Gary Taubes

Warum wir dick werden

Leseprobe

Warum wir dick werden

von Gary Taubes

Herausgeber: Unimedica



Im Narayana Webshop finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Copyright:
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
https://www.narayana-verlag.de

Narayana Verlag ist ein Verlag für Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise. Wir publizieren Werke von hochkarätigen innovativen Autoren wie Rosina Sonnenschmidt, Rajan Sankaran, George Vithoulkas, Douglas M. Borland, Jan Scholten, Frans Kusse, Massimo Mangialavori, Kate Birch, Vaikunthanath Das Kaviraj, Sandra Perko, Ulrich Welte, Patricia Le Roux, Samuel Hahnemann, Mohinder Singh Jus, Dinesh Chauhan.

Narayana Verlag veranstaltet Homöopathie Seminare. Weltweit bekannte Referenten wie Rosina Sonnenschmidt, Massimo Mangialavori, Jan Scholten, Rajan Sankaran & Louis Klein begeistern bis zu 300 Teilnehmer

Inhalt

Hinweis des Autors VII

Einführung – Die Ursünde XIII

BUCH 1: BIOLOGIE, NICHT PHYSIK 1

1 Warum waren Sie dick? 2

2 Die kaum zu registrierenden Vorzüge einer Essensreduktion 24

3 Die kaum zu registrierenden Vorzüge von körperlicher Betätigung 33

4 Die Bedeutung von zwanzig Kalorien am Tag 55

5 Warum ich? Warum an dieser Stelle? Warum gerade zu diesem Zeitpunkt? 61

6 Thermodynamik für Dummies – Teil 1 72

7 Thermodynamik für Dummies – Teil 2 78

8 Labilität 81

BUCH 2: DAS EINMALEINS DER FETTLEIBIGKEIT 91
9 Die Hauptsätze der Fettleibigkeit 92
10 Ein historischer Exkurs über „Lipophilie“ 115
11 Ein Leitfaden über die Regulierung von Fettspeicherung und -abbau 122
12 Warum ich dick werde und du nicht (oder umgekehrt) 142
13 Was wir tun können 151
14 Gesammelte Ungerechtigkeiten 158
15 Warum Diäten erfolgreich sind und scheitern 163
16 Ein historischer Exkurs über die dick machenden Kohlenhydrate 169
17 Fleisch oder pflanzliche Nahrung? 188
18 Die Beschaffenheit einer gesunden Ernährung 202
19 Umsetzung 239

NACHWORT ZU DIESER AUSGABE 263
Antworten auf häufig gestellte Fragen 264

ANHANG 277
Die „Keine-Zucker-keine-Stärke“-Diät 278
Danksagungen 286
Referenzen 288
Index 310
Über den Autor 317

Einführung – Die Ursünde

Im Jahr 1934 zog eine junge deutsche Kinderärztin namens Hilde Bruch in die USA, ließ sich in New York City nieder und war, wie sie später schrieb, „erschrocken" darüber, wie viele dicke Kinder sie sah – „wirklich dicke Kinder, nicht nur in den Sprechstunden, auch auf den Straßen, in den U-Bahnen und in den Schulen". Die hohe Anzahl an fettleibigen Kindern in New York war so auffallend, dass andere europäische Einwanderer Hilde Bruch darauf ansprachen, weil sie davon ausgingen, dass sie wissen würde, woran das lag. Was ist denn mit den US-amerikanischen Kindern los, fragten sie. Warum sind sie so aufgedunsen und aufgebläht? Viele sagten, dass sie noch nie so viele dicke Kinder gesehen hätten.

Heute, da wir ständig daran erinnert werden, dass sich das Problem der Fettleibigkeit – wie überall in der entwickelten Welt – epidemieartig ausbreitet, hören wir ständig solche Fragen oder stellen sie uns selbst. Die gleiche Frage wird über dicke Erwachsene gestellt. Warum sind sie so aufgedunsen und aufgebläht? Oder vielleicht fragen Sie sich auch selber: Warum bin ich so dick?

Aber Hilde Bruch machte ihre Beobachtung Mitte der 1930er-Jahre in New York, zwei Jahrzehnte bevor die ersten Kentucky-Fried-Chicken- und McDonald's-Filialen eröffneten und das Fast Food, wie wir es heute kennen, geboren wurde. Es war ein halbes Jahrhundert vor den Supersize-Portionen und der Verwendung von Maissirup mit hohem Fruchtzuckergehalt. Wichtiger noch: 1934 war ein Jahr mitten während der Großen Depression, einer Zeit, die geprägt war von noch nie dagewesener Arbeitslosigkeit, von Suppenküchen und Schlangen

von Bedürftigen, an die Nahrungsmittel verteilt wurden. Jeder vierte US-Amerikaner war arbeitslos. 60 % der US-Amerikaner lebten in Armut. In New York City, wo Hilde Bruch und die mit ihr gekommenen Einwanderer so erstaunt über die vielen dicken Kinder waren, galt jedes vierte Kind als mangelernährt. Wie konnte das sein?

Ein Jahr nach ihrer Ankunft in New York richtete Hilde Bruch am Columbia University College of Physicians and Surgeons eine Sprechstunde zur Behandlung übergewichtiger Kinder ein. 1939 veröffentlichte sie den ersten von zahlreichen Berichten über ihre intensiven Studien an den vielen übergewichtigen Kindern, die sie behandelt hatte, wenn auch nahezu ausnahmslos ohne Erfolg. Durch Interviews mit ihren Patienten und deren Familien hatte sie erfahren, dass die betroffenen Kinder tatsächlich zu viel aßen, so sehr sie selber oder ihre Eltern dies auch anfänglich bestritten haben mochten. Doch der Rat, weniger zu essen, bewirkte nichts, und egal wie viele Anweisungen, Ratschläge oder Ermahnungen sie auch erteilte und egal wie viel Mitleid sie aufbrachte – nichts schien zu helfen.

Laut Hilde Bruch war die schlichte Tatsache nicht zu übersehen, dass diese Kinder ihr ganzes Leben lang versucht hatten, weniger zu essen, um ihr Gewicht unter Kontrolle zu bringen, oder zumindest darüber nachgedacht hatten, weniger zu essen, und dennoch dick geblieben waren. Einige dieser Kinder, berichtete Bruch, „unternahmen gewaltige Anstrengungen, um abzunehmen und gaben praktisch ihr bisheriges Leben auf, um dieses Ziel zu erreichen." Doch ein niedrigeres Gewicht zu halten, bedeutete, „sich so zu ernähren, dass sie praktisch immer Hunger litten", und das konnten sie schlicht und einfach nicht, obwohl ihre Fettleibigkeit sie unglücklich und zu sozialen Außenseitern machte.

Eine von Bruchs Patientinnen war ein zartes Mädchen im Teenageralter, das „im wahrsten Sinne des Wortes in Bergen von Fett verschwand". Dieses Mädchen hatte sein ganzes Leben lang gegen sein Gewicht und die Bemühungen seiner Eltern

angekämpft, es beim Abnehmen zu unterstützen. Es wusste, was es tun musste, oder glaubte zumindest, es zu wissen, genau wie seine Eltern, nämlich weniger essen. Der ständige Kampf darum bestimmte das Dasein dieses Mädchens. „Mir war immer klar, dass dein Leben davon bestimmt wird, was du für eine Figur hast", stellte es Hilde Bruch gegenüber klar. „Ich war immer unglücklich und deprimiert, wenn ich zugenommen habe. Es gab nichts, wofür es sich zu leben lohnte … Ich habe mich regelrecht gehasst. Ich konnte es einfach nicht ertragen. Ich wollte mich nicht sehen. Ich hasste Spiegel. Sie zeigten mir, wie dick ich war … Ich habe mich nie dabei wohlgefühlt zu essen und dick zu werden – aber ich habe einfach keine Lösung für mein Problem gesehen, und deshalb bin ich immer dicker geworden."

So wie das zarte Mädchen, von dem Bruch berichtet, verbringen viele von uns, die übergewichtig oder fettleibig sind, einen großen Teil ihres Lebens damit zu versuchen, weniger zu essen oder zumindest nicht zu viel zu essen. Manchmal gelingt uns das, manchmal scheitern wir, aber der Kampf geht immer weiter. Für einige beginnt der Kampf wie für die Patienten von Hilde Bruch in der Kindheit. Für andere beginnt er mit zwanzig als frischgebackene Studienanfänger, im ersten Jahr weg von zu Hause, wenn sich um die Taille und an den Hüften auf einmal diese Fettpolster bilden. Wieder andere werden sich zwischen dreißig und vierzig oder zwischen vierzig und fünfzig dessen bewusst, dass das Schlankbleiben auf einmal nicht mehr so mühelos ist, wie es einmal war.

Wenn wir dicker sein sollten, als die medizinischen Autoritäten dies für gut befinden, und wir aus irgendeinem Grund einen Arzt aufsuchen, wird dieser uns wahrscheinlich mehr oder weniger nachdrücklich nahelegen, dieses Problem anzugehen. Fettleibigkeit und Übergewicht, werden wir unterrichtet, erhöhen für nahezu jede chronische Krankheit, die einen ereilen kann, das Risiko, an einer oder mehrerer dieser Krankheiten zu erkranken – Herzleiden, Schlaganfall, Diabetes, Krebs, Demenz, Asthma. Wir werden ermahnt, regelmäßig Sport zu treiben, eine

Diät zu machen und weniger zu essen, als ob der Gedanke oder der Wunsch, dies zu tun, uns noch nie durch den Kopf gegangen wäre. „Häufiger als bei jeder anderen Krankheit", so Bruch über Fettleibigkeit, „gehen die Patienten nur zum Arzt, um sich von diesem zu einem ganz besonderen Trick ermuntern zu lassen, nämlich weniger zu essen, nachdem sie bereits selber die Erfahrung gemacht haben, dass dieser Trick nicht funktioniert."

Die Ärzte, die zu der Zeit von Hilde Bruch praktiziert haben, waren nicht unbedacht, und die heutigen sind es auch nicht. Sie sind nur von einem mangelhaften Glaubenssatz überzeugt – einem Paradigma –, der sie davon ausgehen lässt, dass der Grund, aus dem wir dick werden, eindeutig und unbestreitbar ist und das Gleiche auch für die Abhilfe gelten muss. Wir werden dick, sagen uns unsere Ärzte, weil wir zu viel essen und/oder uns zu wenig bewegen, weshalb das Heilmittel darin bestehe, das Gegenteil zu tun. Zumindest sollten wir, wie Michael Pollan es so eingängig in seinem Bestseller *In Defense of Food* [deutsch: *Lebens-Mittel: Eine Verteidigung gegen die industrielle Nahrung und den Diätenwahn*] empfohlen hat, „nicht zu viel essen", das würde schon reichen. Wenigstens würden wir dann nicht noch dicker werden. Diese Sichtweise hat Bruch 1957 als die „in den USA vorherrschende Ansicht" beschrieben, „der zufolge das Problem der Fettleibigkeit einfach nur darauf zurückzuführen ist, dass die Betroffenen mehr essen, als der Körper benötigt." Inzwischen ist dies weltweit die vorherrschende Ansicht im Hinblick auf die Ursache von Fettleibigkeit.

Wir können dies als „Kalorienaufnahme-Kalorienverbrauch"-Paradigma oder als „Überernährungs"-Paradigma bezeichnen – oder auch als „Energiebilanz"-Paradigma, wenn wir es fachsprachlich ausdrücken wollen. Laut Weltgesundheitsorganisation „ist die grundlegende Ursache von Fettleibigkeit und Übergewicht eine unausgewogene Energiebilanz, ein Ungleichgewicht zwischen aufgenommenen Kalorien einerseits

und verbrauchten Kalorien andererseits."[1] Wir werden dick, wenn wir mehr Energie aufnehmen, als wir verbrauchen (also, in wissenschaftlicher Terminologie, eine positive Energiebilanz aufweisen), und wir nehmen ab, wenn wir mehr Energie verbrauchen, als wir aufnehmen (also eine negative Energiebilanz aufweisen). Nahrung liefert Energie, und wir messen diese Energie in Kalorien. Wenn wir also mehr Kalorien aufnehmen, als wir verbrauchen, werden wir dicker. Wenn wir weniger Kalorien aufnehmen, als wir verbrauchen, nehmen wir ab.

Diese Denkweise über unser Gewicht ist so einleuchtend und so verbreitet, dass es heutzutage praktisch unmöglich ist, nicht zu glauben, dass es sich so verhält. Obwohl wir über jede Menge Beweise verfügen, die das Gegenteil belegen – und egal, wie viel Zeit unseres Lebens wir bewusst, jedoch erfolglos damit verbracht haben zu versuchen, weniger zu essen und uns mehr zu bewegen –, ist es wahrscheinlicher, dass wir unsere Urteilsfähigkeit und Willenskraft infrage stellen als diesen Glaubenssatz, der besagt, dass unser Gewicht dadurch bestimmt wird, wie viele Kalorien wir aufnehmen und verbrauchen.

---

1 Derartige offizielle Feststellungen werden allgemein verbreitet. Hier noch einige weitere Beispiele. Die Centers for Disease Control and Prevention der USA: „Gewichtskontrolle ist einzig und allein eine Frage des Gleichgewichts. Es geht darum, die Menge der Kalorien, die man aufnimmt, mit der Menge an Kalorien, die der Körper verbrennt, in Einklang zu bringen." Der Medical Research Council von Großbritannien: „Auch wenn die Zunahme von Fettleibigkeit nicht auf einen einzelnen Faktor zurückgeführt werden kann, ist der Grund schlicht und einfach in dem Ungleichgewicht zwischen aufgenommener Energie (durch die Nahrung, die wir zu uns nehmen) und verbrauchter Energie (vor allem durch körperliche Betätigung) zu finden." INSERM, das französische nationale Institut für Gesundheit und medizinische Forschung: „Überschüssiges Körpergewicht ist immer einer Folge eines Ungleichgewichts zwischen aufgenommener und verbrauchter Energie." Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit: „Übergewicht ist die Folge einer zu hohen Energiezufuhr im Vergleich zum Energieverbrauch."

Index

A

Adrenalin 137
Afroamerikaner 16, 197
Alkohol 157, 175, 282
Altern 235
Alzheimer 197
Aminosäuren 204–205, 207
Appetit 33, 42, 46–48, 51, 78–79, 84, 88–89, 105, 253
  Pervertierter-Appetit 84, 88, 116–117
Armut und Fettleibigkeit 6–7, 13, 15–17, 19–21, 35, 124
Asthma 238
Atherosklerose 230, 232
Avocado 280

B

Ballaststoffe 24, 165, 267–268, 285
  Unverdauliche 153, 193
Bauchspeicheldrüse 125, 129, 136, 138, 145, 149, 232, 237
Bier 57, 151, 157, 164, 205, 280
  Bierbauch 67, 71, 157
Blutdruck 147, 226, 228, 232, 234, 257, 258, 272
Blutfett. *Siehe* Lipide
Bluthochdruck 195, 216, 232, 234, 259, 279
Blutzucker 124–126, 130, 133, 136, 137, 140, 144–145, 147–152, 155–158, 160–161, 192, 206, 232, 234–237, 259, 273, 282
Body Mass Index 69
Bouillon 279
Butter 209, 224, 256, 281

C

Cholesterin 14, 187, 202, 209, 212, 215, 219, 222–226, 228–229, 233–235, 257, 272
  HDL 147, 221–225, 228, 230, 232, 272
  LDL 213, 218, 220–221, 224–225, 229, 231
Citrat 157
Cortisol 138

D

Desserts 281
Diabetes 18–19, 34, 53, 87, 134, 149, 157, 174, 208, 214, 226, 232–238, 241–242, 266, 269–270, 272–273, 275
Diät 39, 51, 81, 92, 96, 101, 110, 120, 123, 163–168, 179–180, 186. *Siehe auch* Ernährung
  600-Kalorien-am-Tag 31
  Atkins 225–228, 240–241, 247, 264–265, 269
  Banting 176
  Essen-Sie-so-viel-Sie-wollen 181
  Fleischreich 174, 180, 188, 260, 265, 268
  Hungern 26, 30, 78–80, 83, 101, 109–113, 124, 167, 204, 249–254, 283
  Kein-Zucker-keine-Stärke 278–286
  Ketogene 207–208
  Mittelmeer 15, 224
  Nahrungsmittel 186, 244, 283
  Ornish 227
  Paleo 266–267

Ratgeber 98, 240, 260
Scheitern 83–84, 96, 120, 163–168, 245, 249
Traditionelle 227
Umsetzung 239–261
Zone 227

E

Eier 169, 179, 205, 209, 221–222, 224–225, 241, 256, 266, 279, 281, 283
Eierstöcke 92–96, 107, 130
Endokrinologie 82, 116, 118, 122, 178, 183, 242
Energie
Energiebedarf 42, 141
Energiebilanz 55, 57, 59–60, 68, 73, 97
Energiedichte von Nahrungsmittel 165, 211–212, 237
Energieerhaltung 73, 103
Energiegehalt in Nahrungsmitteln 5, 264
Energiegewinnung 133, 146–148, 247, 253–255, 256, 264–265, 271–272
Energieverbrauch 34, 35, 41–43, 46–47, 50, 51–53, 58–59, 78–80, 83, 86, 93–94, 105–106, 109, 113–114, 117, 250, 253–254, 264
Energievorrat 100
Energiezufuhr 194, 254
Epilepsie 208
Ernährung 220. *Siehe auch* Diät, Mangelernährung, Unterernährung
Ausgewogene 202–208
Empfohlene 166, 184, 187, 191, 195, 198, 213
Ernährungspyramide 184, 191
Evolution und 188, 194, 206
Fettarme 24–25, 72, 163–165, 171, 191, 212–218, 223, 226, 231, 235, 255, 259, 269, 281
Fettreiche 186, 212, 225–226, 228–229, 235, 255, 264, 269
Gesunde 202–237
Insulin beeinflusst durch 147, 151
Jäger und Sammler 190–194, 266
Kalorienreduzierte 28–31, 108, 110, 167, 182, 223, 226, 269, 283
Kohlenhydratreduzierte 171, 177, 181, 184, 187, 192, 201–202, 206, 208–209, 212, 225, 228, 231, 235, 240, 242, 244, 249, 252–253, 255, 258, 260–261, 264, 267, 275–276, 282–285
Kohlenhydratreiche 124, 141, 151, 163, 171, 213, 223, 230, 259, 268, 271, 273, 275
Mittelmeerdiät 14–15, 224
Proteinreiche 225, 255–256
Und chronische Krankheiten 195–201
Vegane 246, 265
Vegetarische 191, 199, 200, 246
Westliche 194–199
Essensreduktion 24–31
Evolution 101–102, 188, 194, 206, 212, 266

F

Fasten 31, 120, 244
Fett
Energie in 56
Fettanteil 66, 100, 106, 107, 180, 184, 256
Speicherung 93–94, 108, 112–113, 115–116, 123–141, 143–147, 271
Fettarm. *Siehe auch* Ernährung, fettarme
Nahrungsmittel 166, 186, 221–222, 283

Fettkonsum, zu hoher 168, 213–214, 217–218, 228, 252, 258, 273
Fettleber 157, 238
Fettleibigkeit. *Siehe auch* Armut und Fettleibigkeit
  Das Einmaleins der Fettleibigkeit 91–272
  Fettleibigkeitsepidemie 4–6, 13, 33, 35–37, 87, 148–149, 154, 172, 214, 232
  Fettleibigkeitsforschung 28–29, 79, 84
Fettregulierung 96–104, 108, 109, 111, 115–116, 118–123, 133, 168, 183, 245, 264, 275
Fettreich. *Siehe auch* Ernährung, fettreich
  Nahrungsmittel 165, 187, 225
Fettsäuren 127–128, 131, 133–134, 136–138, 140, 157, 159, 186–187, 202, 205, 207, 209–214, 216–222, 224–231, 233, 269, 274
Fettspeicher 100–101, 112, 248, 275
Fettspeicherung und -abbau VI–XXV, 96–97, 99–100, 102, 109, 111, 115–116, 118–119, 122–141, 168, 245, 264, 275
Fettstoffwechsel 124, 127, 130, 132, 245
Fettzellen 94–96, 103, 111, 123–129, 132–134, 136, 138, 140, 144–147, 156, 167, 232, 234, 245, 252, 253
Fisch 10, 31, 175, 178, 181, 184, 191, 194, 198–199, 226, 241, 255, 256, 267, 279
Fleisch 14–15, 31, 34, 67, 173, 175–176, 178, 181, 184, 187, 191–193, 194, 197–200, 205, 256, 266–267, 270, 278, 281, 285. *Siehe auch* Diät, fleischreich
Frauen 96, 149, 177, 181, 221, 243
  Armut und Fettleibigkeit 6–7, 16–23
  Brustkrebs 196
  Fettarme Diät 24–25, 217–218
  Fettverteilung in 61–62, 67–69, 99, 131
  Kohlenhydratreduzierte Diät 244
  Pima 8–12
  Sioux 13
Fruchtsäfte 151, 164, 280, 285
Fruchtzuckergehalt, Maissirup mit hohem 154–155, 162, 167, 233, 285
Fructose 125, 154–157, 161, 164, 167, 273, 285

G

Geflügel 31, 178, 181, 184, 194, 226, 241, 267, 278, 281
Gehirn 161–162, 207, 250
Gemüse 24, 173, 191, 193, 198–200, 206, 217–218, 247, 278–280, 284, 285
  Blattgemüse, grünes 153, 204–205, 241–242, 246, 248, 267
  Grünes 154, 165, 167, 179, 267–268, 279
  Stärkehaltiges 240, 246, 265, 267
Gene 63–67, 77, 99, 103, 116, 118–119, 142, 148, 189, 194–195, 222, 243, 270, 276
  Manipulation 65, 107–113
Getränke 282
Gewicht halten 11, 26, 31, 35, 38, 40, 55, 57–59, 158, 186, 213, 252, 259, 265
Gewichtskontrolle 46, 49, 51, 183, 274

Gewichtsverlust 25–26, 28, 31, 33, 43, 49–50, 96, 167, 181, 182, 203, 212, 227–228, 245, 247–248
Gewürzgurken 280
Gicht 234–235, 238, 257
Glucose 120, 125–126, 128, 133, 136, 144–146, 149–150, 152, 155–157, 159, 161, 174, 205–208, 256, 273, 285
  Glucoseintoleranz 147, 232
Glycerol 128, 134, 207
Glykämischer Index 152, 192, 246, 265
Glykogen 126, 130, 143, 146, 161

H

Harnsäure 234
Herzerkrankungen 14, 24, 102, 155, 184–187, 195, 201–203, 209–214, 218–224, 226–227, 229, 231–234, 238, 266, 269, 273, 275
High-fructose corn syrup. *Siehe* Maissirup mit hohem Fruchtzuckergehalt
Hindus 199, 200
HIV 70–71
Hormone 82, 94, 96–97, 99, 114, 119–120, 129, 136–137, 142, 243, 264–265, 275. *Siehe auch* Östrogene, Testosteron, Insulin
  Anomalien 236, 275
  Sexualhormone 92, 94, 99, 131, 137
  Wachstumshormone 105, 137
Hormonsensitive Lipase (HSL) 133–134, 136, 138, 142
Hunger 11, 23, 51–52, 92, 120–121, 127, 140–141, 159, 204, 254, 268, 271, 278. *Siehe auch* Diät, hungern
  Heißhunger 86, 160–162, 249–250, 253, 282
Hyperinsulinämie 273. *Siehe auch* Insulinresistenz
Hypoglykämie 259

I

Insulin 125–126, 129, 132–152, 155–161, 165, 167, 185, 193, 206–207, 223, 232–237, 243–244, 250, 258–259, 264, 271–272, 275–276
Insulinresistenz 138, 144–149, 156, 160, 228, 232–236, 250, 273–274
Inuit 192, 197, 199–200, 256, 268

J

Jäger und Sammler 190–194, 266

K

Kalorien
  Fettkalorien 165–166, 203
  Gesamtkalorien 58, 165, 191, 192–193, 198, 226–227, 256
  Kalorienreduziert. *Siehe* Ernährung, kalorienreduzierte
  Kalorienreich 154, 164, 225
  „leere“ 155, 278
  Zählen 72, 180, 264, 283
  Zwanzig, am Tag 55–60, 139
Kalorienaufnahme-Kalorienverbrauch-Konzept 19, 33, 40–41, 55–60, 63, 67, 69, 71, 73, 81–82, 87, 93, 102, 170, 260
Käse 279
Keto-Anpassung 257
Ketogene Diäten 207
Kinder 5–8, 13–16, 21–23, 60, 63, 104, 112, 118, 148–149, 181, 251
Knollenfrüchte 193, 266
Koffein 282
Kohlenhydrate 169
  Gesamtkohlenhydratgehalt 285
  In Alkohol 157, 282

Kohlenhydrate...
Kohlenhydratkonsum, zu hoher 179, 194, 203–206, 223, 228, 233, 238, 243–251, 257, 264–265, 272, 274–275
Kohlenhydratreich 157, 160, 179, 183, 193, 202, 236, 254. *Siehe auch* Ernährung, kohlenhydratreiche
Leere 278
Leicht verdaulich 145, 159, 211, 250, 273–274, 274
Raffinierte 194, 203–204, 240, 265, 273–274
Und Insulin 129, 134, 135, 139, 161, 264
Kohlenhydratreduktion 158, 203–204, 209, 246, 250, 265, 267, 273, 274–275. *Siehe auch* Ernährung, kohlenhydratreduzierte
Kohlenhydratentzug 257
Speiseplan 283
Körperfett 25, 47–48, 52, 61, 68, 94, 98–99, 106, 108–113, 118–119, 151, 175, 182, 237, 247, 271–272
Körperliche Arbeit 12, 17, 20, 33, 35
Krankheiten, chronische 34, 45, 189, 195–196, 203, 210, 265–266, 272–273
Krebs 5, 24, 34, 88, 102, 172, 195–196, 199, 236–238, 266, 269, 272–273, 275
Brust 196–197, 216, 218, 237
Darm 197, 218
Lungen 151, 158, 162, 198, 203

L

Leber 126, 134, 136, 140, 145, 155–156, 161, 174, 207, 232, 234, 269
Leberverfettung 156, 238
Limettensaft 280
Lipide 68, 228, 276
Lipidabweichungen 232
Lipodystrophie, progressive 68–70
Lipoproteinlipase (LPL) 94–96, 99, 130–133, 136, 138, 142

M

Maasai 199, 200, 268
Mais 270
Maissirup mit hohem Fruchtzuckergehalt 154–155, 162, 167, 233, 280, 285
Maltose 157, 285
Mangelernährung 6, 14–16, 20–22
Männer, Fettverteilung in 67–68, 99, 131
Mayonnaise 280
Medikamente 31, 71, 221, 259, 283
Cholesterinsenkende 213, 215, 219–220
Meeresfrüchte 279
Mehl 151, 157, 169, 170, 178, 193, 200–201, 267, 273
Mengen 282
Menopause 96, 131
Metabolisches Syndrom 231–238, 242, 269, 272–273, 275
Mineralien 14, 155
Muskeln 52, 67, 74, 110–113, 132–133, 140–141, 143, 145–148, 156, 160, 168
Muskelzellen 94, 126, 130–134, 141, 145–147, 167, 232

N

Nährstoffe 112–113, 142, 148, 159, 161, 166–167, 171, 191, 195, 204–205, 211–212, 264, 266, 278
Natrium 234, 258, 268, 279
Nieren 110, 206, 234, 258

O

Obst 24, 153–154, 156, 173, 175, 191, 194, 198–200, 206, 217–218, 241, 247, 271, 280, 283
Öle 281
  Ölsäure 224
Oliven 280
  Olivenöl 15, 224, 240, 281
Östrogen 94, 96, 99, 131, 243
Oxidativer Stress 235

P

Paleo-Diät 266–267
Pima 8–13, 16
Protein
  Proteinanteil 182, 256
  Proteingehalt 191, 255
  Proteinkonsum, zu hoher 168, 252, 258
  Tierisches 153
Proteinreich 130, 225, 255–256
Pubertät 16, 68–69, 105

S

Saccharose 154–155, 233, 273
Sahne 280
Salat 279
Schlaf 126, 139, 207, 274
Schlaganfall 195, 218, 232
Schlankheit 6, 10, 37, 57–60, 63, 68–70, 102, 113–114, 142, 146–147, 158, 209–211, 237–238, 243, 269–270, 273
Schmalz 224
Schwangerschaft 131, 149
Sioux 13, 19, 22
Snacks. *Siehe* Zwischenmahlzeiten
Softdrinks 5, 7, 151, 154–155, 164, 167, 200
Sojasaucen 280
Speiseplan, kohlenhydratreduziert 283
Sport 5, 7, 20, 33, 34, 36–39, 42–46, 49–50, 51, 53, 55, 61, 71, 78, 80, 84, 113, 117, 123, 132, 143, 147, 167, 172, 176, 180, 202, 222, 227, 254, 258, 271. *Siehe auch* Training
Stärke 152, 155, 165, 170–171, 174–176, 186, 192, 194, 204, 241, 278. *Siehe auch* Kohlenhydrate
  Kein-Zucker-keine-Stärke-Diät 280–285
Steatopygie 61–62, 99
Stoffwechsel 77, 80, 118, 147–148, 208. *Siehe auch* Metabolisches Syndrom
Stoffwechselstörungen 107, 147, 232–233
Stress 121, 138
Sucht 211, 250
Sukrose 285
Süßigkeiten 5, 158, 161, 167, 171–172, 178, 186, 194, 200, 241
Süßstoffe, künstliche 154–155, 251, 281

T

Testosteron 131, 243
Thermodynamik 72–80, 103, 202
Tierische Produkte 175, 205, 225, 245, 256
  Tierische Fette 224
  Tierisches Protein 153
  Vitamin C 206
Trägheit. *Siehe* Bewegungsmangel, Völlerei
Training 33, 42, 44, 49, 52, 132, 164, 167. *Siehe auch* Sport
Transfette 224, 281
Triglyceride 94, 127–128, 130, 133–134, 136, 138, 165, 207, 221, 229, 234–235

U

Überernährung 4, 20, 73, 76
Übergewicht. *Siehe* Fettleibigkeit
Unterernährung 14, 21–22, 60, 117. *Siehe auch* Mangelernährung

V

Vegan. *Siehe* Ernährung, vegane
Vegetarisch. *Siehe* Ernährung, vegetarische
Verdauung 125–127, 139, 151, 170, 193
Verstopfung 268
Viszerales Fettgewebe 269
Vitamine 14, 154–155, 204–205
  Vitamin A 45, 205
  Vitamin B 204–206
  Vitamin B12 205
  Vitamin C 45, 154, 205–206
  Vitamin D 205
  Vitamin E 205
Völlerei 20–21, 81–82, 96–97, 111, 113–114, 117, 119, 121. *Siehe auch* Trägheit

W

Wachstum 21, 97, 105–107, 112, 114
  Faktoren 237
Weltgesundheitsorganisation 5, 36, 55, 196, 218, 269

Z

Zellen 79–80, 94–95, 98, 124–128, 130, 133–134, 140–142, 144–145, 148–149, 159, 161, 167, 205–206, 234, 256. *Siehe auch* Muskelzellen, Fettzellen
Zitronensaft 280
Zone-Diät 227
Zucker 12, 125, 153–157, 165, 169–171, 174–176, 178–179, 183, 186–187, 192, 193–194, 198, 200, 203–204, 210–211, 233, 236, 240, 241, 243, 246, 247, 265–268, 269, 272–274, 285. *Siehe auch* Fructose, Glucose, Maissirup
  Kein-Zucker-keine-Stärke-Diät 278–286
  Sucht 161–162, 250–251
Zucker-Ratten 109–111
Zwillinge 63–64
Zwischenmahlzeiten 187, 253, 280
Zytokine 234

Gary Taubes

Warum wir dick werden

Und was wir dagegen tun können

344 Seiten, geb.
erscheint 2018

Jetzt kaufen



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise www.narayana-verlag.de