



Standard für Ernährungsberatung (EB)

Thema: **Esstörungen, Anorexia nervosa**

1. Kurzbeschreibung des Krankheitsbildes

Definition nach ICD-10, Nr. F50.0:

Die Anorexie ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen; heranwachsenden Jungen und jungen Männern, Kinder vor der Pubertät und Frauen bis zur Menopause können ebenfalls betroffen sein. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden, wobei die Angst vor einem dicken Körper und einer schlaffen Körperform als eine tiefverwurzelte überwertige Idee besteht, und die Betroffenen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst festlegen. Es liegt meist Unterernährung unterschiedlichen Schweregrades vor, die sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt. Zu den Symptomen gehören eingeschränkte Nahrungsauswahl, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen sowie der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.

2. Informationen vor EB

- Krankengeschichte / Arztbericht
- Soziale Situation
- Gewicht (Minimum / Maximum / Wie lange schon im Untergewicht?), Grösse, BMI
- Zusätzlich aktuelle oder geplante interdisziplinäre Therapien (z.B. Gesprächspsychotherapie, Bewegungstherapie, Körperwahrnehmung)
- Labor
- Medikation, Supplementation / Substitution

Zusatzinformationen vom Arzt:

- Kurzfristige Ziele / Langfristige Ziele
- Angestrebte Gewichtszunahme in welchem Zeitrahmen, wöchentliche Gewichtszunahme.
Bedingung: Regelmässige Gewichtskontrolle und Labor durch den Hausarzt.
- Findet eine psychiatrische Begleittherapie statt? Ist eine solche noch nicht injiziert, kann die Patientin / der Patient durch die Ernährungsberatung längerfristig dazu motiviert werden.

3. Labordaten, falls vorhanden

Routine: Blutbild inkl. Leukozyten und Thrombozyten, Natrium, Kalium, Kalzium, Magnesium, Albumin, Transferrin, Ferritin, Kreatinin, Harnstoff, Transaminasen, Gamma-GT, alk. Phosphatase, Amylase, Glucose nüchtern, Lipidstatus, TSH₆, H6A1C, Urinstatus

Spezielle Fälle: fT₃, fT₄, ABGA, Cortisol₆, f-Testosteron, FSH, LH, Oestradiol,

4. Ziel der EB

- Ernährungswissen überprüfen und Vermittlung von Basiswissen für eine ausgewogene Ernährung.
- Annäherung an ausgewogen zusammengestellte und verteilte Mahlzeiten und eine damit verbundene langsame Steigerung der Energiezufuhr unter Berücksichtigung der Gefahr eines Refeeding Syndroms (bei Mangelernährung und $< \text{BMI } 14 \text{ kg/m}^2$).
- Ausbau der Nahrungsmittelpalette und Minimierung der verbotenen Nahrungsmittel, kein Kalorienzählen mehr.
- Einnahme von warmen Mahlzeiten.
- Nach Möglichkeit die Entwicklung der Sensibilität für die eigenen Körperbedürfnisse aufbauen oder fördern.
- Freude, Lust, Genuss beim Essen aufbauen.
- Fortschritte mit der Patientin / dem Patienten laufend reflektieren, Skalierung.
- Langsame Normalisierung des Körpergewichts.

5. Schwerpunkte EB

Indikationsgespräch

- Standortbestimmung: Anlass für die Ernährungsberatung (Motivationsklärung), Bedürfnisklä rung, Vertrauen aufbauen.
- Arbeitsweise in der Ernährungsberatung: Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie / Coaching, Antidiätansatz, lösungsorientiertes Beraten.

Klinik: Regelmässige Gewichts- und Laborkontrolle durch den Hausarzt.

Anamnese

- Vorangegangene Ernährungsberatungen, andere Therapien.
- Diäterfahrungen, Gewichtsverlauf (Minimum / Maximum / Wohlfühlgewicht), Menstruation
- Beruf, körperliche Aktivitäten, Hobbies usw.
- Verdauung, Purgung, Schlaf, subjektives Befinden, Medikamente.

Aufnahme der Ernährungsgewohnheiten

Qualität, Quantität, Esshygiene, Esskultur, Ess- / Brechattacken mittels Interview und / oder 3 - 7 Tage detailliertes Esstagebuch.

Ernährungstherapeutische Themen

Anhaltspunkte sind im Anhang 1 zu finden: Psychologische Aspekte im Essverhalten

Ernährung

- Mahlzeiten-Rhythmus und Tagesstruktur: Stärkebeilagen als Stimmungs- und Leistungsheber, für Wohlbefinden, Konzentration und guten Schlaf. 3 Haupt- und 2 - 3 Zwischenmahlzeiten.
- Kohlenhydrate: Aufgaben, Bedarf
- Fette: Aufgaben, Bedarf, Angst abbauen
- Eiweisslieferanten / Fleischersatz: Aufgaben, Bedarf, Biologische Wertigkeit
- Einfache schnelle Menügestaltung/ -vorschläge / Rezepte kalt und warm, wenn nötig anfangs Fertigprodukte
- Portionengrössen visualisieren (als spätere Zielmenge gedacht)

Beim Aufbau, wenn möglich berücksichtigen:

1. Priorität: die Stärkbeilage
2. Priorität: der Eiweisslieferant oder Fleischersatz, Calcium und Osteoporose

3. **Priorität: Fette**
- eine kleinere Portion Gemüse/ Salate/ Obst
 - Eisenversorgung
 - Supplementation
 - Verdauung: Ablauf, Substrate, Blähungen, Obstipation, Lactoseintoleranz?
 - Konsequenzen der Mangelernährung bewusst machen: Muskelatrophie, Wundheilungsstörungen, Organatrophien (Herz, Darmschleimhaut usw.), Osteoporose, Entwicklungsstörung / -rückstand (in Pubertät), Fruchtbarkeitsstörungen, cerebrale Störungen (Konzentrationsabfall, Krämpfe)
 - Körperliche Aktivität und Ernährung: Das Ausmass muss interdisziplinär definiert werden.

Essverhalten

- Gefahr / Angst vor Kontrollverlust ansprechen und unterstützende Rahmenbedingungen, Tricks diskutieren.
- Ängste abbauen und Vorlieben / Abneigungen abklären mit dem Erstellen einer Lebensmittelampel:
 - Rot: verbotene Lebensmittel
 - Orange: Lebensmittel, die nur unter gewissen Bedingungen und mit schlechtem Gewissen gegessen werden
 - Grün: erlaubte Lebensmittel
- Eventuell Esskultur: Essplatz definieren, neues Ritual, Anrichten der Speisen, Genuss
- Einkaufslisten: Küche Grundausrüstung und Alltag (für die tägliche individuelle Menüplanung).
- Umgang mit Süßspeisen, Einladungen, Brunch, Besuch, Festtagen, usw.
- Esstempo und Wahrnehmung der Körpersignale (Hunger, Sättigung)
- Physiologischer Hunger dem „Gluscht“ (emotionalem Hunger) gegenüberstellen und differenzieren.

Gewicht und Stoffwechsel

- Body Mass Index (BMI)
- Set point Theorie, Minnesota-Studie, Keys et al 1950
- Energiebedarf: Grundumsatz, körperliche Aktivität, Aufbau der Muskel- und Fettmasse, Glycogenspeicher und mögliche Gewichtszunahme.
- Wasserhaushalt: Rehydratation, Ödeme aufgrund der Mangelernährung, eventuell Refeeding Syndrom – Prävention

6. Beratungsunterlagen, Hilfsmittel, Material

- Vorlagen: Esstagebuch und Anleitung (mit und ohne Purging), Beispiel im Anhang 2.
- Nahrungsmittelattrappen
- Tellerbild, eventuell Pyramide
- Flexibler Tagesplan

7. Wichtiges bezüglich Medikamente im Zusammenhang mit der Ernährung

Mögliche Supplemente / Substitution:

K-Effervetten oder KCl-Drg.

Magnesium (Sachets oder Tbl.)

Kalzium-Brausetabletten

Multivitamin-Präparat (Typ Supradyn)

Eisen-, Folsäure- und B12-Substitution

Oestrogensubstitution (ev. mit Antikonzeption): Cyclacur, Premarin oder Oestrogen-Gestagen-Präparat ("Pille") oder Pflaster (Estraderm oder Estracomb TTS)

Mögliche Medikation:

Antidepressiva der Imipramin/Desipramin-Gruppe (Anafranil^R, Ludiomil^R, Saroten^R, Surmontil^R usw.)

Antidepressiva der SSRI-Gruppe (Seropram^R, Fluctine^R, Zoloff^R, Floxyral^R, Edronax^R, Efexor^R)

Tranquilizer der Benzodiazepin-Gruppe sehr selten

Neuroleptika bei psychoseähnlichen oder zwanghaften Störungen: v.a. Haldol^R (Haloperidol), Resperdal^R (Risperidon), Melleril

Mood-Stabilizer bei Impulsivität: Carbamazepin, Valproat, Topiramal, Lamictal)

8. Folgeberatungen

Basis

1 Erstberatung und 5 Folgeberatungen.

Regelmässig werden die Fortschritte gemeinsam evaluiert und es wird mit der Patientin/ dem Patienten geklärt, ob die Ernährungsberatung abgeschlossen werden soll oder ob eine Fortsetzung sinnvoll ist.

9. Besonderes

Voraussetzungen:

- Bereitschaft der Patientin / des Patienten.
- Beraterin signalisiert die Grenzen der Ernährungsberatung und setzt evtl. Rahmenbedingungen.

10. Quellen, Literatur

- Artikel, J. Westerhöfer: Essstörungen Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - Binge Eating Disorder, In: Akt. Ernähr.-Medizin 21 (1996) 235 - 242. Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York (Artikel liegt bei).
- Pudel V.: Zur Psychologie des "Süßes". In: Kluthe R. und Kaspar H.: Kohlenhydrate in der Ernährungsmedizin unter besonderer Berücksichtigung des Zuckers. Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York.
- Pirke K.M.: Psychosomatische Essstörungen, Bulimia nervosa. In: Biesalski H-K.: Ernährungsmedizin (1995) 209, 212 ff. Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York.
- G. Reich und M. Cierpka: Psychotherapie der Essstörungen, 2. Auflage 2001, G. Thieme – Verlage, ISBN 313108782x.
- Jacobi – Thiel – Paul: Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa, 2. Auflage 2000, BELTZPVU – Verlag, ISBN 362127443X
- S. Orbach: Anti Diät Buch, Frauenoffensive, 3-88104-052-8
- M. Gerlinghoff, H. Backmund: Essen will gelernt sein, Ess-Störungen erkennen und behandeln, 2000, BELTZPVU – Verlag, 3-407-22810-4

Internet:

www.pepinfo.ch

www.iness.ch

www.netzwerk-essstoerungen.ch

www.aes.ch

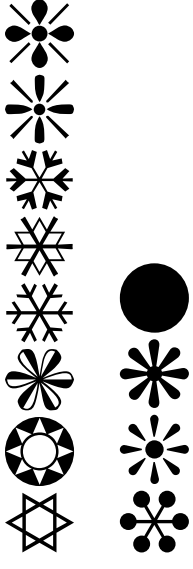
Prävention von Ess-Störungen Praxisnah, weitere

Adressen Angebote

Initiative Ess-Störungen Kanton Bern

z.B. Klinikadressen

Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen AES

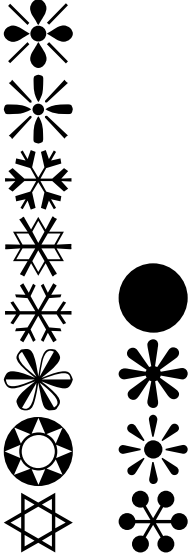


Psychologische Aspekte im Essverhalten

Thema	Bulimie	Anorexie
Mahlzeitenverteilung	Fasten, Abendlastigkeit, Picking („schnouse“ oder laufend kleine Häppchen essen)	stark strukturiert
Kohlenhydrate	Aufklärung sehr wichtig. Haben Angst es zu versuchen (Kontrollverlust), Stoffwechselfreaktion?	Glauben es nicht, müssen sich mit Gedanken zuerst anfreunden
Fette	Panische Angst : Tabu-Thema Ist nicht nötig.	Dito; Meister-Kalorienzähler
Hunger	Spürbar. Warten jedoch lange bis es in Heiss hunger und eventuell in Attacke ausartet mit oder ohne Purging.	spürbar, z. T. Verleugnung
Sättigung	Mehr oder weniger spürbar. Wenn nicht, folgt Kontrollverlust d.h. „KIPPEN“ zur Attacke. Können Völlegefühl auch fast nicht aushalten, sind oft an einen schönen flachen Bauch gewohnt oder haben das Gefühl eines Fremdkörpers im Bauch.	Grosse Sättigung nach „Vogelportionen“, Mühe ein Völlegefühl auszuhalten Minimale Flüssigkeitszufuhr von 5 – 7,5 dl oder dann „literweise“
Menügestaltung	Wissen oft nicht was normal ausgewogen essen bedeutet. Normale Portionsgrössen machen Angst zuviel gegessen zu haben. Orientieren sich an dem, was Kolleginnen, andere essen. Oft lactovegetabil. Kein realistischer Bezug.	Einseitig, nicht ausgewogen Kohlenhydrate oder Eiweiss/Calcium- Eisen-Lieferanten fehlen. Wenig bis kein Fett Lactovegetabil bis vegan
Esskultur	Kein Essplatz d.h. essen im Stehen, vor Kühlschrank, TV, usw., z.T. wenig Bereitschaft für Zubereitung Zeit aufzuwenden, selten ein Anrichten der Menüs oder nicht warten können.	Zwanghaft genau. Mahlzeiteinnahme zeitlich fixiert.
Essattacke Generell	geplant oder aus „Gewohnheit“, Ritual, automatisch, ... Angst vor Neuem (fühlen sich „zwischen Stuhl und Bank“)	+/- ? subtile Ausweichtaktik Möchten ändern - können aber nicht.

Beachten: Es gibt zwischen Anorexie und Bulimie Mischbilder, oder, je nach Phase kann sich das Verhalten verändern.

Abteilung für Endokrinologie und Diabetologie
Klinische Ernährung/Ernährungsberatung



A

Ess-Tagebuch Datum: 23.6.2003 Wochentag: Montag

Name, Vorname:
 Geburtsdatum:
 Grösse, Gewicht:

Beispiel

Interne Info: mit Purgung

Uhrzeit ?	Wo und mit wem esse ich ?	Gedanken, Gefühle vor dem Essen ? STICHWORTE	Was und wieviel esse und trinke ich ?	Gedanken, Gefühle nach dem Essen ? STICHWORTE	Gegenmassnahmen ja / nein? Wenn ja, was + wann?	Gedanken und Gefühle danach? STICHWORTE
7.25 - 7.45	Zu Hause / z.H. alleine	Hunger	1/2 Stk. Vollkornbrot 1 EL Lätta 1 T. Kaffee mit wenig Magermilch	Fühle mich einigermassen wohl.	nein	
12.15-13.00	Büro / B mit Kollegin	Konnte nicht nein sagen	1 B. Light Joghurt 1 Stk. mittelgrosser Apfel 1 Dose Light-Cola	Bin froh, habe ich nicht mehr genommen.	nein	
16.15-16.25	Büro alleine	"Gluscht"	1 Becher Cappuccino			
18.00-18.30	z.H. alleine	Hunger, Schwindel	1 grosser Teller Blatt- u. Tomatesalat 100 g Hüttenkäse 1 B. Fruchtojoghurt 1 Glas (3 dl) Tee	Fühle mich voll, unwohl, abstossend, schlechtes Gewissen.	Ablenken mit Aufgaben machen	
19.45				Müde.	Trotzdem 1/2 Stunde joggen	Das Joggen war mühsam