



Vera Baumer*
 *Ernährungstherapeutin
 TheraTeam (Kontakt
 zu den Autoren über
 ANAD e.V. Therapeutische
 Wohngruppen)
 E-Mail: Baumer@ANAD.de
Coautorin:
Dr. Eva Wunderer*

Nr. 7 Juli 2009

Menschen mit Essstörungen benötigen auf ihrem Weg aus der Krankheit genaue Anleitung im Umgang mit Nahrung. Die Auswahl angemessener Lebensmittel und Essensmengen sowie der Umgang mit Gewichtsveränderungen bereiten den Betroffenen Probleme, mit denen sie allein meist nicht zurecht kommen. Dieser Beitrag erläutert die Ernährungstherapie am Beispiel intensivtherapeutischer Wohngruppen.

Ernährungstherapie bei Essstörungen

Die ANAD e.V. intensivtherapeutischen Wohngruppen in München bieten seit 15 Jahren ein alltagsnahes Therapiekonzept für junge Menschen mit Essstörungen und psychisch bedingtem Übergewicht. Die Betroffenen leben i. d. R. sechs Monate mit gleichaltrigen Betroffenen in Wohngruppen, bleiben in Schule oder Beruf integriert und werden gleichzeitig rund um die Uhr intensiv betreut. Das interdisziplinäre Team besteht aus Diplom-Psycholog/innen, Diplom-Sozialpädagog/innen, Ernährungstherapeut/innen (Diätassistent/innen und Diplom-Oecotropholog/innen) und einer fachärztlichen Leitung. Der Therapieaufenthalt führt nachweislich zu deutlichen Verbesserungen in der Essstörungs- und sonstigen Symptomatik [1–3]. In der Ernährungstherapie hat sich eine Kombination aus Einzelberatungsgesprächen, Ernährungsgruppen und praktischen Angeboten mit Expositionstraining als sinnvoll und erfolgreich erwiesen.

Die Ernährungstherapie

Professionelle Essstörungstherapie ruht auf mehreren Säulen: Die Psychotherapie bearbeitet Hintergründe und Auslöser symptomatischen Verhaltens, die sozialpädagogische Begleitung hat die schulische bzw. berufliche Entwicklung sowie das Freizeitverhalten im Blick, beide Bereiche arbeiten an Selbstwert und am Aufbau sozialer Kompetenzen. Die medizinische Be-

treuung ist angesichts der vielfältigen Begleit- und Folgeerscheinungen der Essstörung unabdingbar, bei übergewichtigen Menschen sind zudem Bewegungsangebote wichtig. Die fünfte Säule bildet die Ernährungstherapie, die die Patientin¹ individuell unterstützt, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Ernährungsweise zu finden.

Hintergrund: Das Anti-Diät-Prinzip

Die Ernährungstherapie bei ANAD wendet sich gegen diätetische Einschränkungen und Light-Produkte und will die Betroffenen wieder in die Lage versetzen, auf ihre eigenen Körpersignale zu hören und nach Hunger und Sättigung zu essen. Ziel ist es, regelmäßige Mahlzeiten zu essen, davon eine warme am Tag, und vollwertige, nicht fett- oder kalorienreduzierte Lebensmittel zu verwenden. Auch vermeintlich ungesunde Lebensmittel, wie Süßigkeiten und Fast Food, sind – in Maßen – Teil der Ernährung.

Verhaltensanalyse und Zielfestlegung

Zu Beginn klärt die Ernährungstherapeutin im Rahmen einer Ernährungsanamnese das aktuelle Essverhalten ab. Was isst und trinkt die Patientin, was verbietet sie sich, wann isst sie, welche Faktoren nehmen Einfluss auf ihr Essverhalten, welche Symptome zeigt sie und seit wann? Die diagnostische Grundlage der ernährungstherapeuti-

schen Arbeit bildet ein Essprotokoll, das die Betroffene zu Beginn der Therapie über eine Woche führt.

Die Ernährungstherapeutin bekommt durch die Anamnese einen Eindruck davon, welche therapeutischen Vorerfahrungen die Patientin bereits gemacht hat, wie groß ihre Schwierigkeiten sind, was sie also fordern, welches Tempo sie bei der Arbeit erwarten kann. Und sie lernt die Patientin kennen: Ist sie eher ängstlich oder selbstbewusst? Versucht sie, alles perfekt umzusetzen und richtet sich stark nach der Meinung anderer? All dies ist wichtig für die weitere Arbeitsbeziehung. Darauf aufbauend formuliert die Patientin individuelle Ziele, die sie während des Aufenthaltes erreichen möchte, und klärt, welche Unterstützung sie dafür benötigt. Das Team legt Wert darauf, dass die Betroffene sich ihre Ziele weitgehend selbst setzt, da sie dann in der Regel motivierter ist, ihre Vorsätze in die Tat umzusetzen. An erster Stelle steht der Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur.

Das Essprotokoll

Im Essprotokoll notiert die Patientin, welche Mahlzeiten sie wann isst, welche Lebensmittel sie dabei in welchen Mengen verwendet und welche Getränke sie zu sich nimmt. Zusätzlich

¹Die meisten Betroffenen sind nach wie vor Mädchen und Frauen, daher hier die weibliche Schreibweise. Gleiches gilt für die Ernährungstherapeut/innen.

gibt die Betroffene darüber Auskunft, inwieweit sie Hunger und Sättigung empfindet, in welchen Situationen sie isst und ob sie nach den Mahlzeiten gewichtsregulierende Maßnahmen wie Erbrechen, Sport oder Laxantien anwendet (◆Abbildung 1). In der Ernährungstherapie wird bei der Besprechung des Essprotokolls schwerpunktmäßig die Energiezufuhr und Nährstoffrelation zum Thema gemacht. Hinweise auf mögliche Auslöser von symptomatischem Verhalten werden in der Psychotherapie besprochen.

Ein Essprotokoll zu führen ist für viele Betroffene eine große Überwindung, v. a. wenn sie häufig Essanfälle haben oder erbrechen. Magersüchtige Patientinnen passen ihr Protokoll oft den vermeintlichen Erwartungen der Ernährungstherapeutin an. Daher werden die Essprotokolle vor der Auswertung mit der Patientin besprochen und ggf. kritisch hinterfragt.

Therapieschritte

Der erste Schritt auf dem Weg zu einem normalen Essverhalten ist der Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur [1]. Oft essen die Betroffenen tagsüber gar nichts oder nur sehr wenig, um sich

abends etwas gönnen zu dürfen, oder sie lassen Mahlzeiten komplett ausfallen. Sehr hilfreich sind deswegen begleitete Mahlzeiten, die die Patientin zusammen mit einer Gruppe von Mitpatientinnen und einer Ernährungstherapeutin einnimmt. So wird ihr gerade zu Beginn der Therapie die Entscheidung, zu essen oder lieber zu hungern, abgenommen, angemessene Portionsgrößen und der Umgang mit Lebensmitteln können neu erlernt werden.

Einen Essplan erstellen

Nach Auswertung des Essprotokolls kann zusammen mit der Patientin ein individueller Essplan erarbeitet werden, der von Anfang an drei Hauptmahlzeiten beinhaltet – je nach Schweregrad der Essstörung auch Zwischenmahlzeiten – sowie eine angemessene Trinkmenge. Grundlage sind dabei die Zufuhrempfehlungen der DGE. Die Patientin erhält keine Kalorienvorgaben, sondern, wie ◆Abbildung 2 zeigt, alltagstaugliche Mengeneempfehlungen, z. B. Scheiben, Tassen, Esslöffel etc. [4]. Um der Patientin die Umsetzung im Alltag zu erleichtern, ist es wichtig, die individuellen Vorlieben bzw. Abneigungen

gen beim Erstellen des Plans zu berücksichtigen, die Patientin so viel wie möglich selbst entscheiden zu lassen und wenig korrigierend einzugreifen.

Das Gewicht normalisieren

Für Betroffene mit Untergewicht ist die Gewichtszunahme oft die größte Herausforderung in der Ernährungstherapie. Bei vielen besteht der Wunsch, gesund zu werden, ohne zunehmen zu müssen. Auch selbst gesetzte, zu niedrige Gewichtsgrenzen, die die Patientin nicht überschreiten will, stellen eine Hürde dar. Um Autonomiekonflikte in der Anfangsphase zu vermeiden, ist es sinnvoll, die Patientin zunächst selbst zu fragen, wie sie sich eine Zunahme vorstellt.

Wenn es vom zeitlichen Rahmen her möglich ist, wird als Zielgewicht ein BMI von 19 kg/m² angestrebt. Die Zunahme erfolgt im Idealfall in Schritten von 500 bis 1 000 Gramm pro Woche. Bei Jugendlichen unter 16 Jahren wird ein individuelles Gewichtsziel je nach Entwicklungsstand gemäß den Perzentilkurven vereinbart. Der Gewichtsverlauf wird einmal pro Woche überprüft. Das Wiegen erfolgt morgens nüchtern in Unterwäsche. Dabei ist darauf zu

Mahlzeit von ... bis	mit wem	Situation vor dem Essen, Gedanken, Gefühle, Appetit auf	Hunger (in %)	Menge	Lebensmittel / Getränk	Satt (in %)	Heißhungerattacke (ja /nein)	gewichtsreg. Maßnahmen (Sport, Erbrechen, Abführmittel...)	Situation nach dem Essen (Gedanken, Gefühle)
7.00-7.30 Uhr	alleine	Kein Hunger, will nichts essen	0 %	2 Scheiben 2 TL 1 Scheibe 1 Scheibe	Vollkornbrot Frischkäse (Vollfettst.) Schinken, gekocht Emmentaler 45 % Fett	80 %	Nein	2 km zur Schule gelaufen statt U-Bahn zu nehmen	■ fühle mich voll und lustlos, muss mich bewegen, bin aber auch stolz, keinen Essanfall bekommen zu haben
14.00-14.30 Uhr	Kochen + Essen	müde, erschöpft von Schule, genervt	50 %	2 Servierlöffel 3 Servierlöffel	Reis Asiatische Soße (Kokosmilch, Ananas, Gemüse)	100 %	Nein	Nein	■ Fühle mich aufgebläht, kann mich schlecht konzentrieren
19.30-20.00 Uhr	Mit Mitbewohnerin	Schon wieder essen! Wird mir alles zu viel. Zum Glück isst Theresa mit mir	50 %	1 Scheibe 2 TL 150 g	Vollkornbrot Butter Jogurt (3,5 % Fett)	100 %	Nein	Nein	■ Habe wenig gegessen, um keinen Heißhungeranfall zu bekommen. Muss mich ablenken.
21.00 Uhr	alleine	Hunger, fühle mich einsam und leer	100 %	2 Stück ½ Tafel ½ l	Marmorkuchen (aus Supermarkt) Schokolade Milch	150 %	Ja	½ Stunde Gymnastik	■ Frust, Ärger, habe es wieder nicht geschafft ohne Süßes auszukommen
über den Tag verteilt				1 l	Wasser				

Abb. 1: Essprotokoll einer Patientin zu Therapiebeginn [1]

achten, dass die Patientinnen nicht vor dem Wiegen „auftrinken“, Gewichte in Socken oder Unterwäsche verstecken oder auf anderen Wegen versuchen, das Gewicht zu manipulieren.

Die Gewichtsvereinbarung: Verbindlichkeit und Ansporn

Bei unzureichender Gewichtszunahme empfiehlt es sich, nach etwa drei Wochen eine schriftliche Vereinbarung zum Gewichtsverlauf mit Gewichtsziel und Zeitrahmen zu treffen. Außerdem werden Regelungen zum Umgang mit Einsparen von besprochenen Essensmengen, Essanfällen und Erbrechen sowie Konsequenzen bei Nichteinhaltung des Vertrags besprochen. Wichtig ist, die Konsequenzen mit der Patientin individuell festzulegen, damit sie diese nicht als Bestrafung, sondern als Ansporn erleben kann.

Hält sich eine Patientin nicht an getroffene Vereinbarungen, gilt es, die Gründe hierfür zu hinterfragen. Oft werden körperliche Beschwerden wie Durchfall, Appetitlosigkeit oder Übelkeit genannt. Ergibt eine Abklärung der Beschwerden durch einen Arzt keinen Befund, muss mit der Betroffenen über eine gegebenenfalls fehlende Motivation oder andere Blockaden gesprochen werden, ggf. auch in der Psychotherapie, um zu vermeiden, dass die Patientin über einen längeren Zeitraum das Thema „Zunehmen“ vermeidet. Zeigt sich eine Überforderung der Patientin, kann eine Verlegung in eine Klinik indiziert sein, wo sie intensivere Unterstützung bekommt.

Ängste nehmen: Aufklärung und Geduld

Um sich auf eine Zunahme einlassen zu können, ist es für die Betroffenen sehr wichtig, über damit verbundene Ängste sprechen zu können. Irrationale Ängste können z. T. durch ausreichende Informationsvermittlung über körperliche Abläufe genommen werden. Allerdings lassen sich Ängste nicht von heute auf morgen lösen. Es gilt also für die Ernährungstherapeutin wie für die Patientin, Geduld aufzubringen und für die Betroffene unangenehme Gefühle auszuhalten. Außerdem kann es helfen, die Patientin „vorzuwarnen“ und auf

mögliche körperliche Beschwerden beim Zunehmen, wie Ödeme oder Bauchschmerzen, vorzubereiten.

Die Integration „verbotener“ Lebensmittel

Viele Patientinnen mit Essstörungen verbieten sich eine ganze Reihe von Lebensmitteln. Diese nach und nach wieder in den Speiseplan zu integrieren, ist ein weiteres wesentliches Ziel in der Ernährungstherapie. Die Ernährungstherapeutin erstellt gleich zu Beginn mit jeder Patientin deren individuelle „schwarze Liste“. Diese Liste beinhaltet i. d. R. fett- und kalorienreiche Lebensmittel, wie Butter bzw. Öle, Eis, Nüsse, Brot, Süßes u. ä. Im nächsten Schritt wird besprochen, in welcher Reihenfolge die Lebensmittel wieder integriert werden können, dabei haben Grundnahrungsmittel Vorrang.

Meistens geht v. a. die Integration von Fetten nur schrittweise. D. h. von

Woche zu Woche wird mit der Patientin konkret besprochen, wie viel Streich- und Kochfett sie verwendet, und versucht, die Menge sukzessive zu steigern. Süßigkeiten werden von Anfang an mit in den Speiseplan integriert. Fast alle Betroffenen haben Lust auf Süßes, ein radikaler Verzicht darauf kann Heißhungeranfälle begünstigen. Die Einbeziehung in den Essplan gibt den Patientinnen Sicherheit, dass Süßigkeiten einfach dazugehören.

Fleisch macht dick? Vegetarismus hinterfragen

Auch der unter Betroffenen weit verbreitete Vegetarismus fällt unter diesen Punkt. Viele haben im Rahmen ihrer Essstörung eines Tages aufgehört Fleisch zu essen – in den meisten Fällen weniger aus ideellen Gründen, sondern weil Fleisch vermeintlich zu viel Fett oder Kalorien enthält. Im Rahmen einer ausführlichen Anamnese des Vegetarismus wird versucht, der Patientin

Datum Mahlzeit	Montag, 2.6.2009	Dienstag, 3.6.2009
Frühstück	8 EL Müsli 150g Jogurt 1 TL Honig 1 Banane	1 Semmel, 2 Scheiben Brot 4 TL Butter 1 Scheibe Käse 1 TL Nutella, 1 TL Honig, 1 TL Marmelade
Zwischenmahlzeit	1 Semmel 1 TL Butter 2 Scheiben Käse	1 Müsliriegel 1 Obst
Mittagessen	Teilnahme am Kochen und Essen	100 g Nudeln + Grundsoße: 1 EL Mehl, 1 TL Butter, ½ Glas Milch + 1 Handvoll Erbsen + 1 Jogurt
Zwischenmahlzeit	1 Teilchen vom Bäcker z.B. Mohnschnecke, Quarktasche, Butterbrezel	2 Riegel Schokolade 1 Birne
Abendessen	3 Scheiben Brot 3 TL Butter 1 Scheibe Käse, 1 Scheibe Schinken, 1 TL vegetarischer Aufstrich, 1/4 Gurke +150 g Fruchtjogurt	1 Semmel, 2 Scheiben Toast 4 TL Butter, 1 TL Frischkäse 1 Scheibe Käse, 1 TL vegetarischer Aufstrich, 1 Scheibe Schinken 3 Essiggurken
Spätmahlzeit	150 g Sahnejogurt 1 Apfel	1 Tasse Milch 5 Kekse
Getränke/ Sonstiges	+ 1 Liter Saft!	+ 1 Liter Saft!

Abb. 2: Beispielhafter Essplan [1]

diese Zusammenhänge vor Augen zu führen. Es ist erlaubt, sich vegetarisch zu ernähren, die Patientin wird im Verlaufe des Therapieaufenthaltes aber ermutigt, sich wieder an Fleisch und Wurst heranzuwagen.

Das individuelle Tempo zählt

Bei der Integration verbotener Lebensmittel gibt es individuell sehr große Unterschiede. Manche Patientinnen nehmen sich mehrere Lebensmittel pro Woche vor, andere sind zögerlich und zufrieden, wenn sie ein Verbot pro Woche aufheben können. Ein allzu rasches Abarbeiten der „schwarzen Liste“ kann auf Kosten der Nachhaltigkeit gehen, denn es ist nicht damit getan, ein Lebensmittel einmal wieder zu essen. Um Ängste und Befürchtungen dauerhaft abzubauen, muss es regelmäßig und in normalen Mengen in den Speiseplan eingebaut werden. Einmal ein Stück Schokolade zu essen, ist ein Anfang. Aber nur was mehrfach gegessen wurde, kann guten Gewissens von der „schwarzen Liste“ gestrichen werden.

Reduktion von Essanfällen und Purging-Verhalten

Essanfälle und gegenregulierende Maßnahmen, sog. Purging-Verhalten (von englisch purge = reinigen, abführen; z. B. Erbrechen, Abführmittel, Diuretika), sind die hervorstechende Symptomatik vieler Betroffener. Dennoch nehmen sie keinen zentralen Stellenwert in der Ernährungstherapie ein: Hintergründe und Strategien zu erarbeiten, wie entsprechende Verhaltensweisen vermieden werden können, ist Aufgabe der Psychotherapie.

In der Ernährungstherapie werden dagegen v. a. die Zusammenhänge zwischen Essanfällen und dem Essverhalten der Patientin thematisiert. Die meisten Betroffenen essen sehr restriktiv und verbieten sich viele Lebensmittel. Damit begünstigen sie das Auftreten von Heißhungeranfällen. Gemeinsam mit der Patientin bespricht die Ernährungstherapeutin derlei Verhaltensweisen und vollzieht anhand von Essproto-

kollen die Essensmengen in den Tagen vor dem Essanfall nach. Grundlage für ein Leben ohne Heißhungerattacken und Purging-Verhalten sind wiederum eine geregelte Mahlzeitenstruktur, die Normalisierung des Gewichts und die Integration verbotener Lebensmittel.

Flexibilität und Eigenverantwortung im Essverhalten

Das Essverhalten zunehmend flexibler zu gestalten und mehr Eigenverantwortung dafür zu übernehmen, ist eine große Herausforderung für die Betroffenen. Der erste Schritt dabei ist, sich selbstständig vom Einkauf über die Zubereitung bis hin zum Verzehr um regelmäßige und ausgewogene Mahlzeiten zu kümmern. Die Patientin muss lernen, flexibel auf Veränderungen in der Tagesplanung zu reagieren, z. B. die warme Mahlzeit auf abends zu verschieben, wenn sie über Mittag unterwegs ist, trotz Stress und Hektik keine Mahlzeit ausfallen zu lassen oder auch am Wochenende fünf geregelte Mahlzeiten unterzubringen, selbst wenn sie spät aufsteht. Solche Situationen sind in der Ernährungstherapie gut vorzuplanen.

Schwierig ist es für die meisten Betroffenen auch, spontan ihr Essverhalten an das der anderen anzupassen. Also z. B. mit der Clique abends in die Pizzeria zu gehen oder beim Stadtbummel mit den Freundinnen in die Eisdielen einzukehren. In der Regel werden solche Situationen in der Ernährungsgruppe besprochen und die Möglichkeit genutzt, dass eine andere Patientin bereits ähnliche Erfahrungen gemacht hat und entsprechende Verhaltenstipps geben bzw. vermitteln kann, dass nichts Schlimmes passieren wird, und die Patientin einfach auf sich vertrauen soll.

Die Patientin wird in diesem Zusammenhang gefragt, was ihre größte Befürchtung ist, das schlimmste Szenario, das eintreten könnte. Allein das lässt die Ängste oft schrumpfen, denn meist sind die gefürchteten „Katastrophen“ zum einen unwahrscheinlich und zum anderen gar nicht so furchtbar, wenn man sie einmal näher betrachtet.

Das Ziel: Essen nach Hunger und Sättigung

Das Ziel der Ernährungstherapie, wieder nach Hunger und Sättigung essen zu können, wird durch die beschriebenen Therapieschritte angebahnt und gefördert. Für die Betroffenen heißt das, Körpersignale wieder beachten und deuten zu lernen und den Mut aufzubringen, beim Essen mit Mengen und Lebensmittelauswahl zu experimentieren, bis sich Hunger und Sättigung wieder zuverlässig einstellen. Rückfälle in alte Verhaltensmuster sind dabei normal. Es gilt dann die Patientin zu erinnern, welche Strategien sie sich im Umgang mit ihrer Symptomatik bereits angeeignet hat. Entscheidend ist, dass sie sich nicht längerfristig aus dem Konzept bringen lässt und zügig wieder an die gewohnte Struktur anknüpft.

Das Ziel der Ernährungstherapie ist erreicht, wenn die Betroffene von sich sagen kann: „Ich esse wieder gerne, ohne Angst, und alles, was mir schmeckt“, wenn sie dabei ein gesundes Körpergewicht hat und sich ausreichend und ausgewogen ernährt.

Literatur

1. Wunderer E, Schnebel A, unter Mitarbeit von Baumer V, Müller E, Pecho L, Schönburg S. *Interdisziplinäre Essstörungstherapie*. Beltz-Verlag, Weinheim (2008).
2. Rohling J. *Wirksamkeitsanalyse intensivtherapeutischer Wohngruppen für Mädchen und Frauen mit Essstörungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Georg-August-Universität Göttingen, Studiengang Psychologie (2007).
3. Weis S. *Effekte integrativer Verhaltenstherapie bei Essstörungen. Eine Evaluation der ANAD intensivtherapeutischen Wohngruppen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fachbereich Psychologie (2008).
4. Gerlinghoff M, Backmund H. *Essen will gelernt sein*. Beltz-Verlag, Weinheim (2000).