

Ernährungsberatung bei Anorexia nervosa

Michelle Müller, Patricia Teuscher¹, Franziska Gasser²

Die Ernährungsberatung bei Klienten mit Anorexia nervosa kann eine Herausforderung darstellen. Im Beitrag wird das Vorgehen bei der ambulanten und der stationären Ernährungsberatung aufgezeigt. Für beide Settings gilt, dass die Ernährungsberatung eine wertschätzende Bühne für Ernährungsthemen schafft und eine Brücke zwischen Ernährungswissen und -psychologie aufbauen kann.

Die Behandlungsempfehlungen bei einer Anorexia nervosa nennen insbesondere ernährungsspezifische Fachthemen, welche in der Ernährungsberatung besprochen werden sollen (3). Eine Anorexia nervosa geht allerdings oft einher mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen (1). Betroffene sollten daher neben der Ernährungsberatung bei einer dafür spezialisierten Fachperson gleichzeitig eine psychologische Begleitung erhalten (2). In der randomisierten, kontrollierten und multi-zentrischen ANTOP-Studie äusserten Betroffene bei der Auswertung ihrer manualgeleiteten Psychotherapie beispielsweise, dass es für sie besonders relevant gewesen sei, über Beziehungen, essstörungsspezifische Aspekte und Gefühle zu sprechen. Ernährungswissen sei für sie hingegen irrelevant gewesen (4).

Über die essstörungsspezifischen Aspekte sprechen zu können, ermutigt erfahrungsgemäss Betroffene mit Anorexia nervosa überhaupt, in die Ernährungsberatung zu kommen. Die Ernährungsberatung bietet diesbezüglich eine wertschätzende Bühne für Ernährungsthemen und baut eine Brücke zwischen Ernährungswissen und -psychologie auf. Techniken, wie beispielsweise die systemisch lösungsorientierte Beratung, die Akzeptanz- und Commitmenttherapie sowie die Verhaltenstherapie, bieten Möglichkeiten, mit Betroffenen an ihren Themen in der Ernährungsberatung zu arbeiten.

Die ambulante Ernährungsberatung

Im Erstgespräch ist es wichtig, die Klienten mit ihren Anliegen und Erwartungen kennenzulernen. Es hat sich bewährt, gleich zu Beginn transparent auf die Anzahl Beratungen hinzuweisen.

Zentral ist zudem, die Wünsche und Ziele der Klienten bezüglich der Ernährung in Erfahrung zu bringen. Angelehnt an die systemisch lösungsorientierte Beratung sind zum Beispiel die «Wunderfrage» («Angenommen, es wäre ein Wunder geschehen und die Probleme, weswegen Sie hier sind, wären gelöst, wie würde Ihr Leben aussehen?», «Was noch? Wie würde ihr Essverhalten aussehen?») oder Fragen nach «Ausnahmen» («Wann war es zuletzt so wie gewünscht? «Was war da anders?») aussagekräftig.

Ressourcenorientiertes Vorgehen: Geduld vonseiten der Beratenden – ohne vorschnelles Interpretieren oder Weiterfragen – kann Ratsuchende zum Nachdenken anregen. Dadurch sind auch Antworten sowie Lösungsideen möglich, oder es lässt sich bei den Betroffenen ein Verhaltensmuster erkennen. Zudem soll die beratende Person auch andere Eigenschaften wie Humor, Kreativität, Reflexionsfähigkeit oder Geduld und Interessen des Klienten herausheben und sich nicht allein auf die essstörungsspezifischen Aspekte konzentrieren (sog. ressourcenorientiertes Vorgehen). Ausserdem können innere Persönlichkeitsanteile einander gegenübergestellt werden, wie beispielsweise «Ein Teil von Ihnen möchte mit Freunden essen gehen und ein anderer die 42 kg halten». Werden innere Dialoge und innere Werte transparent, können Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse angeregt werden. Teilweise lohnt es sich auch, Hypothesen über die dahinterliegenden Bedürfnisse (beispielsweise Kontrolle oder Sicherheit) sowie positive Aspekte der Anorexia nervosa anzubieten: «Könnte es sein, dass häufiges Wiegen und Kalorienzählen Ihnen ein Gefühl von



Michelle Müller



Franziska Gasser

¹ Ernährungsberaterin
BSc BFH, Inselspital Bern
² Spital Lindenhof

Conseil nutritionnel dans l'anorexie mentale

Mots-clés: systémique – syndrome de renutrition inappropriée – psychosomatique – entretien nutritionnel

L'article présente la marche à suivre pour le conseil nutritionnel tant en ambulatoire qu'en hospitalisation. Dans les deux types d'environnement, le conseil nutritionnel représente une scène valorisante pour des thèmes liés à l'alimentation et il peut permettre d'établir un pont entre les connaissances en nutrition et la psychologie de la nutrition.

Kontrolle gibt?» oder «Wäre es möglich, dass Hunger auszuhalten, Ihnen ein Stärkegefühl geben könnte?»

Skalierung: Mittels Skalierungsfrage erfahren Ernährungsberater auch, wie sich Klienten selbst einschätzen. Die Ernährungsberatung könnte beispielsweise fragen: «Wo befinden Sie sich heute auf einer Skala von 1 bis 10, wenn 10 ihr Ziel ist, ausgewogen zu essen, und 1 das Gegenteil davon?»

Die Skalierung kann demnach helfen, Unterschiede und Fortschritte zu visualisieren, bereits Zielführendes sowie die nächsten kleinen Schritte und Meilensteine zu erfassen. Mit Metaphern, die Essstörung als kleines Monster zu sehen – oder als Frage «Welches Bild kommt Ihnen dazu in den Sinn, wenn Sie an Ihre Situation denken?» –, und Fragen nach Ressourcen kann bereits Erreichtes ebenfalls aufgezeigt werden («Was in Ihrem Leben – oder auch im Essverhalten – läuft bereits ganz gut und soll weiter so passieren?»). Mit weiterführenden Fragen («Wie würde das Bild aussehen, wenn das Wunder geschehen ist?») können Ideen entstehen, wie die betroffene Person ans Ziel oder in Richtung eines Zieles gelangen kann.

Bei spürbarem Zweifel kann es unterstützend sein, die Realisierbarkeit des nächsten Schrittes zu überprüfen und zu fragen, wie diese erhöht werden könnte. Auch in Folgeberatungen können Skalen oder Fragen nach Besserungen, Ressourcen und Hilfreichem nützlich sein und für neue Zwischenziele genutzt werden («Was hat gut funktioniert?», «Was ist besser geworden?», «Was war hilfreich?», «Was möchten Sie als Nächstes erreichen?»).

Neben Themen wie dem Selbstwert, den Gefühlen, der Achtsamkeit und den eigenen Werten können vereinzelt auch Angaben zum persönlichen Energie-

bedarf in Kilokalorien oder visualisierte Portionsgrößen mittels Attrappen für Orientierung sorgen. Achtsames Fokussieren der aktuellen Hunger- und Sättigungsgefühle können in der Beratung unterstützend genutzt werden («Was fühlen Sie zurzeit bezüglich Hunger und Sättigung?», «Wann haben Sie zuletzt gegessen?»). Fragen zu Veränderungen der körperlichen Symptome geben oft mehr Aufschluss bezüglich der Energiezufuhr und ob diese dem Bedarf entspricht als Energiebedarfsberechnungen. Hilfreich sind beispielsweise Fragen wie: «Erkannten Sie Veränderungen bezüglich Ihrer Müdigkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten, Ihrer anhaltenden Gedanken ans Essen oder Hungergefühle, wenn Sie die Mittagsmahlzeit vergrössert haben?»

Zirkuläres Fragen: Auch ein Angebot für Gewichtsmessungen und -interpretationen sollte individuell mit den Betroffenen diskutiert werden. Die Angst, zugenommen zu haben, kann durch die Messung oft relativiert werden. Erfahrungsgemäss lassen sich Klienten über die aktuellen Wünsche sowie Einschränkungen im Essen, aber auch über die Symptome wie Gedankenkreisen, Müdigkeit, Schwindel, Haarausfall, Heissunger, Amenorrhö, Konzentrations-, Verdauungs- oder auch Schlafstörungen zur Ernährungsberatung motivieren. Wenn Personen auf Anweisung von anderen in die Beratung kommen, helfen möglicherweise zirkuläre Fragen weiter: «Was denken Sie, wie der Arzt auf die Idee kam, dass Ernährungsberatung für Sie hilfreich sein könnte?», «Woran würde der Arzt erkennen, dass es nicht mehr nötig ist, dass Sie zur Beratung kommen?» Die Sorgen von Bezugspersonen und Beratenden bei tiefem Gewicht können der Wahrnehmung von Betroffenen gegenübergestellt werden. Erfahrungen aus der Minnesota-Studie können ebenfalls angeboten werden, um Symptome in Erfahrung zu bringen. Diese haben gezeigt, dass eine übermässige Beschäftigung mit Essen und Kochbüchern sowie zunehmende depressive Gedanken mit Untergewicht einhergehen (5). Ein aufeinander abgestimmtes ambulantes Therapieteam von erfahrenen Fachpersonen, bestehend aus der Ärzteschaft, der Psychologie sowie der Ernährungsberatung, ist bei tiefem Gewicht und ausbleibendem Wunsch für Veränderung entscheidend. Bei einer fortschreitenden Gewichtsreduktion und einem kritischen Verlauf müssen die Fachpersonen einen stationären Aufenthalt besprechen. Übergänge vom ambulanten zum stationären Setting und umgekehrt sollten terminlich gut aufeinander abgestimmt und lange Pausen zwischen dem Settingwechsel vermieden werden.

Die stationäre Ernährungstherapie

Eine stationäre Intervention wird notwendig, um übergeordnet überhaupt erst einmal ausreichende körperliche und mentale Voraussetzungen für eine psychotherapeutische Behandlung zu schaffen. Die stationäre Behandlung der Anorexia nervosa orientiert sich am Lindenhofspital in Bern am bio-

Anorexia nervosa – stationäre Behandlung am Universitätsspital Bern

Die stationäre Behandlung erfolgt für Patienten mit sehr tiefem Body-Mass-Index (BMI), das heisst kleiner als 14 kg/m². Im Rahmen der ambulanten Sprechstunde werden mittels Basisvertrag die Grundregeln des Arbeitsbündnisses mit dem Patienten vereinbart und globale Informationen zu Strukturen und Abläufen auch hinsichtlich der Ernährung vermittelt.

Nach somatischer Stabilisierung und erfolgter metabolischer Anpassung tritt Stufe 1 «Erarbeiten von Motivation und Zielen» in Kraft. Je nach Verlauf dann Stufe 2 «Stärkung von Eigenverantwortung und Selbstwahrnehmung» bis hin zu Stufe 3 «Vorbereitung Austritt und Weiterbehandlung». In den Verträgen festgehalten sind unter anderem die Dauer des Essens, Zeitpunkt für die Einnahme der Zwischenmahlzeiten, Begleitung durch eine diplomierte Pflegefachperson während einer der Zwischenmahlzeiten, Ruhezeiten, Führen eines Essstagebuchs, eines Essprotokolls durch die Pflege und das ungefähre wöchentliche Gewichtsziel. Zu den ernährungstherapeutischen Zielen zählen eine hohe Adherence bezüglich der Nahrungsaufnahme, eine Stabilisierung des Gewichts mit anschliessender Gewichtszunahme. Bei einem BMI unter 12 kg/m² oder nach rascher und hoher Gewichtsabnahme in kurzer Zeit vor der Hospitalisation wird zur Vorbeugung eines Refeeding-Syndroms mit einem vorsichtigen Nahrungsaufbau begonnen. In besonderen Situationen, beispielsweise bei Gewichtsab- oder fehlender Gewichtszunahme, erfolgt die Ernährung vorübergehend ergänzt mit Trinknahrungen oder im Ausnahmefall enteral via nasogastraler Sonde. Nach der stationären Behandlung werden die Patienten in der Regel ambulant weiterbetreut. Neben einer psychologischen oder psychiatrischen Therapie mit regelmässigen hausärztlichen Kontrollen, werden auch die Ernährungsberatung sowie die Bewegungstherapie weitergeführt.

Häfeli Daniela, Sterchi Anna-Barbara, Klinisches Ernährungsteam, Ernährungsmedizin Inselspital, Universitätsspital Bern, Mail: Anna-Barbara.Sterchi@insel.ch

psychosozialen Modell und beinhaltet Einzel- und Gruppentherapien.

Das Aufnahmekriterium für anorektische Patienten ist ein Body-Mass-Index (BMI) von mindestens 14 kg/m². Weiter sollte keine hohe Suizidalität vorhanden sein. Falls der BMI von 14 kg/m² nicht erreicht wird, besteht die Möglichkeit, über die künstliche Ernährung, das heisst via nasogastral applizierter Sondenkost, das Minimalgewicht zu erreichen. Diese Möglichkeit wird auch genutzt, wenn der Patient während des Aufenthalts auf der psychosomatischen Station (PSOMA) unter die BMI-Grenze von 14 kg/m² fällt.

Patienten, welche aufgrund ihrer Essproblematik auf der PSOMA sind, kommen in eine sogenannte Essgruppe. Das Ziel ist eine Stabilisierung des Ess- sowie des Bewegungsverhaltens. Zusätzlich wird eine Gewichtszunahme von mindestens 500 g pro Woche angestrebt.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden die Patienten nach BMI in verschiedene Stufen (Stufen 1–5) eingeteilt, welche definierte Interventionen zur Folge haben. Der Eintritt erfolgt standardisiert, dazu gehören ein Labor, inklusive Refeedingparameter (Kalium, Natrium, Magnesium, Phosphat, Kalzium, Kreatinin, Harnstoff, Glukose). Die Supplementierung von Vitamin B₁ (Benerva®) und einem Multivitaminprodukt wird empfohlen.

Stufe 1: BMI 14,0–14,5 kg/m²: 3 × 200 ml Trinknahrung 2,0 kcal/ml, faserhaltig, sowie drei Hauptmahlzeiten im Tag. Verweilen auf der Abteilung, keine medizinische Trainingstherapie (MTT, das heisst begleitetes Training durch die Physiotherapie).

Stufe 2: BMI 14,5–15,5 kg/m²: 2 × 200 ml Trinknahrung 2,0 kcal/ml, faserhaltig, sowie drei Hauptmahlzeiten im Tag. Aufenthalt auf dem Spitalareal, bei gutem Verlauf Wochenende zu Hause.

Stufe 3: BMI 15,5–16,5 kg/m²: 1 × 200 ml Trinknahrung 2,0 kcal/ml, faserhaltig, sowie drei Hauptmahlzeiten im Tag und 1 standardisierte Zwischenmahlzeit (ca. 400 kcal), evtl. Ausflug in die Stadt.

Stufe 4: BMI 16,5–17,5 kg/m²: 3 Hauptmahlzeiten sowie 2 standardisierte Zwischenmahlzeiten, Treppenbenutzung, Kraftaufbau ohne Ausdauertraining.

Stufe 5: BMI ab 17,6 kg/m²: 3 Hauptmahlzeiten sowie 1 standardisierte Zwischenmahlzeit, MTT mit Kraftaufbau und Ausdauertraining.

Falls die empfohlene Gewichtszunahme und die angestrebte positive Veränderung im Ess- und Bewegungsverhalten nicht erfolgt, gelten die Bedingungen der darunterliegenden Stufe, und der Klient darf das folgende Wochenende nicht nach Hause. Trifft dies die nächste Woche wieder ein, gelten die Abmachungen der Stufe 1. Bei einem ausbleibenden Erfolg wird der Austritt geplant.

Die Gewichtskontrolle findet unangemeldet am Morgen statt.

Einmal in der Woche findet eine Essbesprechung mit allen Patienten statt, die eine Essstörung haben. Daran beteiligt sind Psychologen, das Pflegepersonal und die Ernährungsberatung. Anhand der Essprotokolle kann die Ernährungsberatung dem Klienten eine Rückmel-

dung zum Essverhalten der vergangenen Woche geben. Nebst der Rückmeldung der Fachpersonen besteht auch die Möglichkeit, Fragen zu klären oder einen Einzeltermin für die Ernährungsberatung zu koordinieren.

Eine wöchentlich stattfindende Nachbetreuungsgruppe kann bis drei Monate nach Austritt aus der PSOMA besucht werden. Schwerpunkte dieser Treffen sind: Umsetzung und Festigung der neu erworbenen Strategien und Ressourcen, Umgang mit Alltagsrealitäten, Einüben sozialer Kompetenzen und die Bewältigung von Stressreaktionen durch Körperarbeit (Atem- und Entspannungstechniken). Auch eine Weiterbetreuung durch die Ernährungsberatung wird den Patienten nahegelegt.

Korrespondenzadressen:

Ambulante Ernährungsberatung:

Michelle Müller, BSc BFH

Ernährungsberaterin SVDE

DAS Systemisch lösungsorientierte Kurzzeitberatung

Ernährungsberatung Adipositas, Essstörungen und Diabetes

Inselspital, Universitätsspital Bern

3010 Bern

E-Mail: michelle.mueller@insel.ch

Stationäre Ernährungsberatung:

Franziska Gasser

Lindenhofspital

Ernährungsberaterin BSc BFH

MAS Psychosoziale Beratung

E-Mail: franziska.gasser@lindenhofgruppe.ch

Literatur:

- Jacobi C, Paul T, Thiel A (2004): Essstörungen. Fortschritte der Psychotherapie. Band 24. Göttingen Bern: Hogrefe.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (Hrsg.). S3 Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Version 1.1. (Dezember 2011); www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html
- Behandlungsempfehlungen Essstörungen (2006). Empfehlungen des Experten-Netzwerks Essstörungen Schweiz (ENES) zur Behandlung von Menschen mit Essstörungen. Verfasst durch die Arbeitsgruppe des ENES.
- Gross G, Giel K, Wild B, Teufel M, Friederich H, de Zwaan M, Herzog W, Zipfel S und die ANTOP-Study group (2014): Patientensicht einer ambulanten Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa am Beispiel der ANTOP-Studie. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 62. (1). S. 27–34.
- Kalm L, Semba R (2005): They Starved So That Others Be Better Fed: Remembering Ancel Keys and the Minnesota Experiment. In: The Journal of Nutrition. 135: S. 1347–1352.