

Die ambulante Ernährungsberatung bei Anorexie und Bulimie

Die Ernährungsberatung von Klientinnen mit Essstörungen stellt eine grosse Herausforderung für die Beraterin dar. Oft sind nur kleine Erfolge sichtbar. Die wichtigste Voraussetzung für den Beginn einer Ernährungsberatung ist eine minimale Krankheitseinsicht der Klientin. Oft sind Fortschritte bezüglich Essverhalten nur in ganz kleinen Schritten möglich. Deshalb ist es für die Ernährungsberaterin wichtig, kleine Veränderungen mit der Klientin zu planen und realistische Ziele zu setzen.

Jsabella Zädow, Beatrice Conrad

Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Dauer und Häufigkeit der Sitzungen

Die anspruchsvolle ambulante Therapie von Essstörungen wie Anorexie und Bulimie bedarf einer intensiven und tragfähigen interdisziplinären Zusammenarbeit von medizinischen, psychotherapeutischen und ernährungstherapeutischen Fachpersonen. Die in der Schweiz bekanntesten Vernetzungsinstitutionen sind die Arbeitsgemeinschaft Essstörungen (AES, www.aes.ch) und das Netzwerk Essstörungen (ENES, www.netzwerk-essstoerungen.ch).

Eine klare Absprache von Zuständigkeiten und Kompetenzen zu Beginn einer Behandlung zwischen Klientin und den Therapeuten erleichtert die Zusammenarbeit für alle Beteiligten und steigert die Chancen, das Behandlungsziel zu erreichen.

Die Ziele der ambulanten Ernäh-

rungsberatung bei Essstörungen können folgendermassen definiert werden:

- Stabilisierung des Körpergewichts
- Normalisierung des Essverhaltens
- Förderung einer angemessenen Einstellung gegenüber der Ernährung.

Für das Erreichen dieser Ziele sind in der Regel zwei ärztliche Verordnungen, also zwölf Sitzungen, nötig. Dabei erweist es sich als hilfreich, im Anfangsstadium der Therapie engmaschige ein- bis zweiwöchentliche Beratungen zu vereinbaren und später, zur Stabilisierung, noch monatliche oder vierteljährliche Gespräche einzuplanen.

Beraterin-Klientin-Beziehung

Die ambulante Ernährungsberatung von Essstörungen ist eine mit Gefühlen gespickte Arbeit. Seitens der Klientin steht meist überspielte Angst und/oder Misstrauen im Hintergrund, was durch zurückhaltendes oder aggressives Verhalten (oder beides im Wechselspiel) zum Ausdruck kommt. Dies wiederum bedingt für die Ernährungsberaterin, dass sie selbst gut mit Nähe und Distanz oder dem Wechsel zwischen beidem umgehen kann. In erster Linie ist es ihre Aufgabe, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und es über die Therapiedauer zu erhalten. Die Stärkung der Autonomie der Klientin ist ein weiteres wichtiges Thema, da Betroffene häufig bewusst oder unbewusst hoffen oder befürchten, dass die Beraterin die Verantwortung über ihr Essverhalten übernehmen wird.

Ernährungsphysiologische Grundlagen

Energiebedarf und Nährstoffverteilung

Die grosse Aufgabe zu Beginn einer Beratung stellt die adäquate Energiezufuhr dar. Meistens bedeuten die Therapieziele (Steigerung der Energiezufuhr) eine Überforderung für die Klientin, was sich in der Compliance der Betroffenen ausdrücken kann. Daher lohnt es sich, anfangs eine langsame Steigerung der Energiezufuhr einzuleiten, damit die Klientin nicht von der hohen Kalorienzahl abge-

schreckt wird und in allfällige gegenregulatorische Reaktionen fällt.

In der Anfangsphase der Gewichtszunahme ist eine Kalorienzufuhr von 30 bis 40 kcal/kg KG/Tag angebracht, wobei zu erwähnen ist, dass die Klientin mit dieser Energiezufuhr noch nicht zunehmen wird. Sobald die Betroffene diese Kalorienzufuhr rational und emotional aushält, ist eine Steigerung innerhalb von zwei bis vier Wochen auf 60 bis 80 kcal/kg KG/Tag erforderlich. In der Phase der Gewichtsstabilisierung ist eine Energiezufuhr von 40 bis 60 kcal/kg KG anzustreben (1).

Bei allen Phasen gilt die Nährstoffverteilung von 50 Prozent Kohlenhydraten, 20 Prozent Proteinen und 30 Prozent Fett(4).

Proteinbedarf

Der Proteinbedarf von 20 Energieprozenten sollte in Form von tierischen und pflanzlichen Quellen abgedeckt werden. Oft ist es nötig, im ersten Schritt einen einfachen Erhaltungsbedarf mit der Klientin zu berechnen (bezogen auf das aktuelle Gewicht), das heisst 0,8 g Protein/kg KG (4); diese Menge wird von den Klientinnen oft gut toleriert. Die Klientinnen zeigen sich bei diesem Schritt häufig sehr kooperativ, weil sie sich mehr vor der Fettzufuhr und vor den Kohlenhydraten fürchten. Es kann für die Klientin eine Erleichterung bedeuten, wenn sie zu Beginn bei den tierischen Proteinträgern auf fettarme Milch-, Fisch- und Fleischprodukte zurückgreifen darf (sofern sie nicht durch eine vegetarische oder sogar vegane Lebens-einstellung gebremst wird).

Die pflanzlichen Varianten sind schwieriger einzuplanen. Hülsenfrüchte als fettarme und proteinreiche Nahrungsmittel stellen zwar eine ernährungsphysiologisch ideale Lösung dar, zeigen aber häufig unangenehme Nebenwirkungen wie Blähungen. Eine Bauchwölbung wird von den Betroffenen häufig als Gewichtszunahme interpretiert, und dies wiederum kann die Compliance für die Erhöhung der Energie- und Nahrungsmittelmenge erheblich stören. Tofu oder andere Soja- und Getreideprodukte als weitere

Übergewicht und Essstörungen

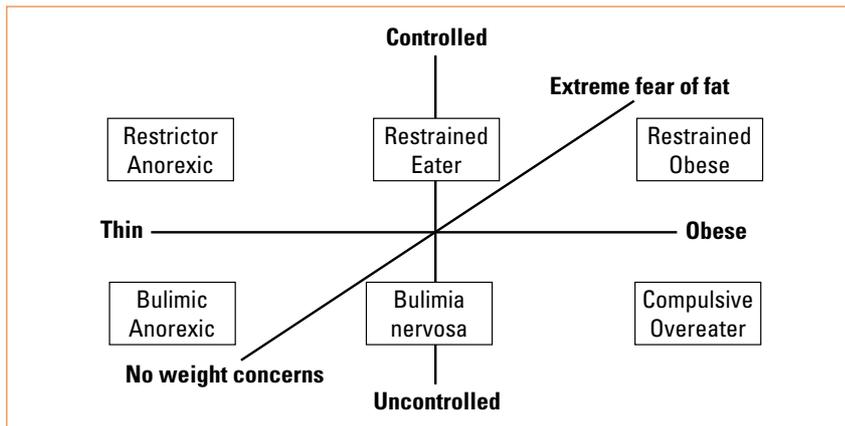


Abbildung: Dreidimensionales Essstörungskontinuums-Modell (Schlundt & Johnson, 1990)

Varianten zur pflanzlichen Proteinzufuhr werden erfahrungsgemäss nach einigen Wochen aus geschmacklichen Gründen abgelehnt.

Kohlenhydratbedarf

In den letzten Jahren erweist sich die Steigerung des Kohlenhydratbedarfes auf 50 Energieprozent oder 4 bis 6 g/kg KG(4) als ziemlich anspruchsvoll. Die Klientinnen kennen nicht nur die Fettmenge eines Lebensmittels, sondern studieren seit der «Low-Carb-Welle» auch die Kohlenhydratmenge und den glykämischen Index von Beilagen. Die Furcht vor dem Zunehmen oder bei bulimischen Klientinnen vor Essattacken durch Kohlenhydrate spiegelt sich in einem rigiden Essverhalten wider. Eine langsame Steigerung und die «Entmystifizierung» von Beilagen auf dem Teller (siehe Abschnitt *Rigide und flexible Kontrolle*) braucht Zeit, Geduld und viel Unterstützung seitens der Ernährungsberatung.

Um eine höhere Kohlenhydratzufuhr erreichen zu können, sind zusätzlich zu den Getreiden, Getreideprodukten und Kartoffeln auch noch Süssgetränke oder Fruchtsäfte nötig. Mit dieser Zusatzmassnahme kann die Kohlenhydratzufuhr gesteigert werden, ohne dabei das Tellervolumen zu erhöhen.

Fettbedarf

Die Steigerung der Fettzufuhr ist wahrscheinlich immer noch die grösste Herausforderung in der Ernährungsberatung. Die Klientinnen meiden bewusst alle Nahrungsmittel, die Fett in einer sichtbaren oder versteckten Form enthalten. Die minimale Fettzufuhr von 40 g/Tag bis 70 g/Tag sollte in Form von hochwertigen Fetten und Ölen zugeführt werden. Dabei erweisen sich Nüsse, Samen, Oliven

oder Avocado als sinnvollere und weniger angstbesetzte Beigaben zu den Speisen. Fette und pflanzliche Öle für die Nahrungszubereitung werden häufig abgelehnt.

Mikronährstoffe/Supplemente

Ein niedrig dosiertes Multivitamin/Multimineralstoff-Präparat wird häufig gut toleriert und kann den Therapieverlauf günstig beeinflussen. Allerdings ist darauf zu achten, dass die Mikronährstoffe (v.a. Vitamin A und D) nicht überdosiert werden.

Wichtig ist es bei der Ernährungsaufklärung, darauf hinzuweisen, dass Vitaminpräparate ohne adäquate Makronährstoffzufuhr wenig Wirkung erzielen.

Ausreichende Kalium- und Natriumzufuhr in akut bulimischen Phasen kann durch den Einsatz von Bouillon oder anderen Suppen sichergestellt werden.

Zusatznahrung

Der Einsatz von hochkalorischen Trinknahrungen bei anorektischen Klientinnen kann partiell (in der Zeit der Gewichtszunahme) eine Zusatzmassnahme sein, vor allem dann, wenn sich das Nahrungsvolumen als Hauptproblem darstellt. Dabei gilt es abzuklären, ob die Betroffene auch emotional zu diesem Schritt bereit ist und nicht mit rigider Nahrungszufuhr oder gegenregulatorischen Massnahmen wie Erbrechen oder Laxanzienabusus reagiert.

Tagesplan Ja oder Nein?

Rigide und flexible Kontrolle – gezügelter Essverhalten und Gegenregulation

Die meisten Betroffenen wünschen sich, falls sie die Ernährungsberatung freiwillig besuchen, einen klaren und

leider auch rigiden Ernährungsplan. Diesem Wunsch der Klientin ohne genaueres Nachfragen nachzukommen, wäre ein klassischer Kunstfehler. Sicherheit im Umgang mit dem Essen kann nicht durch einen starren Mahlzeitenplan erworben werden. Ein Mahlzeiten-Austauschplan kann eine etwas flexiblere Variante sein. Aber auch dieser kann gegenregulatorische Massnahmen auslösen.

Das oben erwähnte Ziel «Normalisierung des Essverhaltens» kann nur durch die Ausarbeitung eines individuellen Ernährungsplans mit stufenweiser Integration «verbotener» Nahrungsmittel erreicht werden. Dies fördert zunehmend die Autonomie und Flexibilität der Klientin im Umgang mit Nahrungsmitteln (2).

Bei einer akuten Anorexie ist die Forderung nach kontinuierlicher, eher schneller Gewichtszunahme von 500 g bis 1 kg KG/Woche kaum mit einem individuellen Ernährungsplan zu vereinbaren. Eine klare Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams und nicht selten auch «Kompromissziele» zum Wohl der Klientin sind in diesem Fall angebracht.

Nahrungsmittel und Emotionen

Gemäss psychodynamischen Ansätzen gilt die enge, konditionierte Verknüpfung des Essens mit nicht gelebten Gefühlen als eine Ursache für das desorientierte Essverhalten bei Essstörungen. Häufig sind Emotionen wie Angst, Unsicherheit, Stress, mangelndes Selbstvertrauen, Unfähigkeit zur Abgrenzung oder aber auch freudige Erregung ein Auslöser für kontrolliertes oder unkontrolliertes Essen. In der Ernährungsberatung gilt es, die Gefühle als Vorläufer des ungünstigen Essverhaltens zu thematisieren und/oder mit einem Ernährungsprotokoll mit einer Zusatzspalte für Gefühle anzuschauen.

Essprotokoll

Das unkontrollierte Essverhalten bei bulimischen Klientinnen ist in der Regel mit Scham- und Schuldgefühlen behaftet. Nur schon die mündliche Ernährungsanamnese erfordert von den Betroffenen ein hohes Mass an Überwindung und Vertrauen in die Beraterin. Ein Protokoll über die tatsächlich verzehrten Nahrungsmittel und deren Mengen bedeutet im ersten Schritt ein Bewusstwerden der aktuellen Tatsachen und bietet so eine günstige Voraussetzung für eine Veränderung.

Anorektischen Klientinnen fällt das Protokollieren leichter, weil sie das «Kalorien-Tagebuch» häufig bei Krankheitsbeginn als Kontrollinstrument anwenden. Aus diesem Grund sollte das Ernährungsprotokoll bei Anorektikerinnen nur punktuell und gezielt als Standortbestimmung eingesetzt und nicht über einen längeren Zeitraum verlangt werden. Im ungünstigen Verlauf könnte es den Kontrolldrang einer Betroffenen fördern und sie in ihrer Flexibilität und Autonomie behindern.

Mahlzeitenrhythmus (Hunger und Sättigung)

Damit anorektische Klientinnen eine hohe Energiezufuhr erreichen, ohne dabei grosses Nahrungsvolumen essen zu müssen, sind mindestens fünf bis acht Mahlzeiten pro Tag nötig. Die hormonelle Verschiebung bei längerer Unterernährung hat zur Folge, dass Hunger nicht mehr körperlich wahrnehmbar ist. Häufig muss das Essen über Monate aus rationaler, kognitiver Motivation eingenommen werden, bevor sich das Körpersignal Hunger wieder einstellt.

Bei bulimischen Klientinnen ist ein regelmässiger Essrhythmus eines der ersten Ziele. Bulimikerinnen neigen zum «snacking» (häufige, kleine, meist kalte Mahlzeiten) während des Tages, ohne dabei wirklichen vorgängigen Hunger oder lang anhaltende Sättigung zu verspüren. Aus diesem ständigen Essen, ohne dabei satt zu werden, kann eine Essattacke entstehen. Um diese rhythmusindizierten Attacken zu reduzieren, zeigen sich mit folgenden Behandlungseckpunkten gute Erfolge:

1. Festlegen von drei Hauptmahlzeiten (Dauer wenn möglich mindestens 30 Minuten)
2. Abstand zwischen den Hauptmahlzeiten vier Stunden (wenn der Hunger unerträglich gross wird, können zusätzlich kleine Zwischenmahlzeiten eingeplant werden)
3. eine warme Mahlzeit pro Tag (sorgt für eine grössere Befriedigung, Sättigung nach dem Essen).

Genusstimulation

Viele Bulimikerinnen (seltener auch Anorektikerinnen) fühlen sich durch ihre andauernde Beschäftigung mit dem Essen in ihrem Leben eingeschränkt. Dadurch, dass die Betroffenen vor allem ihre Gedanken aufs Essen richten, beim Essakt an und für

sich aber ihre Gedanken und vor allem auch Sinneswahrnehmungen ausschalten, geht die Genussfähigkeit im Laufe der Erkrankung verloren. Dieser Zustand kann sich chronifizieren und hat zur Folge, dass Essen eher als Last, weniger als Lust empfunden wird. Um beim Essen eine vollständige Befriedigung zu erleben und somit auch satt zu werden, kann ein Genusstraining eingesetzt werden. Dazu sind folgende zwei Voraussetzungen zu schaffen:

1. Wahrnehmen von Nahrungsmitteln mit allen Sinnen: Das Auge (Farben, Formen), die Zunge und der Gaumen (Geschmack, Konsistenz und Temperatur), die Nase (Geruch) und die Ohren (Geräusch) essen mit. Je vielfältiger und intensiver die Sinne in den Essakt eingebaut werden, umso lustvoller und befriedigender wird das Esserlebnis (3).

2. Zeit und Raum: Um alle Sinne einsetzen zu können, ist eine ruhige, entspannte Atmosphäre und genügend Zeit vonnöten. Daher ist ein Genusstraining in den privaten Räumlichkeiten häufig einfacher als an der Arbeitsstelle oder in öffentlichen Räumen.

Als zusätzliche weiterführende Themen können das selbstständige Portionieren und Kombinieren von Mahlzeiten sowie auch unvorbereitete, aussergewöhnliche Mahlzeiten wie Einladungen, festliche Buffets oder «Chaostage» besprochen werden.

Ein atypisches, aber häufig anzutreffendes Fallbeispiel

23-jährige Klientin, 180 cm, 67 kg, entspricht einem BMI von 20,7, ist mit ihrem Körpergewicht unzufrieden. Sie möchte abnehmen, vor allem an den Beinen und am Bauch. Zielgewicht 60 bis 62 kg, BMI 18,5 bis 19.

Motivation/Antrieb: «Frauen mit einem Gewicht über 60 kg gelten als unweiblich und fett», «Essen ist ein Dauerthema, bestimmt den Alltag.»

Die Ernährungsanamnese ergibt folgenden Tagesablauf:

Frühstück: 1 Magerjogurt; Mittagessen: gemischter Salat, 1 Brötli; Nachtessen: kocht selber Thai-Curry (Gemüse, Kokosmilch), 1 bis 2 Gabeln Reis oder 7 dl Fideli-Suppe. Getränke: 3 bis 4 Liter Wasser und 3- bis 4-mal alkoholische Getränke/Woche. Insgesamt ca. 1200 kcal/Tag (inkl. alkoholische Getränke).

Diese Klientin kann beim Erstgespräch kaum glauben, dass sie auch mit noch weniger essen kaum ihr Wunsch-

gewicht erreichen wird, ohne dabei an einer akuten Essstörung zu erkranken. Sie erwartet den berühmt-berüchtigten Zaubertrick, um weitere 5 bis 7 kg abzunehmen. Selbstverständlich realisiert die Klientin, dass sie mengenmässig wenig isst; dennoch glaubt sie, dass dies nötig sei und «in Frauenkreisen auch völlig normal». Die grösste Herausforderung in der Ernährungsberatung ist, zu kommunizieren, dass die Ziele unrealistisch sind und das Problem wahrscheinlich vielschichtiger ist.

Behandlung/Therapieschritte:

1. Aufklärung der Gesamtsituation (Energie- und Nährstoffdefizite und deren mögliche Folgeerscheinungen, Essstörung)
2. Therapieziele formulieren
3. Langsame Steigerung der Proteinmenge
4. Langsame Steigerung der Beilagenmenge
5. Einführung einer fixen warmen Mahlzeit pro Tag
6. Langsames Einbinden «verbotener» Nahrungsmittel in die alltägliche Ernährung
7. Genusstraining
8. Verhalten bei Festtagseinladungen (z.B. Weihnachtessen). ■

Korrespondenzadressen:

Jsabella Zädow
dipl. Ernährungsberaterin HF
Gartenstrasse 17
8700 Küsnacht
Tel. 043-817 80 86
E-Mail: jsabella.zaedow@bluewin.ch

Beatrice Conrad
dipl. Ernährungsberaterin HF
Platanenweg 10
4914 Roggwil
Tel. 062-929 01 31
E-Mail: beatrice.conrad@bluewin.ch

Literatur:

1. W. Häuser: Ernährungstherapie bei Essstörungen. In: Stein J, Jauck KW (Hrsg): Praxishandbuch klinische Ernährung und Infusionstherapie. Berlin: Springer-Verlag (2003), 721–731.
2. G. Reich, M. Cierpka: Psychotherapie bei Essstörungen, Thieme-Verlag, Stuttgart; 2. Auflage, neubearb. u. erw. A. (2001).
3. Gisla Gniech, Essen und Psyche, Springer-Verlag GmbH (2007).
4. DACH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr; DGE/ÖGE/SGE Umschau/Braus GmbH, Frankfurt am Main.

Der Artikel ist in der weiblichen Form geschrieben, da es sich bei den erwähnten Personen häufig um Frauen handelt. Selbstverständlich ist damit auch die männliche Personengruppe angesprochen.