



Ernährungstherapie bei Essstörungen

Kurzfassung Lehrbucheintrag

(Kurzfassung aus: W. Häuser: Ernährungstherapie bei Essstörungen. In: J. Stein, KW. Jauck (Hrsg): Praxishandbuch klinische Ernährung und Infusionstherapie. Berlin: Springer Verlag (2003) 721-731)

Inhalt:

1. Anorexia nervosa.....	1
2. Bulimia nervosa	3
3. Binge Eating Störung.....	4

1. Anorexia nervosa

- Körpergewicht mindestens 15% unter dem Normalgewicht oder BMI < 17,5 kg/m².
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch das Vermeiden hochkalorischer Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: Selbst induziertes Erbrechen, selbst induziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika sowie bei Diabetikern durch Auslassen der Insulinzufuhr ('Insulinpurging').
- Die Angst, zu dick zu werden, besteht als tiefverwurzelte überwertige Idee.

Die Lebenszeitprävalenz für Frauen wird zwischen 1,1-4,2 % angegeben. Das Verhältnis erkrankter Frauen zu Männern beträgt 6-20:1.

Ätiologie

Biopsychosoziales Modell unterschiedlicher biologischer, kultureller, intrapsychischer und familiärer prädisponierender, auslösender und chronifizierender Faktoren. Prädisponierend: Genetik, soziokulturell (Schlankheitsideal westlicher Kulturen), Familienklima (hohe Bedeutung von Gewicht, Aussehen und Diäten). Auslösende Faktoren: Kränkungen (bezüglich des

Erstellung: Dr. Winfried Häuser, Innere Medizin I	Dateipfad: H:\Internet\AG Internet-Intranet\Ernährungstherapie bei Essstörungen	
Freigabe: Häuser/ 24.06.2009		
Version: 01	© Klinikum Saarbrücken	Seite: 1 von 5

Aussehens), Verlusterlebnisse, familiäre oder Sexualkonflikte. Chronifizierend: Unbewältigte intrapsychische oder familiäre bzw. partnerschaftliche Konflikte, sekundäre somatische Veränderungen und sozialmedizinische Folgen (fehlende berufliche Perspektive, Rentenverfahren und sozialer Abstieg).

Klinik

Obstipation, Völlegefühl- Kälteintoleranz, nachlassende körperliche und geistige Leistungsfähigkeit- Bei Frauen Amenorrhoe, bei Männern Libido- und Potenzverlust- Erniedrigte Herzfrequenz, Körpertemperatur und Blutdruck · Trockene Haut, Ödeme

Ernährungstherapie

Behandlungsprinzip- Die Therapieverfahren (Ernährungstherapie, Psychotherapie, Psychopharmaka bei psychischer Komorbidität) und das Behandlungssetting (ambulant, teilstationär, stationär) sind flexibel an die Erkrankungsschwere und -dauer anzupassen.· In Abhängigkeit vom Körpergewicht, medizinischen Komplikationen, Motivation/Krankheitseinsicht, psychischer Komorbidität und psychosozialer Situation: Ambulante Therapie, intensivierete ambulante Therapie, tagesklinische Behandlung, stationäre (psychiatrisch-psychotherapeutische) Therapie und stationäre internistisch-psychotherapeutische Behandlung- Ziele der Ernährungstherapie sind die Normalisierung des Essverhaltens und des Körpergewichts sowie Förderung einer angemessenen Einstellung gegenüber Ernährung

Praktisches Vorgehen - Ambulante Therapie

Ernährungsmedizinischen Anamnese: Diät- und Gewichtsanamnese, Methoden der Gewichtskontrolle, vermiedenen Nahrungsmittel (meist Fleisch und fetthaltige Nahrungsmittel) und Maßnahmen der Gegenregulation · Essprotokolls, Gemeinsames Essen mit Patientin und Familie · Behandlungsvertrag. Psychotherapeutische Ziele, anzustrebendes Basisgewicht (BMI 19 bzw. 10-25% Perzentile der altersentsprechenden Bevölkerung), wöchentliche Gewichtszunahme bis zum anzustrebenden Basisgewicht (500- 1000 g) sowie ein kritisches Gewicht (BMI <15) für eine stationäre Aufnahme· Gewichtskontrollen unter standardisierten Bedingungen (z. B. morgens nackt nach Aufstehen und Miktion) 1-2mal pro Woche durch die Patientin selbst · Detaillierten Ernährungsplan in Form einer ausgewogenen Mischkost für 3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten. Anpassung der Nahrungsmittelauswahl an individuelle Besonderheiten (z. B. Vegetarier). Aufteilung der Kalorienzufuhr in 55-60% (überwiegend komplexe) Kohlenhydrate, 20% (tierisches und pflanzliches) Eiweiß und 20% Fett. Anpassung der Kalorienmenge an die körperliche Aktivität und die individuelle Gewichtszunahme · Essprotokoll: Das Protokollieren von Gedanken und Gefühlen in Zusammenhang mit der Nahrungszufuhr liefert wichtiges Material für die Psychotherapie. · Phase der Gewichtszunahme mit täglicher Kalorienzufuhr von 30-40 kcal/kg/d (1000-1600 kcal/d), Steigerung innerhalb von 2-4 Wochen auf 60-80 kcal/kg/d (2200-3000 kcal/d)· Phase der Gewichtsstabilisierung: 40-60 kcal/kg. Nach Erreichen des Zielgewichtes Ausarbeitung eines Ernährungsplanes zur Gewichtserhaltung, stufenweiser Integration ' verbotener' Nahrungsmittel und Förderung einer zunehmenden Autonomie und Flexibilität der Patientin in der Auswahl der Nahrung · Wert einer Calcium/Vitamin D- bzw. Hormonsubstitution zur Prophylaxe bzw. Therapie der anorexieassoziierten Osteopenie bzw. Osteoporose ist bisher nicht gesichert· Weitere Methoden der verhaltensmedizinischen Ernährungstherapie innerhalb tagesklinischer Gruppenbehandlung: Kochgruppe der Patientinnen (eigenständiges Einkaufen und Kochen), Mittagskonfrontation (Einschätzung des Essverhaltens beim Mittagessen durch Patienten selbst und Rückmeldungen aus der Gruppe), selbstständiges Portionieren und Kombinieren von Mahlzeiten sowie unvorbereitete außergewöhnliche Mahlzeiten wie festliche Buffets oder ' Chaostage' ohne vorbereitetes Ess- und Therapieprogramm

Erstellung: Dr. Winfried Häuser, Innere Medizin I	Dateipfad: H:\Internet\AG Internet-Intranet\Ernährungstherapie bei Essstörungen	
Freigabe: Häuser/ 24.06.2009		
Version: 01	© Klinikum Saarbrücken	Seite: 2 von 5

Praktisches Vorgehen - Stationäre Therapie

Indikationen: Gewichtsverlust unter 75% des Normalgewichts; 30% Gewichtsverlust in letzten 3 Monaten; Herzfrequenz < 40/min; Blutzucker < 60mg%; Kalium < 3mmol/l; Körpertemperatur < 36°C, Kreatinin > 1,2 mg%, körperliche Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus oder Morbus Crohn, Depressivität mit Suizidgefahr, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, Trennung von pathogenen psychosozialen Faktoren (massiv gestörte Familienbeziehungen, aktueller sexueller Missbrauch) notwendig, ausgeprägte soziale Isolation, Scheitern bzw. Abbruch ambulanter Psychotherapien· Orale Ernährung: Behandlungsvertrags mit Festlegung Zielgewicht, die anzustrebende wöchentliche Gewichtszunahme (1-1,5 kg pro Woche) sowie Grenzgewicht für eine enterale Ernährung · Bei mäßigem Untergewicht (BMI 14-16) Kaloriensteigerung stufenweise (1000 -1500 kcal, innerhalb 2 Wochen auf 2500 kcal/d) über 3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten · Bei medizinischer Indikation und starkem Untergewicht (BMI <14) Kaloriensteigerung ab 2000 kcal/d , 8-10 kleine Mahlzeiten und Zusatz von Energiedrinks als Zwischenmahlzeit (z. B. 100- 500 ml pro Zwischenmahlzeit · Enterale und parenterale Ernährung nur nach Ausschöpfung aller psychotherapeutischen Möglichkeiten und bei Zunehmende Adynamie, körperlicher Erschöpfung bei geringen körperlichen Anstrengungen, zunehmende kognitive Verlangsamung, BMI < 12, Herzfrequenz < 40/min mit fehlendem Anstieg unter körperlicher Belastung, Körpertemperatur < 35°C · Kontinuierliche enterale Ernährung über dünne nasogastrische bzw. -duodenale Sonden (9 Ch bzw. 3mm Durchmesser) unter Fortführung oraler Nahrungszufuhr zur Vermeidung einer intestinalen Mukosaatrophie · Parenterale Ernährung nur bei lebensbedrohlichen Notfällen (prärenales Nierenversagen, Koma bei metabolischer Alkalose, höhergradigen Blockierungen bei Hypokaliämie · Cave Refeeding-Syndrom mit Herz- und Ateminsuffizienz, Leberversagen. Beginn der enteralen bzw. parenteralen Flüssigkeits- und Kaloriensubstitution stufenweise (beginnend mit 1000-1500 ml Flüssigkeit/ kcal/24h) mit individualisiertem Ausgleich von Störungen des Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes unter gleichzeitiger regelmäßiger Kontrolle von Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium, Bicarbonat und Phosphat sowie Lipase. Serumphosphatspiegel > 3 mg% halten. Die enterale bzw. parenterale Ernährung ist nur so lange durchzuführen, bis die lebensbedrohlichen Komplikationen behoben bzw. der kritische BMI überschritten ist

2. Bulimia nervosa

- Andauernde Beschäftigung mit dem Essen;
- Heißhungerattacken, bei denen große Mengen Nahrungsmittel in sehr kurzer Zeit konsumiert werden;
- Versuche, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzuwirken: Selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika und im Falle von Diabetikerinnen Vernachlässigung der Insulinzufuhr;
- Krankhafte Furcht davor, dick zu werden.

Die Lebenszeitprävalenz der Bulimia nervosa liegt in den westlichen Ländern für die Hauptrisikogruppe 13-40 jähriger Frauen zwischen 1-4%, Verhältnis Frauen zu Männer 9:1.

Erstellung: Dr. Winfried Häuser, Innere Medizin I	Dateipfad: H:\Internet\AG Internet-Intranet\Ernährungstherapie bei Essstörungen	
Freigabe: Häuser/ 24.06.2009		
Version: 01	© Klinikum Saarbrücken	Seite: 3 von 5

Ätiologie- Prädisponierend: Genetische Vulnerabilität (Häufung affektiver Störungen und Abhängigkeiten in Familie), niedriges Selbstwertgefühl, frühere Anorexia nervosa, gesellschaftliches Schlankheitsideal · Auslösend: Belastende Lebensereignisse, Alltagsbelastungen · Chronifizierend: Heißhunger durch Fasten; ungelöste intrapsychische und Familien- bzw. Partnerschaftskonflikte; negative körperliche und soziale Folgen

Klinik

Meist normalgewichtig · Völlegefühl, Obstipation · Allgemeine oder Muskelschwäche · Zahnschmerzen, Zyklusstörungen und Haarausfall · Eisenmangelanämie und/oder Hypokaliämie · Schlecht einstellbarer Diabetes mellitus Typ 1 · Symmetrische Parotisschwellungen, Zahnschmelzschäden sowie Kallusbildung an den Fingern und Handrücken der dominanten Hand · Boerhaave- bzw. Mallory-Weiß-Syndrom oder Koma bei metabolischer Alkalose

Ernährungstherapie- Behandlungsprinzip:

Abgestufte Therapie der Bulimia nervosa in Abhängigkeit vom Schweregrad und dem Erfolg bisheriger Behandlungsmaßnahmen erfolgen:

- Reine Selbsthilfe (Selbsthilfebücher und Gruppen),
- Therapeutenunterstützte Selbsthilfe, Ambulante kognitive
- Verhaltenstherapie bzw. interpersonelle oder systemische Therapie,
- Serotoninwiederaufnahmehemmer, stationäre Therapie in psychosomatischen Kliniken bzw. internistisch-psychosomatischen Abteilungen ·

Ernährungstherapie als integraler Bestandteil der Psychotherapie - Praktisches Vorgehen-

Ausführliche Informationen über ausgewogene Ernährung, Korrektur dysfunktioneller Vorstellungen über Idealgewicht und - figur, über die (auf die Patientin abgestimmten) gesundheitlichen Folgen des bulimischen Verhaltens sowie die heißhungerauslösende Wirkung des Fastens · Festlegen eines regelmäßigen Essensplanes mit 3 Hauptmahlzeiten (Dauer mindestens 30 Minuten), Abstand zwischen den Hauptmahlzeiten mindestens 4 Stunden sowie mindestens eine warme Mahlzeit pro Tag zur Vermeidung hungerinduzierter Fressanfälle · Essensprotokoll: zugeführte Nahrung Auslösesituationen von bulimischen Verhalten sowie die damit und dem normalen Essen verbundenen Gedanken und Gefühle · Entwicklung von alternative Verhaltensweisen in Auslösesituationen (z. B. Telefongespräch mit Freunden bei Langeweile anstatt Nahrungszufuhr) sowie Stimuluskontrolltechniken (z. B. Einnahme von Mahlzeiten im Esszimmer statt vor dem Kühlschrank) · Reizexposition in symptomauslösende Situationen(z. B. Lebensmittelabteilungen) mit Reaktionsunterbindung aufgesucht · Stufenweise Integration ' verbotener' bzw. symptomauslösender Nahrungsmittel in den Essensplan · Orale Kaliumchlorid- bzw. Eisensubstitution bei Mangelerscheinungen

3. Binge Eating Störung

- Fressanfälle an mindestens 2 Tagen in der Woche über 6 Monate

Erstellung: Dr. Winfried Häuser, Innere Medizin I	Dateipfad: H:\Internet\AG Internet-Intranet\Ernährungstherapie bei Essstörungen	
Freigabe: Häuser/ 24.06.2009		
Version: 01	© Klinikum Saarbrücken	Seite: 4 von 5

- Fehlende gegenregulatorische Maßnahmen
- Leiden wegen der Fressanfälle;

Punktprävalenz der Binge Eating Störung von 3,3%-4,6% in gleicher Häufigkeit bei Männern und Frauen; bis zu 30% der Interessenten an Gewichtsreduktionsprogrammen (z. B. Modifast)

Ätiologie

Genetische Faktoren (Melanocortin 4 Rezeptor Mutation)- Erlernte habituelle Reaktion auf Stimmungsveränderungen · Häufige Komorbidität mit Angststörungen, affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen

Klinik

Meist übergewichtig bis adipös· Völlegefühl, Bauchschmerzen · Folgen der Adipositas (Luftnot, Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten· Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Depressivität · Ungenügende metabolische Kontrolle Typ 2 Diabetes

Ernährungstherapie-Behandlungsprinzip

Ambulantes abgestuftes Vorgehen mit reiner Selbsthilfe, therapeutenunterstützter Selbsthilfe, ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie und interpersoneller Therapie · Therapieziele der Ernährungstherapie sind das Einstellen und die Reduktion von Fressanfällen und nicht die Gewichtsreduktion· Integration der Ernährungstherapie in die Psychotherapie inklusive Bewegungstherapie Praktisches Vorgehen· Information über gesunde und ausgewogene Ernährung· Einhalten regelmäßiger Mahlzeiten (3 Hauptmahlzeiten, Dauer mindestens 30 Minuten mit bewusstem und langsamen Kauen) · Vermeiden (süßer) Zwischenmahlzeiten, insbesondere vor dem Schlafengehen. Essensprotokolle sowie Stimulus- und Reaktionskontrolltechniken sowie nichtnahrungsgebundene Selbstbelohnungen bei Erreichen der Therapieziele· Verbesserung von Selbstakzeptanz, Körperbild und Emotionsregulation sowie die Förderung vermehrter körperlicher Aktivität· Antidepressiva (SSRI) bei depressiven Begleiterkrankungen· Fenfluramin und Dexfenfluramin sind nicht indiziert.

Zusammengestellt von [PD Dr. med. Winfried Häuser](#), Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin - Sportmedizin- Ärztlicher Leiter des [Schwerpunktes Funktionsbereiches Psychosomatik der Medizinischen Klinik Innere Medizin I](#) des Klinikums Saarbrücken

Letzte Überarbeitung: 234.1206.201109

Erstellung: Dr. Winfried Häuser, Innere Medizin I	Dateipfad: H:\Internet\AG Internet-Intranet\Ernährungstherapie bei Essstörungen	
Freigabe: Häuser/ 24.06.2009		
Version: 01	© Klinikum Saarbrücken	Seite: 5 von 5