «Prima colazione» avevano perso significativamente più peso ( $-8,7 \pm 1,4$  kg vs  $-3,6 \pm 1,5$  kg). Altri studi sintetizzati in una revisione della letteratura pubblicata nel 2019 hanno mostrato l'importanza, ai fini del mantenimento o della perdita di peso, di ripartire in maggior misura gli apporti alimentari all'inizio piuttosto che alla fine della giornata (6).

Un altro approccio consiste nel ridurre la finestra temporale concessa per l'apporto energetico: si tratta del cosiddetto «Time restricted feeding» (TRF), una modalità di digiuno intermittente. I metodi di studio estremamente eterogenei complicano la valutazione dell'impatto del TRF sulla perdita di peso e sulla salute metabolica. A seconda dei protocolli, i partecipanti sono autorizzati a mangiare in un intervallo da 4 a 12 ore nelle 24 ore e questo intervallo è fissato all'inizio della giornata («early TRF», in sigla eTRF) oppure da metà giornata fino a sera. Quest'ultima ripartizione non corrisponde però alle nuove evidenze emerse in relazione ai ritmi circadiani ed è stata testata senza successo in uno studio condotto su 112 pazienti sovrappeso a cui era stato imposto di consumare tre pasti al giorno o di mangiare solo tra le 12.00 e le 20.00 (7). Dopo 12 settimane, i due gruppi avevano perso da 500 g a 1 kg di peso, ma la differenza tra i gruppi non era statisticamente significativa. Gli studi in cui la durata dell'assunzione di alimenti era estremamente ridotta evidenziano un scarso effetto sulla perdita di peso, mentre quelli in cui ai partecipanti era concesso mangiare durante un intervallo massimo di 12 ore sembrano associati a una perdita di peso certamente modesta ma uniforme tra gli studi (8). Per esempio, uno studio di tipo «cross-over» condotto su 29 giovani di sesso ma-

schile con peso normale ha mostrato una riduzione significativa dell'apporto energetico totale ( $2420 \pm 769$  kcal/g) e del peso ( $-0,4 \pm 1,1$  kg) quando i partecipanti mangiavano solo tra le 6.00 e le 19.00 (per 2 settimane) rispetto al periodo di alimentazione libera (apporto energetico totale:  $2664 \pm 742$  kcal/g; peso:  $+0,6$  kg) (9).

Il TRF ha evidenziato anche effetti metabolici benefici, in particolare sulla glicoregolazione e sul metabolismo lipidico (8, 10, 11). Resta ancora aperta una domanda: l'effetto metabolico del TRF è dovuto alla perdita ponderale o è legato all'orario di assunzione del cibo? In uno studio clinico randomizzato in cross-over (12), un gruppo di uomini prediabetici ha consumato i pasti per 5 settimane tra le 9.00 e le 15.00 (eTRF) e per altre 5 settimane liberamente in una finestra temporale di 12 ore. Nelle 10 settimane il loro peso si è mantenuto stabile. Nei pazienti sottoposti a eTRF, la sensibilità all'insulina, la risposta dei linfociti B, la pressione arteriosa e lo stress ossidativo sono migliorati rispetto ai controlli, a dimostrazione del fatto che gli effetti metabolici del TRF sembrano indipendenti dalla perdita ponderale.

Il timing e la ripartizione dell'assunzione di alimenti sembrano dunque parametri importanti da prendere in considerazione per una sana gestione del peso e una buona salute metabolica, oltre alle scelte alimentari, alla gestione delle quantità assunte e più in generale al rapporto con l'alimentazione. Il TRF potrebbe convenire a certi pazienti, ma è fondamentale seguire un approccio individuale. In un prossimo futuro, secondo quanto proposto recentemente da uno studio spagnolo, nella scelta dell'intervento nutrizionale potrebbe rientrare anche il cronotipo, definito come la preferenza individuale per attività più mattutine o serali (13).

*Bibliografia sulla pagina 30*

# Wie stark verlangsamt das Abnehmen den Stoffwechsel?



Maaike Kruseman, PhD  
Ernährungsberaterin SVDE  
maaike.kruseman@hesge.ch

Sicher erklären viele von uns unseren Patientinnen und Patientinnen, dass eine überproportionale Senkung ihres Ruheenergieumsatzes beim Abnehmen den Gewichtsverlust erschwere. Die Überlegung scheint logisch: Der Organismus versucht sich gegen einen «erzwungenen» Gewichtsverlust zu wehren und fährt den Stoffwechsel herunter, um das zu vermeiden, was er für die Gefahr einer Mangelernährung hält. Diese als «*Adaptive Thermogenese*» (AT) bezeichnete Erscheinung stützt sich auf Beobachtungen einer Gruppe Forschender um Ancel Keys.

Keys und sein Team entdeckten die AT im bekannten *Minnesota Starvation Experiment* (1). Die Studie verfolgte das Ziel, die Mangelernährung und insbesondere den erneuten Ernährungsaufbau im Nachkriegskontext besser zu verstehen. Darin zeigte sich, dass 36 gesunde junge Männer, nachdem sie 25% ihres normalen Körpergewichts verloren hatten, als Resultat einer schweren Mangelernährung, einen Ruheenergieumsatz (REE) aufwiesen, der fast 200 kcal unter dem gemäss ihrer Magermasse vorausgesagten Wert lag.

Jahrzehnte später schien die AT eine plausible Erklärung für das häufige Vorkommen erneuter Gewichtszunahme bei Personen mit Adipositas zu sein. Die Be-

rechnungsmethode ist seit Keys' Studie dieselbe geblieben:

## VOR dem Gewichtsverlust

1. Messung des REE und der Körperfzusammensetzung
2. Entwicklung einer Formel «nach Mass» für die Zielgruppe zur Vorhersage des REE (mit den Angaben aus Punkt 1)

## NACH dem Gewichtsverlust

3. Messung des REE und der Körperfzusammensetzung
4. Berechnung des «vorhergesagten» REE unter Anwendung der unter Punkt 2 entwickelten Formel
5. Vergleichen des REE nach dem Gewichtsverlust mit dem vorhergesagten REE

Dieses Vorgehen wurde in diversen Studien angewandt. Unklare Ergebnisse (2) wurden dabei stets mit individueller Variabilität erklärt; die AT hingegen wurde nur selten in Frage gestellt. Bis die Forscherin Anja Bosy-Westphal schliesslich zeigte, warum die AT sich nicht deutlich beobachten lässt: sie ist bei Personen, die an Adipositas litten und Gewicht verloren, nicht vorhanden (3, 4).

Die der AT zugrundeliegenden Überlegungen sind zwar korrekt, aber die Vorhersage ist es nicht. Sie schliesst bei der Ermittlung der Körperfzusammensetzung nämlich die Organmasse (Herz, Leber, Nieren etc.) nicht mit ein – dazu wäre eine (schwer zugängliche, kostspielige) DEXA-Messung notwendig. Obwohl die Organmasse nur einen sehr kleinen Teil der Magermasse ausmacht, ist ihr Energieverbrauch sehr hoch. Wer an Adipositas leidet, verliert bei

einer Gewichtsabnahme auch Organmasse: Das Herz, die Leber, die Nieren verlieren an Volumen. Diesen wenigen Grammen (bei einem Gewichtsverlust von 30 kg sind es ungefähr 500 g) ist ein «Energieumsatzverlust» von 130 kcal geschuldet. Während die prognostische Rechnung nur die «durchschnittliche» Magermasse berücksichtigt, wird der vorhergesagte REE verglichen mit der Realität überschätzt und die Differenz zwischen dem vorhergesagten und dem tatsächlichen Messwert fälschlicherweise der AT zugeschrieben.

Der REE ist bei Personen, die an Adipositas leiden, nach einem Gewichtsverlust zwar stark verringert, aber dies hängt nicht mit der AT zusammen. Dies ist weder ungewöhnlich noch «disproportional», es ist eine Tatsache, die berücksichtigt werden muss, wenn ein/e Patient/in die Absicht hat abzunehmen. Der Energiebedarf des Organismus ist nach einer Gewichtsabnahme wesentlich geringer als davor. Der bloße Erhalt von Muskelmasse kann den Verlust der Organmasse nicht immer kompensieren. Körperliche Aktivität und der (Wieder-)Aufbau einer gut ausgebildeten Muskulatur sind daher unabdinglich. Trotzdem ist eine angepasste Energiezufluss für den Erhalt einer Gewichtsreduktion von grundlegender Wichtigkeit. Das Geheimnis des Erfolgs liegt demnach in unserer Fähigkeit als Ernährungsberater/innen, die Balance zwischen einer realistischen Nährstoffzufuhr und einem für unsere Patientinnen und Patienten annehmbarem Körpergewicht zu finden.

Literaturverzeichnis siehe Seite 33

# Le métabolisme chute-t-il gravement lors de perte de poids?



**Maaike Kruseman, PhD**

Diététicienne ASDD  
maaike.kruseman@hesge.ch

Nous sommes sans doute nombreux-ses à expliquer à nos patient-e-s que la résistance à la perte de poids est liée à une baisse disproportionnée de leur dépense énergétique de repos. Le raisonnement semble logique: l'organisme se défend contre une perte de poids «forcée» et abaisse son métabolisme dans le but de lutter contre ce qu'il considère comme un risque de dénutrition. Ce phénomène, baptisé «*adaptive thermogenesis*» (AT), s'appuie sur les observations de l'équipe d'Ancel Keys.

Keys et son équipe ont identifié l'AT dans une étude célèbre, la *Minnesota Starvation Trial* (1). Destinée à mieux comprendre la dénutrition et surtout la renutrition dans un contexte d'après-guerre, cette étude incluant 36 jeunes hommes minces et en bonne santé a permis d'observer qu'après avoir perdu 25 % de leur poids, ceux-ci présentaient une dépense énergétique de repos (DER) de près de 200 kcal en dessous de la valeur prédictive d'après leur poids et leur masse maigre, résultat d'une dénutrition très sévère.

Des décennies plus tard, l'AT est apparue comme une explication plausible à la fréquente reprise de poids observée chez des personnes souffrant d'obésité. La manière de l'évaluer est restée la même depuis l'étude de Keys:

## AVANT la perte de poids

1. Mesurer la DER et la composition corporelle.
2. Développer une formule de prédiction de la DER «sur-mesure» pour la population étudiée (avec les données du point 1).

## APRES la perte de poids

3. Mesurer la DER et la composition corporelle.
4. Calculer la DER «prédite» en appliquant la formule développée au point 2.
5. Comparer la DER mesurée après la perte de poids avec la DER prédictive.

Plusieurs études ont effectué cette démarche. Leurs résultats équivoques (2) ont été expliqués par la variabilité individuelle; l'AT, elle, n'a que peu été remise en question. Jusqu'à ce que la chercheuse Anja Bosy-Westphal démontre pourquoi l'AT ne se laissait pas observer clairement: elle n'existe pas chez les personnes ayant perdu du poids alors qu'elles souffraient d'obésité (3, 4).

Le raisonnement à la base de l'AT est pourtant correct. Mais la prédiction ne l'est pas. Celle-ci s'appuie sur une évaluation de la composition corporelle qui ne tient pas compte de la masse organique (cœur, foie, reins, etc.) – il faut dire qu'elle nécessite une mesure par DEXA (peu accessible et coûteuse). Bien qu'elle ne représente qu'une toute petite proportion de la masse maigre, son coût énergétique est très élevé. Et une personne souffrant d'obésité, lorsqu'elle perd du poids, perd aussi de la masse organique: son cœur, son foie, ses reins perdent du volume. Et ces quelques grammes (environ 500 g

pour quelqu'un qui perdrait 30 kg), représentent une «perte» de dépense énergétique de 130 kcal. Lorsque le calcul prédictif ne prend en compte que la masse maigre «moyenne», la DER prédictive est surestimée par rapport à la réalité. Et la différence observée entre la prédiction et la mesure réelle sera, à tort, attribuée à une AT.

La DER diminue sévèrement chez les personnes ayant perdu du poids alors qu'elles souffraient d'obésité; mais ceci n'est pas lié à une AT. Ce n'est pas anormal, ce n'est pas «disproportionné», mais c'est une réalité dont il faut tenir compte lorsqu'un-e patient-e envisage une perte de poids. Les besoins énergétiques nécessaires pour entretenir un corps après une perte de poids sont largement inférieurs aux besoins initiaux. L'entretien de la masse musculaire ne permet pas toujours de compenser la perte organique. L'activité physique et la (re)construction d'une bonne masse musculaire sont indispensables. Toutefois l'adaptation des apports énergétiques totaux constitue le fondement du maintien de la perte de poids. Le secret du succès réside donc dans notre capacité, en tant que diététicien-ne, à identifier le point d'équilibre entre apports alimentaires réalistes et poids acceptable pour notre patient-e.

## Bibliographie

1. Taylor HL, Keys A. Adaptation to caloric restriction. *Science*. 1950;112(2904):215-8
2. Kruseman M. HOMAWLO: How to maintain weight loss? PhD Thesis. University of Lausanne, Switzerland; 2018
3. Bosy-Westphal A, Kossel E, Goele K, Later W, Hitze B, Settler U, et al. Contribution of individual organ mass loss to weight loss-associated decline in resting energy expenditure. *Am J Clin Nutr*. 2009;90(4):993-1001
4. Bosy-Westphal A, Braun W, Schatz B, Muller MJ. Issues in characterizing resting energy expenditure in obesity and after weight loss. *Frontiers in physiology*. 2013;4:47

# Durante la perdita di peso si verifica una drastica riduzione del metabolismo?



**Maaike Kruseman, PhD**  
Dietista ASDD  
maaike.kruseman@hesge.ch

Siamo certamente in tanti a spiegare ai nostri pazienti e alle nostre pazienti che la difficoltà di perdere peso è legata a una riduzione sproporzionata del dispendio energetico a riposo. Il ragionamento sembra logico: l'organismo si difende dalla perdita di peso «forzata» e riduce il metabolismo allo scopo di lottare contro quello che considera come un rischio di denutrizione. Questo fenomeno, denominato «termogenesi adattativa» (TA), si fonda sulle osservazioni del gruppo di ricerca di Ancel Keys.

Keys e il suo team hanno identificato la TA in un celebre studio, il *Minnesota Starvation Trial* (1). In questo studio condotto su 36 giovani di sesso maschile, magri e in buona salute, finalizzato a comprendere meglio la denutrizione e soprattutto la ri-nutrizione in un contesto post-bellico, è stato possibile osservare che, dopo aver perso il 25% del loro peso, i partecipanti presentavano un dispendio energetico a riposo (REE) pari a circa 200 kcal al di sotto del valore predetto in base al loro peso e alla loro massa magra, conseguenza di una denutrizione molto severa.

Alcuni decenni più tardi, la TA è sembrata una spiegazione plausibile alla frequente ripresa di peso osservata nelle persone af-

fette da obesità. La modalità di valutazione della TA è rimasta la stessa dai tempi dello studio di Keys:

## PRIMA della perdita di peso

1. Misurare l'REE e la composizione corporea.
2. Sviluppare una formula predittiva dell'REE «su misura» per la popolazione studiata (con i dati del punto 1).

## DOPO la perdita di peso

3. Misurare l'REE e la composizione corporea.
4. Calcolare l'REE «predetto» applicando la formula sviluppata al punto 2.
5. Comparare l'REE misurato dopo la perdita di peso con l'REE predetto.

Diversi studi hanno adottato questo approccio. I loro risultati contraddittori (2) sono stati attribuiti alla variabilità individuale, mentre la TA non è stata praticamente messa in discussione. Fino al momento in cui la ricercatrice Anja Bosy-Westphal ha dimostrato perché l'AT non era chiaramente osservabile: nelle persone che perdono peso quando sono affette da obesità questo fenomeno non si verifica (3, 4).

Il ragionamento alla base della TA è dunque corretto, ma non lo è la sua predizione. Questa si fonda su una valutazione della composizione corporea che non tiene conto della massa organica (cuore, fegato, reni, ecc.), la quale peraltro può essere misurata solo tramite densitometria assiale a raggi X (DEXA), una tecnica costosa e poco

accessibile. Benché rappresenti solo una piccolissima percentuale della massa magra, il suo dispendio energetico è molto elevato. E quando perde peso, una persona affetta da obesità perde anche massa organica: il cuore, il fegato, i reni si riducono di volume. E questi pochi grammi (circa 500 per una persona che perde 30 kg) rappresentano una «perdita» di dispendio energetico pari a 130 kcal. Quando il calcolo predittivo tiene conto solo della massa magra «media», l'REE predetto è sovrastimato rispetto alla realtà. E la differenza osservata tra la predizione e la misurazione reale sarà erroneamente attribuita alla TA.

Nelle persone affette da obesità, l'REE diminuisce drasticamente dopo una perdita di peso, ma ciò non è legato alla TA. Non è un fenomeno né anormale né «sproporzionato», ma è una realtà di cui tener conto quando un/una paziente vuole perdere peso. Il fabbisogno energetico del corpo dopo una perdita di peso è nettamente inferiore al fabbisogno iniziale. Il mantenimento della massa muscolare non riesce sempre a compensare la perdita di massa organica. L'attività fisica e la (ri)costruzione di una buona massa muscolare sono indispensabili. Tuttavia, l'adeguamento dell'apporto energetico totale è alla base del mantenimento della perdita di peso. Il segreto del successo sta dunque nella nostra capacità di dietisti/dietiste di identificare il punto di equilibrio tra apporto alimentare realistico e peso accettabile per il/la paziente.

*Bibliografia sulla pagina 33*

## **WORT DER PRÄSIDENTIN LE MOT DE LA PRÉSIDENTE PAROLA DELLA PRESIDENTESSA**



**Gabi Fontana**

Präsidentin  
Présidente  
Presidentessa



### **Liebe Leserin, lieber Leser**

Das turbulente und aussergewöhnliche Jahr 2020 liegt bereits einige Tage hinter uns. In der Hoffnung, dass ihr eine schöne und erholsame Festtagszeit geniessen durftet und gut ins 2021 gestartet seid, wünsche ich uns allen ein gutes und vor allem gesundes neues Jahr! Für den SVDE hält dieses Jahr einiges an Aussergewöhnlichem bereit. Anlässlich der Generalversammlung am 16. April 2021 kommt es nach 8 Jahren zu einem Präsidiumswechsel und wir dürfen mehrere neue Vorstandsmitglieder wählen. Anstelle der NutriDays findet 2021 wieder der Nutrition-Kongress statt, und zwar online. Des Weiteren ist am 27. März der Kickoff-Anlass zum Projekt Karrieremodele im klinischen Bereich, ebenfalls online, geplant. Bei all diesen Veranstaltungen sind somit Lösungen vorhanden, welche auch bei weiterhin bestehenden Massnahmen zur Pandemie-Eindämmung eine Durchführung erlauben. Langsam, aber sicher gewöhnen wir uns an die neue Situation und sind froh über alle digitalen Möglichkeiten, welche uns erlauben, den Alltag optimal zu meistern. «Digitalisierung» ist auch das Thema des Rahmenprogramms am Nachmittag im Anschluss an die SVDE-Generalversammlung. Geplant sind Referate zum elektronischen Patientendossier sowie zu digitalen Tools in der Ernährungsberatung. Ich freue mich, euch am 16. April zu meiner letzten Generalversammlung als SVDE-Präsidentin begrüßen zu dürfen!

### **Chère lectrice, cher lecteur**

Il y a quelques jours déjà, 2020, une année extraordinaire et pleine de turbulences s'est achevée. Dans l'espoir que vous avez passé de belles fêtes de fin d'année, qu'elles ont été reposantes et que vous avez bien commencé 2021, je vous présente mes meilleurs vœux de bonheur, et surtout de santé pour la nouvelle année! Pour l'ASDD, la nouvelle année s'annonce elle aussi hors du commun. Lors de l'assemblée générale du 16 avril 2021, notre association connaîtra en effet un changement à sa présidence, après huit ans, et plusieurs nouveaux/elles membres du comité seront élu-e-s. Au lieu des NutriDays se tiendra à nouveau en 2021 le Congrès de la nutrition, il se déroulera en ligne. La manifestation de lancement du projet sur les modèles de carrière dans le domaine clinique est quant à elle aussi prévue en ligne, le 27 mars. Dans le cadre de l'organisation de toutes ces manifestations, des solutions qui permettraient une réalisation dans le cadre du maintien des mesures visant à endiguer la pandémie existent bel et bien. Lentement mais sûrement, nous nous habituons à la nouvelle situation et sommes content-e-s qu'il existe tous ces moyens numériques qui nous permettent de faire face au quotidien de façon optimale. La transformation numérique figurera également au programme de la conférence qui se tiendra dans l'après-midi, après l'assemblée générale de l'ASDD. Les interventions porteront sur le dossier électronique du patient et sur les outils numériques utilisés lors du conseil diététique. Je me réjouis de vous accueillir le 16 avril pour ma dernière assemblée générale en tant que présidente de l'ASDD!

### **Cara lettrice, caro lettore**

Ci siamo lasciati alle spalle il 2020, un anno eccezionale e turbolento. Nella speranza che abbiate trascorso serenamente le festività e iniziato con nuova carica il 2021, auguro a tutti un felice anno nuovo, soprattutto con tanta salute! Quest'anno ha in serbo qualcosa di speciale per l'ASDD. In occasione dell'Assemblea generale del 16 aprile 2021, dopo otto anni ci sarà un cambio di presidenza e potremo eleggere diversi nuovi membri del Comitato direttivo. Nel 2021, invece dei NutriDays, si svolgerà nuovamente il Congresso della nutrizione clinica, si svolgerà online. Inoltre, sempre online, il 27 marzo si terrà l'evento di lancio del progetto sui modelli di carriera nel settore clinico. Per tutti questi eventi sono state quindi previste soluzioni che ne consentiranno lo svolgimento anche qualora dovessero restare in vigore le misure per il contenimento della pandemia. Giorno dopo giorno, lentamente, ci stiamo abituando sempre più a convivere con la nuova situazione e siamo grati di poter gestire la nostra vita quotidiana in modo ottimale grazie alle possibilità offerte dalla digitalizzazione. Ed è proprio la digitalizzazione uno dei temi del programma pomeridiano che si svolgerà dopo l'Assemblea generale ASDD. Saranno presentate relazioni sulla cartella informatizzata dei pazienti e sugli strumenti digitali nella consulenza nutrizionale. Il 16 aprile sarò lieta di darvi il benvenuto in occasione della mia ultima Assemblea generale come presidentessa!

# Resilienz in der Ernährungsberatung Ein Schlüssel zu mehr innerer Stärke?



**Shima Wyss, BSc**

Ernährungsberaterin SVDE  
MAS systemisch-lösungsorientierte Therapeutin/Beraterin  
Leitung Ernährungsberatung  
Spital Zofingen AG  
shima.wyss@spitalzofingen.ch

«Das Grösste, was man erreichen kann, ist nicht, nie zu straucheln, sondern jedes Mal wieder aufzustehen.»

Nelson Mandela

## Wozu Resilienz in der Ernährungsberatung?

Resilienz ist eine Bezeichnung für die psychische Widerstandsfähigkeit, die Menschen dazu befähigt, besser mit Krisensituationen umzugehen. Doch weshalb ist sie denn wichtig in der Ernährungsberatung? Schliesslich wird das Gegenüber beraten und nicht die Experten – oder etwa nicht?

Durch den Kostendruck, Personalabbau, den erhöhten Administrationsaufwand sowie den mentalen Herausforderungen der emotionalen Arbeit sind Personen in Gesundheitsberufen offensichtlich einem erhöhten Burn-out-Risiko ausgesetzt. Gleichzeitig gehören kleine und grössere Krisen und Konflikte in der Regel zur Entwicklung dazu und scheinen unvermeidbar – was auch bedeutet, dass wer sich entwickeln will, durch bedeutsame Konfliktlebenisse geht. Dem können wir nicht entgehen. Allerdings können wir den Umgang damit lernen. **Mit der Krisenkompetenz – auch Resilienz genannt – ist die Fähigkeit gemeint, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und den negativen Folgen von Stress umzugehen.** Es geht darum, Krisen mittels persönlicher und sozial vermittelter Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.  
«Eine Krise ist ein produktiver Zustand. Man muss ihr nur den Beigeschmack der Katastrophe nehmen.»

Max Frisch

## Ist Resilienz lernbar?

Es gibt einige Höhen und Tiefen des Arbeitslebens: Erfolg und Scheitern, Aufregung und Langeweile, Träume und Realität, Gesundheit und Krankheit, Leben und Tod (vgl. Johnstone 2015: 5). Wenn wir bereits früh lernen zu akzeptieren, dass das Leben eine bunte Mischung aus verschiedenen Erfahrungen (positive wie auch herausfordernde) ist, sind wir besser gewappnet, mit all dem umzugehen, was es uns unweigerlich bescheren wird. Resilienz ist keine Charaktereigenschaft, sondern durch systematische Ausbildung und Reflektion lernbar (vgl. Loebbert 2017: 95). Zu akzeptieren, was wir ändern können und was nicht, ist einer der wichtigsten Aspekte zum Verständnis von Resilienz. **Es geht darum, das fruchtbar zu machen, was in unserem Leben stimmt, und das, was nicht stimmt, zu akzeptieren, statt sich daran aufzureiben.** Es geht nicht darum, ungute Ereignisse zu vergessen, sondern über sie nachzudenken und aus ihnen zu lernen, um nicht in einer bestimmten Situation stecken zu bleiben, wie z.B. in einer Negativspirale oder einem Kopfkino. Oft werden dadurch die Sorgen und Ängste innerlich zu grossen Monstern. Die Auseinandersetzung mit den eigenen Gedanken und Ge-

fühlen kann zur persönlichen Entwicklung beitragen. Resilienz entsteht allerdings nicht nur dadurch, dass man etwas Unglückliches durchmacht. Kraft und innere Stärke bauen wir auch durch harte positive Erlebnisse auf – eine Bergbesteigung, ein Examen und so weiter. Psychologen unterscheiden sieben Teilbereiche der menschlichen Widerstandskraft. Je mehr dieser Eigenschaften sich ein Mensch aneignen kann, desto widerstandsfähiger wird er Krisen handhaben:

1. Optimismus
2. Akzeptanz
3. Lösungsorientierung
4. Opferrolle verlassen
5. Verantwortung übernehmen
6. Netzwerke aufbauen
7. Zukunft planen

Untersuchungen der Resilienzforschung zeigen, dass unsere Resilienz durch weitere Aspekte gestärkt wird (vgl. Loebbert 2017: 95):

**Optimismus** als Vertrauen in meine Fähigkeiten, positiv durch die Krise zu kommen

**Selbstwirksamkeitsgefühl** – die Erfahrung, dass ich mein Leben selbst positiv gestalten kann

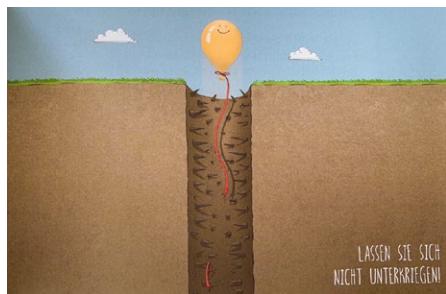


**Humor** als Fähigkeit, über die eigenen Missgeschicke auch zu lachen und sie ins Verhältnis zu setzen

**Altruismus** als Fähigkeit, von sich abzusehen und sich für andere und ihr Glück zu engagieren

**Spiritualität** als Fähigkeit, sich zu einem grösseren umfassenden Sinn in Beziehung zu setzen

«Everybody needs a coach.»  
Eric E. Schmidt (CEO Google 2001–2011)



M. Johnstone 2015 «Resilienz – wie man Krisen übersteht und daran wächst»

## Resilienz-Coaching in der Ernährungsberatung

Wer sich also seiner eigenen Ressourcen bewusst ist und einen Zugang zu ihnen hat, kann sie besser nutzen und trotz hoher Anforderungen kraftvoll und gelassen

bleiben. Daran können wir als Coaches anknüpfen, wenn wir ErnährungsberaterInnen unterstützen, ihre Ressourcen zu erschliessen. Nach Grawe (2005: 297–311) ist die Ressourcenorientierung in der helfen den Beziehung der am meisten Erfolg versprechende und gleichzeitig der am stärksten vernachlässigte Wirkmechanismus. Die Ressourcenaktivierung durch den Coach ist kurzfristig wirksam, da sie relativ schnell und unaufwendig Besserung erzeugen kann (vgl. Loebbert 2017: 107). Bamberger (2015: 17) beschreibt, dass das Gegenüber über die nötigen Ressourcen verfügt, sie allerdings im Moment aus den Augen verloren hat. Im Gespräch mit dem Coach können die ErnährungsberaterInnen wieder einen Zugang dazu gewinnen, bzw. durch neue Erfahrungen und Training können diese Ressourcen erneut aktiviert werden. Einige Ressourcen können direkt mit der Hilfe eines Coaches genutzt werden und ermöglichen so erste Erfolgs erlebnisse (quick wins), welche dem Gegenüber Mut machen und sein Selbstbewusstsein stärken. Dies begünstigt die Positivspirale, sodass die ErnährungsberaterInnen im Folgenden selbstständig und aktiv weiterlernen, was ihnen ein sicheres Auftreten ermöglicht. Dieses Auftreten wird mit Erfolg belohnt und die Zuversicht wird weiter gestärkt und bestätigt. Die

Ressourcenaktivierung trägt somit zur Wirksamkeit des Coachingprozesses mit ErnährungsberaterInnen bei und die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit ist gelegt, so Loebbert (2017: 107).

**Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Ressourcenaktivierung im Rahmen des Resilienztrainings im Coachingprozess der Schlüssel zur inneren Stärke von ErnährungsberaterInnen darstellen kann.**

Für Coaches ist es unabdingbar, die Grenzen der eigenen Wirksamkeit regelmässig zu überprüfen. Psychiatrische Herausforderungen gehörten in professionelle Hände, damit der Coach nicht Teil der aufrechterhaltenden Faktoren wird oder eine psychiatrische Krankheit (z.B. Depressionen) fehleinschätzt. Ein gutes Netzwerk von ausgebildeten Psychiatern kann in diesen Fällen im Coaching-Prozess unterstützend wirken (vgl. Schlueter 2020: 10).

### Literaturverzeichnis

1. Bamberger, Günter (2015). *Lösungsorientierte Beratung*. 5. Auflage. Basel: Beltz
2. Grawe, Klaus (2005). *Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden*. Report Psychologie, 2005 (7/8), 297–311
3. Johnstone, Matthew (2015). *Resilienz – wie man Krisen übersteht und daran wächst*, 1. Auflage, München: Kunstmann
4. Loebbert, Michael (2017). *Coaching Theorie*. 2., korrigierte Auflage, Olten: Springer
5. Schlueter, Miriam (2020). *Unterlagen Coaching Advanced FHNW*
6. Schmidt, Gunther (2011). *Von Stress und Burn-out zur optimalen Lebensbalance*

# La résilience chez les Diététicien-ne-s

## Un moyen de développer sa force intérieure?



**Shima Wyss, BSc**  
Diététicienne ASDD  
Responsable conseil diététique  
Spital Zofingen AG  
shima.wyss@spitalzofingen.ch

«La plus grande gloire n'est pas de ne jamais tomber, mais de se relever à chaque chute.»

Nelson Mandela

### A quoi sert la résilience chez un-e diététicien-ne?

La résilience désigne un phénomène psychologique par lequel les individus ayant subi un traumatisme développent une capacité à se construire qui leur permet de mieux gérer des situations de crise. Pourquoi est-il important qu'un-e diététicien-ne fasse preuve de résilience? Après tout, le conseil s'adresse aux client-e-s et non aux expert-e-s, non?

En raison de la pression des coûts, des réductions de personnel, des tâches administratives accrues et de la charge mentale liée au travail émotionnel, les professionnel-le-s de la santé sont manifestement exposé-e-s à un risque accru de burnout. Dans le même temps, les crises et les conflits, plus ou moins importants, s'inscrivent dans le cours normal des choses et semblent inévitables, ce qui signifie aussi que pour se développer, il est nécessaire de traverser des conflits significatifs. Nous ne pouvons pas y échapper. Néanmoins, nous pouvons apprendre à les gérer. **La compétence en matière de gestion de crise, également appelée résilience, fait référence à la capacité à gérer efficacement des situations de vie pesantes et les conséquences négatives du stress.** Il faut puiser dans ses ressources personnelles et dans celles que nous donne la société pour surmonter les crises et exploiter ces dernières comme une opportunité pour se développer.

«La crise est un état productif. Il suffit de lui enlever son arrière-goût de catastrophe.»  
Max Frisch

### La résilience peut-elle s'apprendre?

Dans la vie professionnelle, il y a des hauts et des bas: succès et échecs, excitation et ennui, rêve et réalité, santé et maladie, vie et mort (cf. Johnstone 2015: 5). Si nous apprenons très tôt que la vie est une succession d'expériences diverses et variées, qu'elles soient agréables ou difficiles, nous serons mieux préparé-e-s pour gérer tout ce qu'elle nous réserve inéluctablement. La résilience n'est pas un trait de caractère, elle s'apprend au contraire par une démarche systématique de formation et la réflexion (cf. Loebbert 2017: 95). Accepter ce que nous pouvons changer et ce que nous ne pouvons pas changer est l'une des clés pour comprendre ce qu'est la résilience. **Il s'agit donc de faire fructifier ce qui fonctionne dans notre vie et d'accepter ce qui ne fonctionne pas au lieu de s'épuiser en vains efforts.** Il n'est pas question d'oublier les événements déplaisants, mais d'y réfléchir et d'en tirer les enseignements pour éviter de rester bloqué-e dans une situati-

on donnée comme une spirale négative ou une rumination mentale. Souvent, les angoisses et les soucis se transforment ainsi en monstres intérieurs. Le fait d'examiner ses propres pensées et sentiments peut contribuer au développement personnel. Néanmoins, le phénomène de résilience ne se produit pas simplement par le fait de traverser quelque chose de malheureux. Nous développons aussi notre équilibre et notre force intérieure grâce à nos expériences positives concrètes: ascension d'une montagne, réussite d'un examen, etc. Les psychologues distinguent sept piliers de la résilience, qui font référence à des qualités spécifiques. Plus une personne parvient à développer ces qualités, mieux elle sera à même de faire face aux crises:

1. Optimisme
2. Acceptation
3. Orientation solution
4. Abandon du rôle de victime
5. Responsabilité
6. Construction de réseaux
7. Planification de l'avenir

Les études effectuées par des chercheurs/euses sur la résilience révèlent que d'autres



facteurs renforcent notre résilience (cf. Loebbert 2017: 95):

**Optimisme**, sous la forme de la confiance dans ma capacité à traverser la crise positivement

**Sentiment d'efficacité personnelle**, l'expérience que je peux moi-même faire évoluer ma vie positivement

**Humour**, en tant que capacité à rire de ses propres mésaventures et à les relativiser  
Altruisme, en tant que capacité à faire abstraction de soi-même et à s'engager pour les autres et leur bonheur

**Spiritualité**, en tant que capacité à se voir en relation dans quelque chose de plus vaste

«Everybody needs a coach.»  
Eric E. Schmidt (CEO Google 2001–2011)



M. Johnstone 2015 «Resilienz – wie man Krisen übersteht und daran wächst»

### **Le coaching en résilience pour les diététicien-ne-s**

Ainsi, les personnes qui sont conscientes de leurs propres ressources et qui trouvent un moyen d'y accéder peuvent mieux les utiliser et rester fortes et sereines malgré les exigences accrues. Ce sont sur ces aspects que nous travaillons en tant que coaches pour aider les diététicien-ne-s à exploiter leurs ressources. Selon Grawe (2005: 297–311), l'orientation ressources dans la relation d'aide est le mode d'action le plus prometteur et pourtant le plus négligé. L'activation des ressources par le coach est efficace à court terme, car elle peut générer une amélioration de façon relativement rapide et sans grand effort (cf. Loebbert 2017: 107). Selon la description donnée par Bamberger (2015: 17), l'interlocuteur/trice dispose des ressources nécessaires, mais il/elle les a momentanément perdues de vue. En s'entretenant avec le coach, les diététicien-ne-s peuvent à nouveau y avoir accès et grâce à la formation ainsi qu'à de nouvelles expériences, il est possible de réactiver ces ressources. Certaines ressources peuvent directement être utilisées à l'aide d'un coach, ce qui déclenche une première expérience du succès (quick win), qui sera encourageante et aidera à avoir davantage confiance en soi. Cela favorise la spirale

positive grâce à laquelle les diététicien-ne-s poursuivent par la suite leur apprentissage de façon active et autonome, ce qui leur permet d'avoir plus d'assurance. Cette prestance est récompensée par le succès, ce qui contribue à renforcer et confirme la confiance en soi. L'activation des ressources contribue ainsi à l'efficacité du processus de coaching auprès de diététicien-ne-s et les bases d'une collaboration efficace sont ainsi posées, selon Loebbert (2017: 107).

**On peut donc partir du principe que l'activation des ressources dans le cadre de la formation sur la résilience dans le processus de coaching peut être un moyen pour les diététicien-ne-s de développer leur force intérieure.**

Il est indispensable que les coaches vérifient régulièrement les limites de leur propre efficacité. Les problèmes d'ordre psychiatrique relèvent de la compétence d'un-e spécialiste, car il faut éviter que le/la coach ne fasse partie des facteurs de maintien ou qu'il/elle se trompe dans l'évaluation d'une maladie psychiatrique (p.ex. dépression). Pour ces cas, un bon réseau de psychiatres peut intervenir en soutien du processus de coaching (cf. Schlüter 2020: 10).

*Bibliographie voir page 37*

# La resilienza nella consulenza nutrizionale

## La chiave per una maggiore forza interiore?



**Shima Wyss, BSc**  
Dietista ASDD  
Direttrice del servizio di  
consulenza nutrizionale  
Ospedale di Zofingen AG  
shima.wyss@spitalzofingen.ch

«La maggior gloria nella vita non è non cedere mai, ma rialzarsi ogni volta che si cade.»

Nelson Mandela

### Perché la resilienza è importante nella consulenza nutrizionale?

La resilienza è un termine utilizzato in ambito psicologico per indicare la resistenza psichica di una persona, vale a dire la sua capacità di gestire e affrontare le situazioni di crisi. Ma perché è importante nella consulenza nutrizionale? In ultima analisi è l'interlocutore che riceve la consulenza e non l'esperto, oppure non è così?

Evidentemente i professionisti del settore sanitario sono esposti a un maggiore rischio di burnout dovuto alla pressione dei costi, alla riduzione del personale, al sovraccarico di lavoro amministrativo e alle difficoltà le-

gate al lavoro emotionale. Al contempo è anche vero che le crisi – grandi o piccole che siano – e i conflitti fanno generalmente parte della crescita personale e sono inevitabili; in altre parole, per evolversi si deve passare attraverso significative esperienze conflittuali, alle quali non si può sfuggire. Tuttavia possiamo imparare a gestire i conflitti. **La capacità di gestire le situazioni di crisi – definita anche resilienza – si riferisce alla capacità di far fronte efficacemente alle avversità della vita e alle conseguenze negative dello stress.** Si tratta di riuscire a superare le crisi facendo affidamento sulle proprie risorse personali e sociali e trasformandole in opportunità di crescita.

«Una crisi è una realtà produttiva. Bisogna solo toglierle quel retrogusto di catastrofe.»

Max Frisch

### Nasciamo con la resilienza o possiamo impararla?

La vita lavorativa è fatta di alti e bassi: successi e fallimenti, entusiasmo e noia, sogni e realtà, salute e malattia, vita e morte (cfr. Johnstone 2015: 5). Se impariamo ad accettare che la vita è un variopinto mosaico di esperienze – a volte positive, a volte

difficili – avremo anche più mezzi per gestire tutto ciò che immancabilmente la vita ci presenterà. La resilienza non è un tratto caratteriale innato, ma un'attitudine che può essere appresa mediante un lavoro sistematico di apprendimento e riflessione (cfr. Loebbert 2017: 95). Uno dei principi fondamentali alla base del concetto di resilienza è accettare che esistono cose che possono essere cambiate e altre no. **Si tratta di far fruttare gli aspetti positivi della propria vita e di non logorarsi a causa di quelli negativi, che devono invece essere accettati.** Questo non vuol dire dimenticare gli eventi avversi, ma rifletterci sopra per trarne un insegnamento e non rimanere imprigionati in una determinata situazione, come in una spirale negativa o in un logorio mentale. Il rischio è spesso quello di trasformare le preoccupazioni e le ansie in mostri interiori. Confrontarsi con i propri pensieri e le proprie emozioni può contribuire alla crescita personale. La resilienza non si costruisce soltanto grazie al superamento di eventi negativi. La resistenza e la forza interiore nascono anche da eventi positivi, quali riuscire a scalare una montagna, superare un esame e altre esperienze simili. Gli psicologici distinguono nella resilienza umana sette dimensioni. Più una persona si avvicina a queste dimensioni, maggiore sarà la sua resilienza nell'affrontare le crisi:

1. Ottimismo
2. Accettazione
3. Orientamento alle soluzioni
4. Abbandonare il ruolo di vittima
5. Assumersi le responsabilità
6. Creare relazioni
7. Pianificare il futuro

Studi di ricerca sulla resilienza mostrano che la nostra resilienza è rafforzata da ulteriori aspetti (cfr. Loebbert 2017: 95):

**L'ottimismo**, come fiducia nella propria capacità di superare positivamente una crisi



**Il senso di autoefficacia**, l'esperienza di poter organizzare in modo positivo la propria vita  
**L'umorismo**, come capacità di saper anche ridere delle proprie disavventure e di vederle nella giusta prospettiva  
**L'altruismo**, come capacità di distanziarsi da se stessi e di adoperarsi per gli altri e la loro felicità;  
**La spiritualità**, come capacità di relazionarsi con una dimensione di significato superiore

«Everybody needs a coach.»  
Eric E. Schmidt (CEO Google 2001–2011)



M. Johnstone 2015 «Resilienz – wie man Krisen übersteht und daran wächst»

### **Coaching sulla resilienza nella consulenza nutrizionale**

La persona consapevole delle proprie risorse e capace di accedervi, può usarle

meglio e rimanere forte e rilassata anche di fronte a situazioni molto complesse. Il nostro intervento come coach si inserisce proprio in questo contesto, ovvero aiutando le dietiste e i dietisti ad accedere alle loro risorse. Secondo Grawe (2005: 297–311) l'orientamento alle risorse nei rapporti di aiuto attiva un meccanismo d'azione tra i più promettenti per ottenere dei risultati positivi, anche se è quello maggiormente trascurato. L'attivazione delle risorse da parte del coach è efficace a breve termine, in quanto produce un miglioramento in tempi relativamente brevi e senza sforzo (cfr. 2017: 107). L'interlocutore è descritto da Bamberger (2015: 17) come una persona che dispone delle risorse necessarie, ma che al momento le ha perse di vista. Le dietiste e i dietisti possono tornare ad accedervi mediante il colloquio con il coach, oppure tornare ad attivarle tramite nuove esperienze e con l'esercizio. Alcune risorse possono essere utilizzate direttamente con l'aiuto del coach e così l'interlocutore fa le sue prime esperienze di successo (quick wins), che gli serviranno da incoraggiamento e per rafforzare l'autostima. Si innesca così una spirale positiva e il dietista o la dietista continua in seguito autonomamente il processo di apprendimento, che l'aiuterà a conseguire una maggiore sicurezza di comportamento. Il suo nuovo atteggiamento

sarà premiato dal successo e questa conferma rafforzerà ulteriormente la sua fiducia nelle sue qualità. Secondo Lobbert (2017: 107), in questo modo l'attivazione delle risorse contribuisce all'efficacia del processo di coaching con le dietiste e i dietisti e getta le basi per una proficua collaborazione.

**Si può pertanto ritenere che l'attivazione delle risorse nell'ambito dell'allenamento alla resilienza nel processo di coaching sia per le dietiste e i dietisti una chiave per crescere la forza interiore.**

Per i coach è indispensabile valutare correttamente i limiti della propria efficacia. Le criticità psichiatriche devono essere gestite da professionisti, affinché il coach non diventi egli stesso parte dei fattori di persistenza o valuti erroneamente una malattia psichiatrica (p.es. depressione). In questi casi può essere utile avere il sostegno di una buona rete di psichiatri nel processo di coaching (cfr. 2020: 10).

*Bibliografia sulla pagina 37*

## **Omega 3, Patientenratgeber «Die Heilkraft der maritimen Fettsäuren»**

Patientenratgeber zur Funktion von Omega 3, Versorgung in Deutschland, was sind Omega-3-Fettsäuren, Wirkung von Omega 3 und Omega 6, worauf beim Kauf von Omega-3-Öl achten.

*Kleine Broschüre, welche den Kauf von hochdosiertem Omega-3-Öl schmackhaft machen will, preist die «Heilwirkung» von Omega 3 an. Verfügt über einige grafische Übersichten, ansonsten wenig Bilder. Nicht direkt als Beratungsmaterial zu gebrauchen.*

*Eine mögliche Alternative zu gratis zugänglichen Informationen über Omega 3. Jedoch keine neuen Erkenntnisse.*

*Rebecca Mayer,  
dipl. Ernährungsberaterin FH SVDE*

*Wissenschaftliche  
Verlagsgesellschaft Stuttgart,  
2019, 31 Seiten (Broschüre A5),  
4.– Euro/CHF 7.–, ISBN 978-3-8047-3911-6*



## **Ernährungsratgeber Rheuma – Geniessen erlaubt**

Zwei deutsche Diätassistenten schreiben diesen Ernährungsratgeber zu den Themen: Nahrungsmittel gegen Schmerzen (v.a. Polyarthritis), verschiedene Rheumatypen, Ernährungsempfehlungen für alle rheumatischen Erkrankungen, kurzer Abschnitt zum Thema Fasten und 70 Rezepte. Bei den einzelnen Rezepten werden pro Portion die Hauptnährstoffe sowie Vitamin C und E, Nahrungsfasern, Calcium und Omega 3 angegeben. Es wird keine allgemeine Rheumadiät vorgeschlagen, jedoch eine gesunde und vollwertige Ernährung arachidonarm, falls nötig zur Gewichtsreduktion. Tabellen geben Übersicht zu den verschiedenen Vitaminen, Mineralstoffen und Omega 3.

*Taschenbuch mit weichem Buchumschlag, mit Bildern und Tabellen aufgelockert. Auf*

*jeder Seite wird eine Kernbotschaft hervorgehoben. Verständliche Schreibweise. Hoffnungsvoller Titel. Unklar, wie viele der Lebensmittel gegen Schmerzen wirklich hilfreich sind. Rezepte sind hauptsächlich milchhaltig. Das Buch enthält wenig neue Kochideen. Insgesamt eine mögliche Übersicht ohne extreme Empfehlungen, für Einsteiger geeignet, jedoch wenig überraschend.*

*Leider sind einige Rezepte sehr eiweissarm. Da braucht es Ergänzungen der Ernährungsfachkraft, um langfristig eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu erreichen. Besonders, wenn zusätzliche Unverträglichkeiten bestehen.*

*Rebecca Mayer,  
dipl. Ernährungsberaterin FH SVDE*

*Sven-David Müller, Christiane Weissenberger  
3. Auflage, 2019, humbold Verlag, 144 Seiten  
16.99 Euro, ISBN 978-3-89993-622-3*



## Gesundheitsratgeber Fettleber

**Die Lebensweise ändern – die Leber regenerieren. Ein Ratgeber der Deutschen Leberhilfe e.V. Die Patientenorganisation**

Dieses Buch richtet sich an Menschen mit einer neuen oder bestehenden Diagnose, die sich einen Überblick über die Krankheit verschaffen und Zusammenhänge verstehen wollen. Es ist in drei übersichtliche Sparten aufgeteilt:

1. Die Ursachen der Krankheitsentstehung werden ausführlich erläutert – in gut verständlicher Sprache mit nur wenigen medizinischen Fachbegriffen. Weiterführende Informationen oder Begriffe werden in separaten Textfeldern näher erklärt. Ein QR-Code zur BMI-Berechnung führt leider weiter zu Links wie <Abnehmen in 21 Tagen>. Die Möglichkeit, eine Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen, wird erst viel später und nur in einem Satz erwähnt, obwohl stetig auf die Problematik des Übergewichts hingewiesen wird.
2. Die Ernährungstipps werden anhand des DGE-Ernährungskreises ausführlich beschrieben, wobei die 10 allgemeinen Tipps nicht ganz aktuell sind: die Getrei-

deprodukte und Kartoffeln liegen an 2. Stelle nach <vielseitig essen> und an anderer Stelle wird Olivenöl zum Frittieren empfohlen. Sehr gut wird aber auf Softdrinks bzgl. Fructose eingegangen und die Alkoholzufuhr thematisiert. Im Rezeptteil liegt das Hauptmerkmal beim Gemüse, die Proteinzufuhr wird zugunsten von Kohlenhydraten eher klein gehalten.

3. Ein weiterer Abschnitt des Buches widmet sich der Bewegung mit vielen Tipps für den Alltag, für Einsteiger und zum Durchhalten. Die Wichtigkeit der Bewegung allgemein und auch in Bezug auf die Lebererkrankung wird gut aufgezeigt.

Dieses Buch kann Menschen mit NASH zu einem guten Überblick über die Krankheit, die Therapien und die Notwendigkeit einer Lebensstilveränderung verhelfen.

Franziska Koch, Ernährungsberaterin SVDE



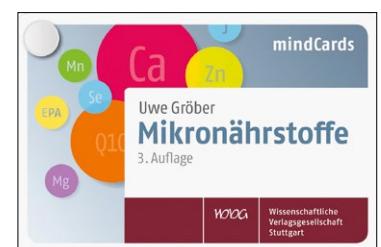
Deutsche Leberhilfe, 2017,  
19.60 Euro/ab CHF 23.–, 136 Seiten,  
ISBN 978-3-89993-938-5

## Mikronährstoffe – mindCards

Die mindCards sind farblich übersichtlich gestaltet und liefern kurze und prägnante Informationen über die Mikronährstoffe zu spezifischen Krankheitsbildern. Aufgrund ihrer Grösse eignen sie sich besonders gut als Spick und passen in jede Tasche. Aufgrund der reduzierten Buchgrösse ist die Auswahl der Krankheitsbilder begrenzt, gängige Krankheiten sind jedoch vorhanden. Wichtige Laborparameter zum Schluss sind ebenfalls sehr praktisch.

*Martina Meister,  
Studentisches SVDE-Mitglied*

*Uwe Gröber  
3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2019  
Wissenschaftliche  
Verlagsgesellschaft Stuttgart  
34 Seiten, 17 farbige Karten  
12 mindMap®-Abbildungen, 12,0 x 8,0 cm  
Kartenfächer mit Buchschraube  
ISBN 978-3-8047-3954-3*



# Herzliche Gratulation zum Abschluss des BSc in Ernährung und Diätetik an der Berner Fachhochschule Gesundheit

*Andrea Mahlstein, Ernährungsberaterin SVDE,  
Leiterin Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik*

**Wir sind stolz, dass wir Anfang November 50 Absolventinnen und Absolventen zum erfolgreichen Abschluss des Bachelors in Ernährung und Diätetik gratulieren durften. Sie alle hatten in den letzten Monaten und Jahren Ausserordentliches geleistet.**

Nach einem aussergewöhnlichen letzten Semester durften wir unseren Studierenden am Tag der geplanten – und leider abgesagten – Abschlussfeier einen etwas ungewohnten Blumenstrauß an auditiven Überraschungen überreichen. Reto Zumstein, Slam Poet aus Bern, hielt eine Diplomrede der etwas anderen Art und auf Radio Bern 1 gratulierte das Departement Gesundheit den Studierenden im Studentakt zu ihren grossen Leistungen.

Folgende Studierende durften zudem am Ende ihres Studiums eine Prämierung für ihre herausragenden Leistungen in Empfang nehmen:

Die **beste Gesamtleistung** im Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik erbrachte **Celina Just**. Sie schloss das Studium mit der Bestnote 5,3 ab. Für diese hervorragen-

de Leistung erhielt sie den von der Insel Gruppe gesponserten Preis von CHF 1000.–.

Weiter erhielten **Svenja Bögeholz** und **Michaela Bucher** die Auszeichnung für die **beste Bachelor-These**. Der Titel ihrer Arbeit lautet: «*Es ist wie eine Fake-Handtasche – was Fleischliebhaberinnen und Fleischliebhaber von Fleischersatzprodukten halten*». Die Bachelor-These wurde vom Schweizerischen Verband der Ernährungsberater/innen (SVDE) mit einem Preis von CHF 500.– und einer einjährigen Gratismitgliedschaft im SVDE prämiert.

Den Preis für die **zweitbeste Bachelor-These** erhielten **Tatjana Zaugg** und **Martina Zeder**. Der Titel ihrer Arbeit lautet: «*Rote Köpfe trotz grünem Licht? Der Einfluss des Nutri-Scores auf die Kilokalorien- und Nährstoffaufnahme*». Sie erhielten den von der

Lindenhofgruppe Bern gesponserten Preis von CHF 500.–. Die designierten Ernährungsberaterinnen BSc und Ernährungsberater BSc absolvieren derzeit ihr 10-monatiges Zusatzmodul B in unterschiedlichen Berufsfeldern. Nach dessen Abschluss erhalten sie ihr Diplom von der Berner Fachhochschule und damit die Berufsbefähigung, um als Ernährungsberaterin/-berater BSc zu arbeiten.

**Das Team des Fachbereichs Ernährung und Diätetik gratuliert allen Absolventinnen und Absolventen herzlich zum erfolgreichen Abschluss des Studiums und wünscht ihnen einen guten Start ins Berufsleben.**

Berner Fachhochschule  
Departement Gesundheit  
Bachelorstudiengang Ernährung und Diätetik  
Murtenstrasse 10, 3008 Bern  
[www.gesundheit.bfh.ch/ernaehrung](http://www.gesundheit.bfh.ch/ernaehrung)

**Absolventinnen und Absolventen:**  
Antener Tamara, Bischof Franziska Maria, Bögeholz Svenja Nicole, Borbach Samira, Brand Vanessa Pamela, Bucher Michaela Elisabeth Maria, Bühler Anna, Catalano Loan, D'Ascanio Michele Marco, Egli Judith, Eheim Chantal Claudia, Elsenhans Joëlle Chantal, Feller Rebecca, Fiechter Elena Jasmin, Frank Alexandra Andrea, Gerber Linda, Hänni Rahel, Hiltbrunner Claudine Joëlle, Irion Ilaria, Jeker Fabian, Jenzer Sariana Annik, Just Celina, Kamber Fabian, Käser Irina Lea, Kaufmann Nicole, Krebs Fabian, Leuenberger Andrina Larissa, Locher Tina, Mäder Pauline Anne, Malkas Rebekka, Martinoli Sara Barbara, Morger Karin, Müller Linda, Müller Pascal, Müller Sina, Neumann Nathalie Sarah, Rohrer Sophie Lea, Rüegg Linda, Schneider Larissa, Schurtenberger Jana Brigitta, Spillmann Ursula, Steiner Eliane, von Däniken Carla, von Stuckrad Maaike, Vontobel Noela Chantal, Wey Livia, Wild Tanja Marina, Zaugg Tatjana, Zeder Martina, Zuber Nora



# Remise des diplômes 2020 – BSc de la filière Nutrition et diététique HES-SO

*Jocelyne Depeyre Laure, Diététicienne ASDD, Professeur associée et responsable de la filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève (HES-SO)*

Cette année, la crise sanitaire a contraint l'ensemble des filières de la HEdS à renoncer à la traditionnelle cérémonie de diplôme qui clôt officiellement la période d'étude et célèbre l'entrée dans la communauté professionnelle de nos jeunes collègues. C'est toujours un grand plaisir de célébrer cette étape importante avec les diplômé-e-s et leurs proches.

La filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève a eu l'honneur de remettre, leur diplôme aux nouvelles et nouveaux collègues suivants: Ansermoz Aude, Bayard Alejandra, Bertisey Selma, Borlat Clélia, Chanson Sibylle, Consoli Ileana, Dariche Antoine, Dougoud Maxime, Duvalard Marie, Erard Pauline, Gonthier Melissa, Gori Mélanie, Grisel Alexia, Hernandez Seco Sara, Hugentobler Tamara, Joye Charlotte, Joye Eve, Kellenberger Sara, Laurent Mélanie, Mendonca Nadia, Mercier Maeva, Moioli Céline, Negro Flavia, Peguiron Sandrine, Perriard Francis, Pisenti Alexandra, Prada Ugo, Rhib Daoud, Richoz Caroline, Rouvinez Lola, Vilallonga Sarah, Villanchet Christelle, von Rotz Juliette, Wildi Leila, Wolff Roxane.

L'équipe de la filière Nutrition et diététique est très fière d'accueillir 35 nouveaux et nouvelles collègues et les félicite pour

leur engagement au cours de leurs trois années de formation et l'excellent niveau de leurs travaux de Bachelor. Nous leur souhaitons plein succès pour leur avenir professionnel.

La situation actuelle n'a heureusement pas empêché l'attribution des prix par nos partenaires: l'Association Suisse des diététiciens (ASDD) et l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD), prix qui récompensent des travaux qui se sont distingués par leur qualité et leur utilité pour la profession.

Les lauréats du Prix ASDD 2020 sont **Antoine Dariche** et **Daoud Rhrib** pour leur travail «*Augmenter sa consommation en aliments contenant des fibres: quel impact sur la composition du microbiote intestinal? Une revue quasi-systématique*» réalisé sous la direction de **Sophie Bucher Della Torre**.

Cette revue de littérature se base sur une analyse rigoureuse et critique des études visant à modifier la composition du microbiote intestinal par l'alimentation. Malgré l'hétérogénéité des études, les étudiants ont su retranscrire les résultats de manière claire et orientée sur l'application pratique. Ce travail contribue à renforcer

la place des diététicien-ne-s dans une thématique complexe et d'actualité, aussi bien au niveau du conseil aux individus que dans le domaine de la recherche. Le prix aurait dû être remis par Madame **Anne Blancheteau**, membre du Comité de l'ASDD.

Les lauréates du Prix l'AVASAD 2020 sont **Céline Moioli** et **Lola Rouvinez** pour leur travail «*De quelle manière les comportements alimentaires des professionnels de la santé pourraient influencer le contenu des conseils alimentaires transmis à la population adulte en santé ou malade?*» réalisé sous la direction d'**Eliséo Montanini**.

Cette revue quasi-systématique de la littérature se base sur l'analyse des facteurs intrinsèques et extrinsèques affectant la qualité ainsi que la quantité des conseils alimentaires/lifestyle transmis par les professionnels de santé à la population en santé et malade. Les étudiantes ont pu souligner l'importance de l'interprofessionnalité dans une approche intégrative des soins ainsi que la promotion du rôle et de la place des diététicien-ne-s de par leur expertise professionnelle propre mais aussi en tant que formateurs des partenaires de terrain. Le prix aurait dû être remis par Madame **Sophie Progin Batalla**, diététicienne consultante, Service du Développement des Pratiques Professionnelles, AVASAD.

# Trois diplômées avec un MSc en Sciences de la Santé HES-SO – UNIL, orientation en nutrition et diététique

**Dr. Corinne Jotterand Chaparro,** Diététicienne ASDD, Professeure assistante, Filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève, responsable de l'orientation nutrition et diététique du MSc en Sciences de la santé (HES-SO – UNIL)

**Ludivine Soguel Alexander,** Diététicienne ASDD, Professeure associée, Filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève, responsable du MSc en Sciences de la santé (HES-SO – UNIL)

Le 21 janvier 2021 ont eu lieu les premiers *Jeudis des alumni* du MSc en Sciences de la santé HES-SO – UNIL. Dans ce cadre, HES-SO Master, la Filière Nutrition et diététique de la Haute école de santé de Genève et l'ASDD ont eu le plaisir de féliciter les trois premières collègues ayant obtenu ce titre pour l'orientation nutrition et diététique:

## **Argyro Adamopoulou – Sylvie Borloz – Elodie Schmutz**

Leur engagement durant leurs études, leur persévérance et la qualité des travaux de master ont été soulignés.

Nous avons profité de cet événement pour remettre le **Prix ASDD du meilleur travail de master (TM) de l'orientation nutrition et diététique**. Il a été attribué à Mme **Sylvie Borloz** dont le travail allie utilité pour la

pratique professionnelle, originalité et rigueur dans sa réalisation. La persévérance de cette diplômée du Master, tout au long de son projet, a également été remarquable. Dans sa recherche, elle a investiguée le lien entre les habitudes alimentaires d'adolescent-e-s suivi-e-s en consultation d'obésité et le style éducatif de leurs parents. Au vu de l'originalité des résultats, un manuscrit a été soumis pour publication dans un journal scientifique. Un résumé de cette publication sera proposé dans l'Info ASDD. Ce projet a été mené en partenariat avec l'Hôpital de l'Enfance du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et supervisé par les professeures Corinne Jotterand Chaparro et Sophie Bucher Della Torre de la HEdS-Genève.

Les deux autres TM, menés dans des champs très différents, sont également de

très belle qualité. Mme Adamopoulou a étudié l'association entre l'image corporelle, le comportement et les connaissances alimentaires chez les jeunes femmes (supervision: Prof. Isabelle Carrard, HEdS-Genève). Mme Schmutz a investiguée, dans une étude qualitative maintenant publiée (1), les besoins des médecins pour prescrire la nutrition en soins intensifs de pédiatrie au CHUV (supervision: Prof. Jotterand Chaparro et Dr. Jacques Cotting).

Nous souhaitons plein succès à nos diplômées pour leur avenir professionnel.

Découvrez une sélection de TM réalisés dans le MSc en Sciences de la santé HES-SO – UNIL ou assistez aux soutenances publiques! Toutes les informations sur [www.hes-so.ch/mscasa](http://www.hes-so.ch/mscasa)

## Référence

- Mouillet, C., Schmutz, E., Depeyre, J.L., Perez, M.-H., Cotting, J., & Jotterand Chaparro, C. (2020). *Physicians' perceptions about managing enteral nutrition and the implementation of tools to assist in nutritional decision-making in a paediatric intensive care unit*, *Australian Critical Care*, 33, 219–227.

Master en Sciences de la santé

**LES JEUDIS DES ALUMNI**

*Unil*  
UNIL | Université de Genève

Hes·so

**KURSÜBERSICHT**  
**VUE D'ENSEMBLE DES COURS**  
**PANORAMICA DEI CORSI**

Am 1. Januar 2020 traten das Fortbildungsreglement (FBR-SVDE) sowie die Zertifizierungsrichtlinien in Kraft. Anlässe und Fortbildungen ab 1. Januar 2020 unterstehen daher dem neuen Punktesystem.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2020 entreront en vigueur le règlement de formation continue (RFC-ASDD) ainsi que les lignes directrices en matière de certification. Toutes les manifestations et formations continues sont soumises au nouveau système de points à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
<b>20.01.2021</b>	Basel	Vertiefungskurs Klinische Ernährung	<b>5</b>
<b>21.01.2021</b>	Zürich	Orthorexie – Wenn «Richtig-Essen» zur Krankheit wird	<b>8</b>
<b>21.01.2021</b>	Online	7. Ernährungssymposium USZ	<b>3</b>
<b>21.01.2021–12.03.2021</b>	Zürich	SWAMI Fellow – Ausbildung	<b>18</b>
<b>22.01.2021–23.01.2021</b>	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatrie (B11)	<b>14</b>
<b>22.01.2021–23.01.2021</b>	Bern	Nahrungsmittelallergien – eine spannende Herausforderung im Berufsalltag	<b>12</b>
<b>26.01.2021</b>	Online	4. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe «Sinnvolle Supplamente im Alter»	<b>6</b>
<b>27.01.2021</b>	Online	Pavimento pelvico e diabete	<b>1</b>
<b>28.01.2021</b>	Zürich	Gewaltfreie Kommunikation und Anwendung in Beratung und Therapie	<b>8</b>
<b>01.02.2021</b>	Zürich	Endometriose – ein komplexes Geschehen	<b>6</b>
<b>03.02.2021</b>	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: Säure-Basen-Haushalt nach Pischinger	<b>7</b>
<b>05.02.2021</b>	Bern	Ernährungstherapie bei sekundären Nahrungsmittelallergien	<b>6</b>
<b>06.02.2021</b>	Bussigny-près-Lausanne	Interface Digestive	<b>8</b>
<b>11.02.2021</b>	Zürich	Ernährung bei Frauenkrankheiten	<b>6</b>
<b>11.02.2021</b>	Genève	6 <sup>th</sup> Symposium GE-VD: Microbiota, obesity and obesity-associated diseases	<b>3</b>
<b>16.02.2021</b>	Bern	Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation	<b>8</b>
<b>18.02.2021</b>	Online	Allergie e intolleranze alimentari	<b>1</b>
<b>18.02.2021–20.02.2021</b>	Bern	Einführung in Motivational Interviewing. Hintergründe und Grundwerkzeuge.	<b>18</b>
<b>23.02.2021</b>	Zürich	Frauenheilkunde – Hormone und Hormonpflanzen	<b>6</b>
<b>25.02.2021</b>	Zürich	Ernährungspsychologie meets Bariatrie	<b>8</b>
<b>01.03.2021–05.10.2021</b>	Zürich	5-teiliger Modullehrgang angewandte Psycho-Neuro-Immunologie aPNI	<b>18</b>
<b>05.03.2021–06.03.2021</b>	Luzern	Humor und Provokation in Therapie und Beratung	<b>6</b>
<b>06.03.2021</b>	Bern	Mindful Parenting	<b>8</b>
<b>08.03.2021–10.03.2021</b>	Zürich	Gesundheitsrecht	<b>Zertifizierung ausstehend</b>
<b>10.03.2021</b>	Zürich	Ernährungstherapie bei gastroenterologischen Symptomen und Krankheiten	<b>14</b>
<b>12.03.2021–13.03.2021</b>	Luzern	Lösungsorientierte Gesprächsführung	<b>6</b>
<b>13.03.2021</b>	Bussigny-près-Lausanne	Protection Cellulaire	<b>8</b>
<b>23.03.2021–11.05.2021</b>	Online	Formation Mind-Eat	<b>18</b>
<b>24.03.2021</b>	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Stoffwechselkrankheiten	<b>7</b>
<b>25.03.2021</b>	Zürich	Die Depression hat 1000 Gesichter	<b>8</b>
<b>27.03.2021</b>	Winterthur	Interprofessionelles Symposium zu Advanced Practice	<b>5</b>
<b>27.03.2021</b>	Bussigny-près-Lausanne	Mettre en pratique les fondamentaux en micronutrition	<b>4</b>
<b>27.03.2021</b>	Winterthur	Interprofessionelles Symposium zu Advanced Practice	<b>5</b>
<b>31.03.2021</b>	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Störungen und Krankheiten vom Bewegungsapparat	<b>7</b>
<b>07.04.2021</b>	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie bei Haut-, Haar-, Nagelstörungen und Nierenerkrankungen	<b>7</b>
<b>08.04.2021–11.11.2021</b>	Zürich	SSAAMP Fortbildungsreihe Better Aging 2021	<b>15</b>
<b>12.04.2021–14.04.2021</b>	Online	Gesundheitspolitik	<b>Zertifizierung ausstehend</b>
<b>14.04.2021</b>	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie für Psyche und Endokrinum	<b>7</b>

**KURSÜBERSICHT**  
**VUE D'ENSEMBLE DES COURS**  
**PANORAMICA DEI CORSI**

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
<b>15.04.2021</b>	Zürich	Systemische Aufstellungen im Einzelsetting	<b>8</b>
<b>15.04.2021</b>	Zürich	Gestalttherapeutisches Vorgehen bei Widerständen in der EPB	<b>8</b>
<b>16.04.2021</b>	Online	Generalversammlung SVDE mit Rahmenprogramm	<b>6</b>
<b>16.04.2021</b>	Online	Assemblée générale ASDD avec programme-cadre	<b>6</b>
<b>21.04.2021</b>	Zürich	Individualisierte Ernährungstherapie: bei Tumoren und Krebs	<b>7</b>
<b>22.04.2021–24.04.2021</b>	Bern	Mit Motivational Interviewing den Ambivalenzen der Klientinnen und Klienten begegnen	<b>18</b>
<b>23.04.2021</b>	Luzern	Supervisionstag Lösungsorientierte Gesprächsführung	<b>6</b>
<b>24.04.2021</b>	Luzern	Zucker – eine Droge?	<b>6</b>
<b>27.04.2021</b>	Luzern	Allergie und Unverträglichkeit	<b>6</b>
<b>27.04.2021</b>	Online	Micronutrition et douleur: Quand il n'y a rien ...	<b>6</b>
<b>29.04.2021</b>	St. Gallen	GESKES-Zertifikatskurs: Neue Trends in der klinischen Ernährung – vom Hype zur Therapie	<b>3</b>
<b>30.04.2021–01.05.2021</b>	Bern	Resilienz und andere Ressourcen aktivieren	<b>18</b>
<b>01.05.2021</b>	Luzern	Übungstag Humor und Provokation	<b>6</b>
<b>03.05.2021–05.05.2021</b>	Zürich	Gesundheitsökonomie	<b>Zertifizierung ausstehend</b>
<b>19.05.2021–24.05.2021</b>	Niederwangen, Bern	Mindful Eating – Conscious Living/Achtsam essen – bewusst leben Fachfortbildung/Grundlagen 1	<b>18</b>
<b>20.05.2021</b>	Zürich	Gestalttherapeutischer Zugang in der Behandlung depressiven Erlebens	<b>8</b>
<b>21.05.2021</b>	Zürich	SWAMI Fellow – Supervision	<b>7</b>
<b>27.05.2021</b>	Zofingen oder Online	Die Anwendung der Positiven Psychologie in der EPB	<b>8</b>
<b>27.05.2021</b>	Zofingen oder Online	Essverhaltensstörungen	<b>Zertifizierung ausstehend</b>
<b>29.05.2021</b>	Zürich	SSAAMP Jahrestagung 2021	<b>6</b>
<b>04.06.2021</b>	Zürich	Die narzisstische Persönlichkeitsstruktur in Beziehungen	<b>8</b>
<b>04.06.2021</b>	Olten	Fachtagung Beratungssektion diabetesschweiz 2021	<b>5</b>
<b>07.06.2021–11.06.2021</b>	Bergün	Ketogenic Metabolic Therapies – Future Prevention & Treatment of NCD	<b>18</b>
<b>12.06.2021</b>	Bussigny-près-Lausanne	La consultation de micronutrition et ses outils	<b>7</b>
<b>24.06.2021–26.06.2021</b>	St. Gallen	Dreiländertagung «Ernährung 2021»	<b>18</b>
<b>24.06.2021–26.06.2021</b>	St. Gallen	Nutrition 2021	<b>18</b>
<b>25.06.2021–26.06.2021</b>	Carouge	La rééducation des troubles de la déglutition chez l'adulte	<b>12</b>
<b>26.08.2021</b>	Olten	Aminosäuren	<b>6</b>
<b>27.08.2021</b>	Bern	Fortbildung Nahrungsmittelunverträglichkeiten – häufig bis häufig übersehen	<b>6</b>
<b>30.08.2021–01.09.2021</b>	Zürich	Innovative Versorgungsformen in der Gesundheitsversorgung	<b>Zertifizierung ausstehend</b>
<b>03.09.2021</b>	Bern	Fachtagung SGE – «Mega-Trends und ihr Einfluss auf die Ernährungs-Zukunft»	<b>7</b>
<b>06.09.2021–08.09.2021</b>	Zürich	Einführung in Public Health	<b>Zertifizierung ausstehend</b>
<b>07.11.2021–23.11.2021</b>	Olten	Mikronährstoff-Zyklus	<b>18</b>
<b>09.09.2021</b>	Zürich	Selbsthypnose zur Selbsthilfe	<b>8</b>
<b>10.09.2021</b>	Zürich	Migrant(inn)en in der Beratung und Therapie	<b>8</b>
<b>11.09.2021</b>	Luzern	Darmbalance – was hat der Darm mit dem metabolischen Syndrom zu tun?	<b>6</b>
<b>11.09.2021</b>	Bussigny-près-Lausanne	Fonction Cervau	<b>8</b>
<b>18.09.2021–23.10.2021</b>	Luzern	Humor und Schlagfertigkeit (2 Tage)	<b>12</b>
<b>23.09.21</b>	Zürich	Sexualberatung und -therapie	<b>8</b>
<b>09.10.21</b>	Bussigny-près-Lausanne	Risque cardiometabolique	<b>8</b>
<b>14.10.21</b>	Lugano	La parte degli angeli. Spiritualità e cura.	<b>4</b>
<b>22.10.21–23.10.21</b>	Zürich	Wechseljahre – Wandlungsjahre – Die Lebensmitte neu entdeckt	<b>18</b>
<b>25.10.21–12.11.21</b>	Zürich	Umwelt und Gesundheit	<b>Zertifizierung ausstehend</b>

**Ensure®  
PLUS  
ADVANCE**

«Lebensqualität  
mit fünf Buchstaben?  
**K-R-A-F-T!**»

« Qualité de vie  
avec cinq lettres ?  
**F-O-R-C-E !** »

Monique, 74

**#1 IN TRINKNAHRUNGEN WELTWEIT<sup>1</sup>**  
**#1 MONDIAL POUR LES SUPPLÉMENTS  
NUTRITIFS ORAUX<sup>1</sup>**

**MEHR MUSKELKRAFT. ZURÜCK IM LEBEN.  
Helfen Sie Ihren Patienten zurück ins Leben!**

Ensure® Plus Advance ist die **hochkalorische Hochprotein-Trinknahrung**,  
die Sie zusätzlich unterstützt: mit **HMB<sup>#</sup>** für mehr Muskelkraft.

**PLUS DE FORCE MUSCULAIRE. RETOUR À LA VIE.  
Aidez vos patients à retourner à la vie !**

Ensure® Plus Advance est un supplément nutritif oral riche en calories et  
en protéines: avec de la HMB<sup>#</sup> pour plus de force musculaire.



	<b>1.5 g CaHMB<sup>#</sup></b>	<b>Das starke Extra Le fortifiant extra</b>
	<b>20 g</b>	<b>Hochprotein Haute teneur en protéines</b>
	<b>500 IE/UI</b>	<b>Vitamin D Vitamine D</b>
	<b>330 kcal</b>	<b>Energie Énergie</b>
<b>5</b>		<b>Feine Aromen Arômes raffinés</b>

<sup>#</sup>(Calcium-)β-Hydroxy-β-Methylbutyrat \*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

References: <sup>1</sup>Ensure® Plus Advance is part of the Ensure® brand, the #1 Nutritional Supplement Drink in the world, now sold in over 85 countries. Source: Euromonitor International Limited; Consumer Health 2020 edition, per Supplement Nutrition Drinks category definition, retail value sales, RSP, 2019 data  
<sup>2</sup>Gomes F, et al. Clin Nutr 2018; 37 (1), 336-353



NEU



## resource<sup>®</sup> ULTRA fruit

Die fruchtige  
Trinknahrung mit  
höchster Protein-  
konzentration



14 g\*  
Molken-  
protein

300\*  
kcal

0 g  
Fett

\*pro 200ml Flasche

**Resource<sup>®</sup> Ultra fruit** ist besonders geeignet als erfrischende Alternative zu milchigen Ergänzungsnahrungen, bei Mangelernährung, onkologischen Erkrankungen oder zur prä-/postoperativen Ernährung.



Rückerrstattung – Resource<sup>®</sup> Trinknahrungen werden von der Grundversicherung für medizinische Indikationen gemäss GESKES Richtlinien rückerrstattet.