

Die Rolle der Ernährungsberatung bei der Behandlung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa



The Role of Nutritional Counselling in the Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa

Sarah Stidwill und Iris Cook-Müller

Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen AES, Zürich

Zusammenfassung: Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa werden bevorzugt interdisziplinär therapiert. Neben somatischer und psychologischer/psychiatrischer Fachbegleitung stellt die Ernährungsberatung einen wichtigen Pfeiler dar. Die Er- und Bearbeitung verschiedener Themen wie inkorrektes Ernährungswissen, Hunger und Sättigung, Verbote und schlechtes Gewissen sind zentral. Auf den Erfolg wirkt sich die therapeutische Beziehung zur Ernährungsfachperson aus.

Schlüsselwörter: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Essstörungen, ambulante Ernährungsberatung, interdisziplinäre Therapie

Abstract: Eating disorders such as Anorexia nervosa and Bulimia nervosa should be treated with an interdisciplinary approach. In addition to medical and psychiatric/psychotherapeutic guidance, nutritional counselling is an important part of the treatment. The focus lies on the following nutrition topics, such as: incorrect nutritional knowledge, hunger and satiety, prohibitions and bad conscience. The relationship between the affected person and the dietician plays a large role in the treatment success.

Keywords: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, eating disorders, outpatient nutritional counselling, interdisciplinary therapy

Résumé: Les troubles alimentaire tels que l'anorexie mentale et la boulimie mentale sont traités de préférence de manière interdisciplinaire. En plus du soutien somatique et psychologique/psychiatrique spécialisé, le conseil nutritionnel est un pilier important. Le traitement de divers sujets tels que les connaissances nutritionnelles erronées, la faim et la satiété, les interdictions et la culpabilité sont au centre des préoccupations. La relation thérapeutique avec le nutritionniste a un effet sur le succès.

Mots-clés: Anorexie mentale, boulimie mentale, troubles alimentaires, conseil nutritionnel ambulatoire, thérapie interdisciplinaire

Essstörungen (ES) sind multidimensionale Krankheiten, die unterschiedlichste Lebensbereiche einschränken. Oft hören Betroffene, sie sollen einfach wieder essen oder aufhören zu erbrechen. Von einer ES betroffen zu sein, bedeutet Essen bzw. Nicht-Essen jenseits körperlicher Bedürfnisse. Dahinter stecken Bewältigungsstrategien. Aus der Erfahrung als niederschwellige Beratungsstelle hat sich die interdisziplinäre Herangehensweise bewährt. Die Ernährungsberatung (EB) ist neben der somatischen und psychologischen/psychiatrischen Begleitung einer der drei Grundpfeiler.

Im Gegensatz zu einer klassischen Sucht, bei der das Suchtmittel wie Alkohol weggelassen werden kann, liegt eine der grossen Schwierigkeiten in der Behandlung darin, dass das «Suchtmittel» Essen überlebenswichtig ist. Betroffene müssen lernen, mit ihrem Suchtmittel angemessen umzugehen.

Gegenstand dieses Artikels ist die ambulante Begleitung von Betroffenen; für dieses Setting spricht, wenn eine Person medizinisch stabil ist, Krankheitseinsicht hat und bereit für Veränderungen und Gewichtszunahme bei Untergewicht ist.

Essstörungen

ES können ein Zu-viel, ein Zu-wenig, ein Zu-einseitig bedeuten. Es gibt verschiedene Formen, die zudem oft indi-

Im Artikel verwendete Abkürzungen

BMI	Body-Mass-Index
EB	Ernährungsberatung
ES	Essstörungen

viduell ausgeprägt sind und ineinander übergehen können. Bei jedem Betroffenen kann sie sich anders äussern und unterschiedliche Hintergründe haben. So individuell wie der Mensch selbst ist, so unterschiedlich zeigt sich auch das jeweilige Krankheitsbild. ES können zudem jedes Alter und Geschlecht betreffen, sie sind nicht zwingend am Gewicht sicht- und diagnostizierbar, sondern am Verhalten.

Anorexie und Bulimie

Menschen mit Anorexie zeigen Untergewicht (BMI $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$) und haben grosse Angst vor Gewichtszunahme. Anorektisches Verhalten kann auch mit höherem Gewicht einhergehen (atypische Anorexie). Die Betroffenen leben in engen Koch- und Essritualen. Diese betreffen Lebensmittelauswahl, Zubereitungsart und Essenszeitpunkt. Sie neigen dazu, hohe Flüssigkeitsmengen (bis 7-10 Liter/Tag) einzunehmen, um den Hunger einzudämmen. Bewegung als Kompensation nimmt gedanklich wie zeitlich viel Raum ein, und der inhärente Bewegungsdrang ist hoch. Eine verzerrte Körperwahrnehmung/Körperschemastörung erschwert zusätzlich die Akzeptanz einer Gewichtszunahme. Menschen mit Anorexie des Purging-Typs greifen auf Kompensationsstrategien ähnlich der Bulimie zurück, aber ohne vorangehende Essanfälle.

Bulimische Personen zeigen einen BMI $> 17,5 \text{ kg/m}^2$, ihr Verhalten ist geprägt von Essattacken. Die Nahrungsmittelmengen können variieren (bis mehrere Tausend kcal/Essanfall). Essanfälle können kurz sein oder sich über mehrere Stunden, oft in immer gleichen Ritualen ablaufend, erstrecken. Essanfälle werden häufig mit Gefühlen wie Kontrollverlust oder Trance beschrieben. Als Kompensation (purging behavior) kommen Erbrechen (mehrmals pro Monat bis 25 \times /Tag), Fasten, exzessiver Sport und/oder Anwendung von Laxanzien und Diuretika zum Einsatz. Bulimiker erbrechen «normale» Mahlzeiten, teilweise kaufen sie spezifisch dafür ein. Typischerweise werden im Essanfall Nahrungsmittel gegessen, die sich Betroffene sonst verbieten. Das Essverhalten nach einer Attacke ist oft restriktiv und orthorektisch (zwanghaft gesund). Grund dafür kann Angst vor Gewichtszunahme oder schlechtes Gewissen sein. Trotz Normalgewicht können starke Mangelerscheinungen vorliegen, auch die Bulimie kann letal sein (Tabelle 1).

Ernährungsberatung bei Essstörungen

Spezialisierte Ernährungsberatung

Im Gegensatz zur «normalen» EB geht es nicht nur um Vermittlung von fehlendem Ernährungswissen. Ziel ist, Situationen und Gefühle neu zu bewerten und zu gewichten.

Daher ist die Wahl der Ernährungsfachperson von grosser Bedeutung. Voraussetzung sollte sein, dass sie Erfahrung mit ES aufweist und über entsprechende Vertiefung/Weiterbildung verfügt (Tabelle 2). Wie allgemein im therapeutischen Setting ist die Beziehung zwischen betroffener Person und Fachperson zentral. Eine gute Beziehung zur Fachperson wirkt unterstützend, Betroffene können Vertrauen und Mut fassen.

Wer kommt in die Ernährungsberatung?

Der Leidensdruck vieler Betroffener beginnt oft mit belastendem Gedankenkarussell. Schon beim Aufwachen erfolgen erste Kalorien-Berechnungen. Der Tag wird strukturiert: Was werde ich essen, wie und wann kann ich wieder

Tabelle 1. Gemeinsamkeiten/Unterschiede von Anorexie und Bulimie

Gemeinsamkeiten

- Essen bzw. Nicht-Essen jenseits körperlicher Bedürfnisse
- Gedanken drehen sich um Essen, Aussehen, Gewicht
- Angst vor Gewichtszunahme
- Fear Food
- Hunger- und Sättigungsgefühl gestört
- Verzerrte Körperwahrnehmung
- Essverhalten als Bewältigungsstrategie
- Oft tiefes Selbstwertgefühl und/oder Perfektionismus
- Zyklusstörungen
- Häufig gestörter Hormonhaushalt

Anorexie: Unterscheidungsmerkmale

- Untergewicht als Diagnosekriterium (BMI $< 17,5$)
- Gewicht sinkend
- Restriktives Essverhalten (non-purging)
- Nicht-Essen als Ausdruck von Kontrolle
- Purging ohne vorhergehende Essattacken
- Beeinträchtigung Hirnfunktionen und Emotionsverarbeitung
- Oft zuerst Leidensdruck des Umfelds

Bulimie: Unterscheidungsmerkmale

- \pm Normalgewicht (BMI 18–25)
- Essattacken von grossen Mengen (bis 6000 kcal/Essattacke)
- Kompensation mittels: Erbrechen, Laxanzien/Diuretika, Sport
- Alternierende Essphasen: Restriktiv – Grenzenlos – Purging
- Leidensdruck durch Scham und Schuldgefühle
- Emotionale Regulierung durch Essen: Entspannung, Lustgewinn, Druckabbau
- Zähne/Speiseröhrenverletzungen

ausgleichen? ES haben daher einen grossen Einfluss auf das gesamte Familien- und Berufsleben, auf den Familientisch, sogar auf die Kindererziehung. Um sich auf eine EB einlassen zu können, ist ein minimales Mass an Motivation zu Veränderung und Krankheitseinsicht nötig. Nicht immer steht eine ES-Diagnose zu Beginn im Vordergrund. Viele Menschen melden sich mit Symptomen wie Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden oder Unverträglichkeiten. Oft können diese erst im Laufe der Beratung als Ausdruck einer Essstörung erkannt und/oder akzeptiert werden.

Viele Betroffene fürchten sich vor einem Klinikaufenthalt oder dem Stigma der Psychiatrie, somit kann ein ambulantes Setting eine Alternative darstellen. Folgende Bedingungen müssen erfüllt sein: Die verschiedenen involvierten Fachpersonen (Hausarzt, Psychotherapie, EB) müssen zusammenarbeiten und sich regelmässig austauschen. Diesem Informationsfluss muss die/der Betroffene ausdrücklich zustimmen. Ein Gewichtsvertrag, je nach Ausgangsgewicht individuell vereinbart, kann dafür einen Rahmen bilden. Alle Beteiligten sind informiert und der betroffenen Person ist von Beginn an klar, welche Bedingungen sie einhalten muss. Die Kommunikation muss transparent und zeitnah erfolgen. Die Komplexität der Erkrankungen führt dazu, dass diese Behandlungen belastend sein können, darum empfiehlt sich, mit anderen Fachpersonen Wissen, Information und Verantwortung zu teilen. Ein solches Setting kann schwer umsetzbar sein, da beschränkte zeitliche Ressourcen dies erschweren oder gar verunmöglichen.

Wissenstransfer

In einer EB geht es darum, zusammen mit der betroffenen Person zu analysieren, welche Theorien und Glaubenssätze bestehen. Das Ernährungswissen ist bei vielen Betroffenen hoch, oft aber rigid und/oder falsch. Darum ist ein wichtiges Ziel, falsches Wissen aufzulösen. Oft entscheiden sich Betroffene für eine vegetarische/vegane Ernährung (häufig ohne ethische Hintergründe). Diese Kostformen verstecken oft restriktives Verhalten und dienen als Vorwand, nicht mitessen zu können.

In der EB wird gemeinsam erarbeitet, welche Nährstoffe, Vitamine und Mineralstoffe abgedeckt sind und welche fehlen, Laborberichte können dies unterstützen (Tabelle 3).

Hilfsmittel

Klassische Herangehensweise

Ein Hilfsmittel sind Ernährungsprotokolle, in denen die betroffene Person festhält, was und wie viel sie isst und trinkt. Da viele ihr Essverhalten als Privatsache betrachten, ist es wichtig, den Betroffenen zu erklären, dass es nicht darum geht, ihre Esspathologien blosszustellen. Sondern dass das Ernährungsprotokoll ein wichtiges Instrument ist, das Essproblem besser zu verstehen und anzuge-

hen. Aufgrund der häufigen Kalorien-Fixierung kann es von Vorteil sein, keine Grammangaben zu wählen, sondern Mengenangaben wie Stück, Löffel oder Tasse. Zudem werden Essenszeitpunkt sowie Situation (allein, in Gesellschaft, unterwegs, am Tisch, vor dem Fernseher etc.) festgehalten. Es ist wichtig, dass neben der Essensübersicht auch die damit verbundenen Emotionen festgehalten werden. So machen Betroffene Angaben über ihr Hunger- und Sättigungsgefühl sowie Befindlichkeit vor, während und nach der Mahlzeit, erweitert mit Angaben zu Kompensation (Erbrechen, exzessiver Sport etc.).

Betroffene sollen lernen, sich von ihrer rigiden Kontrolle zu lösen und Vertrauen in die Ernährung aufzubauen. Daher kommen Ernährungspläne mit konkreten Mahlzeiten weniger zum Einsatz, sondern Austausch Tabellen, mit deren Hilfe die Mahlzeiten im Sinne eines Baukastensystems zusammengestellt werden.

Elektronische Hilfsmittel

Aktuell stehen verschiedene Apps (z.B. Jourvie, Recovery Record, Rise up) zur Verfügung. Sie enthalten Elemente von Mentaltraining wie Motivation, Meditation oder Anregungen für den Umgang mit schwierigen Emotionen im Zusammenhang mit Essen (Angst, Unruhe, schlechtes Gewissen), dies unterscheidet sie von Diät-Apps zum Kalorienzählen. Je nach Anbieter können sich Betroffene und Fachperson online verbinden. Aufgaben können vereinbart werden, Betroffene können um Feedback bitten, und die Fachperson hat jederzeit Zugang zu den Einträgen. Dies kann die Verbindlichkeit zwischen den Eins-zu-eins-Beratungen erhöhen. Weitere Vorteile sind die übersichtliche Darstellung sowie Analysetools, die automatische Feedbacks auf die Einträge ermöglichen. Bei motivierten Betroffenen kann der selbständige Einsatz solcher Apps sinnvoll sein. Sie können als Unterstützung dienen, die Selbstwahrnehmung zu schulen und sich an geregelte Mahlzeiten zu halten. Mögliche Schwierigkeiten: Anorexie-Betroffene füllen das Protokoll perfekt aus, um die vermutete Erwartungshaltung der Fachperson zu decken, aber auch, um es für ihre eigene, rigide Kontrolle zu nutzen. Die Angaben von Bulimikern sind allenfalls nicht wahrheitsgetreu, da sie sich für ihre Nahrungsmittelauswahl und -menge schämen.

Schwerpunkte

Mahlzeitengrösse, -verteilung und -rhythmus

Oft haben Betroffene Mühe, Portionengrösse und für sie passende Essenshäufigkeit abzuschätzen. Sie sind verunsichert, essen lieber zu wenig als zu viel. Bulimie-Betroffene sind oft überzeugt, dass sie, sobald sie essen, nicht mehr damit aufhören können. Deshalb werden Mahlzeiten möglichst lange hinausgezögert beziehungsweise Betroffene beschränken sich auf eine einzige Mahlzeit pro

Tabelle 2. Elemente Essstörung – Ernährungsberatung

Anamnese
<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Ess- und Trinkgewohnheiten • Tagesablauf • Verbotene Nahrungsmittel/Fear Foods • Kommen Essattacken vor? • Wird erbrochen? • Medikamente (Laxanzien, Diuretika), Vitaminpräparate • Körperliche Beschwerden
Essbiografie
<ul style="list-style-type: none"> • Familientisch, Kindheit • Bisherige Erfahrung Diäten, Ernährungsberatung, Spezialprodukte
Essprotokoll/Esstagebuch
<ul style="list-style-type: none"> • Schriftlich • Online-Apps
Gewichtsgeschichte
<ul style="list-style-type: none"> • Auffälligkeiten in der Familie • Verlauf
Analyse
<ul style="list-style-type: none"> • Glaubenssätze • Gute Tage – schlechte Tage • Leidensdruck
Wunschliste
<ul style="list-style-type: none"> • Definition durch Betroffene
Zieldefinition durch interdisziplinäres Team
<ul style="list-style-type: none"> • Gewichtszunahme • Ausgleich Mangelerscheinungen
Zieldefinition durch Betroffene (Erhöhung Verbindlichkeit/Motivation)
<ul style="list-style-type: none"> • Zieleinteilung: leicht – schwierig • Priorisierung: wichtig – zweitrangig
Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> • Definition • Umsetzung • Rückmeldung • Anpassung
Praktische Unterstützung/Begleitung
<ul style="list-style-type: none"> • Einkauf, Kochen, Essen • Restaurant-, Kantinenbesuche
Festigungsphase
<ul style="list-style-type: none"> • Festigung neuer Verhaltensweisen • Überprüfung/Standortbestimmung

Tag. Sie glauben, dass es so nur einmal zu einer Essattacke kommen wird. Bei Essanfällen – mit/ohne Erbrechen – kommt hinzu, dass Betroffene grosse Kalorienmengen durch Restriktion wieder ausgleichen möchten. Daher kann regelmässiges Essen oder Essen von normaleren Mengen mit grosser Überwindung und Zweifeln verbunden sein.

Betroffene wünschen sich, dass die Essattacken aufhören. Der Zusammenhang zwischen restriktivem Verhalten und dem daraus resultierenden körperlichen Bedürfnis, zu essen, muss aufgezeigt und verinnerlicht werden. Die Normalisierung von Mahlzeitenrhythmus und -zusammenstellung kann Einfluss auf Häufigkeit und Heftigkeit einer Essattacke haben. Betroffene müssen lernen, sich die Erlaubnis zu geben, zu essen und satt zu werden. Allfällige Beschwerden wie Bauchschmerzen, veränderte Stuhlgewohnheiten oder Unverträglichkeiten verunsichern Betroffene zusätzlich und müssen als Nebenwirkungen der Essstörung thematisiert werden. Es muss aufgezeigt werden, dass die meisten davon vorübergehend sind.

Hunger und Sättigung

Die Sensibilisierung der Wahrnehmung und Bewertung von Hunger/Sättigung ist ein wichtiger Lernprozess. Durch teils jahrelange Restriktion kann sich dies verfälschen: Hunger wird als Schwäche, Sättigungsgefühl als Versagen empfunden. Wird nach einer Restriktionsphase wieder mehr gegessen, kann der Körper das Sättigungsgefühl ausschalten. Lange erhielt er zu wenig und weiss nicht, wann es das nächste Mal etwas gibt. Dieser grosse Hunger mit fehlender Sättigung ist für Betroffene beängstigend, dies verunmöglicht oft, an Zielen dranzubleiben.

Verbote, schlechtes Gewissen

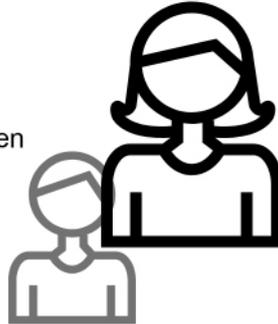
Anorexie- und Bulimie-Betroffene kennen Verbotslisten (gedanklich/schriftlich) und/oder Fear Foods, die im Verlauf der Essstörung länger und restriktiver werden. In der EB kann es darum gehen, diese Nahrungsmittel detaillierter und mit einem Ampelsystem einzuteilen. Rot steht für

Tabelle 3. Themenspektrum Ernährungsberatung

<ul style="list-style-type: none"> • Falsches Ernährungswissen • Fear Foods • Einseitige/Eingeschränkte Nahrungsmittelauswahl • Regeln/Ritualisierung bezüglich Nahrungsmittelauswahl, -mengen, Mahlzeitenzusammenstellung, -rhythmus • Sehr langsames, sehr schnelles Essen • Hoher Einsatz von Gewürzen/Salz • Hoher Konsum von Süsstoff

Transformation

Unsicherheit: Portionengrösse
 Unsicherheit: Mahlzeitenhäufigkeit
 Kontrolle: Abwägen, Vorkochen, Mitnehmen
 Absagen: Restaurantbesuche
 Verzicht: Kohlenhydrate
 Angstvermeidung: Zucker, Fett



Sicherheit: Menge und Bedarf
 Sicherheit: Mahlzeitenrhythmus
 Mitmachen: Spontan Essen gehen
 Genuss ohne Reue: Lebensfreude
 Angstmanagement: Vielfalt zulassen

Abbildung 1. Mögliche Ziele/Veränderungen.

Nahrungsmittel, die auf keinen Fall gegessen werden, Gelb für Ausnahmefälle und/oder mit Kompensation verbundene Nahrungsmittel und Grün für Nahrungsmittel, die auf dem täglichen Speiseplan stehen beziehungsweise als «gut» eingestuft werden können. Eine Aufgabe kann sein, den gelben und vor allem den grünen Bereich schrittweise zu vergrössern. Betroffene können an das Herantasten «verbotener» Nahrungsmittel verhaltenstherapeutisch begleitet werden: Einkauf, Kochen und Essen erfolgen gemeinsam. Um die Nachhaltigkeit zu erhöhen, sollten nicht zu viele Nahrungsmittel auf einmal eingeplant werden, zudem sollten sie mehrmals getestet werden.

Ein gemeinsamer Nenner bei vielen ES ist das schlechte Gewissen, oft weil «zu grosse» Mengen oder «verbotene» Nahrungsmittel gegessen wurden. Aus einer ES entstehen viele Regeln und Vorschriften, verstösst die Betroffene gegen diese selbstgemachten Vorgaben, steigt das schlechte Gewissen. Viele möchten wieder mit Genuss essen und an sozialen Aktivitäten teilnehmen, wo häufig das Essen im Mittelpunkt steht. Die EB zeigt Bewältigungsstrategien auf, um mit diesen Gefühlen umgehen zu können.

Unverträglichkeiten, Langzeitfolgen

Starke Restriktion beim Essen über längere Zeit kann Unverträglichkeiten wie Laktose- oder Fruktoseintoleranz zur Folge haben. Die komplexen Zusammenhänge zwischen Nährstoffen, Mangelerscheinungen und deren Langzeitfolgen müssen aufgezeigt werden. Einige Folgen sind reversibler Natur (z.B. Zyklusstörung, Haarausfall), andere nicht (z.B. Osteoporose, Zahnschmelzprobleme). Bei regelmässigem Erbrechen kann auf die Säureregulierung aufmerksam gemacht werden, zum Beispiel, dass nach dem Erbrechen die Zähne nicht direkt gereinigt werden sollten. Solches Wissen kann Sicherheit geben und entlasten. Auch wenn der Weg zur Genesung noch weit ist, können Betroffene im Alltag kleine Dinge hinsichtlich ihrer Gesundheit selbst verändern.

Schwierigkeiten

Viele Betroffene berichten von einem inneren Kampf. Sie möchten die ES hinter sich lassen und gesund werden. Sie wissen, dass sie dafür essen müssen und – je nach Ausgangslage – zunehmen werden. Die Gewichtszunahme kann für Betroffene belastend sein. Die Vorstellung, ein einziger Bissen verändere das Aussehen, eine regelwidrige Mahlzeit würde eine Gewichtszunahme von mehreren Ki-

Key messages

- Das multidisziplinäre Setting aus EB, Mediziner, Psychologe/Psychiater ist erfolgversprechend und empfehlenswert. Oft sind Betroffene eher bereit, ihre Essstörung unter diesen Voraussetzungen anzugehen. Dieses Setting kann eine niederschwellige Alternative zu einem stationären Klinikaufenthalt darstellen.
- Ziele EB: Normalisierung des Essverhaltens (inkl. Vermeidung/Reduzierung von Mangelzuständen); Gewichtsnormalisierung und -stabilisierung; bedarfsdeckende, ausgewogene Ernährung; Kürzung/Elimination von Verbotslisten; Umgang mit «Fear Food»; neutrale Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühlen.
- Wissen rund um den Körper, seine Funktionen, seine Bedürfnisse und der Bezug zur Nahrungsaufnahme soll gemeinsam verifiziert, erweitert und gefestigt werden. Dies ist ein Schlüssel zur Normalisierung.
- Die ES-Ernährungsberatung muss sich ihrer Grenzen bewusst sein. So kann eine vermeintlich einfache Genussübung überwältigende Gefühle der Unzulänglichkeit hervorrufen. Tieferliegende psychische/psychiatrische Störungen und/oder somatische Probleme dürfen nicht allein mit der EB angegangen werden, sie kann aber ein Einstieg sein.
- Auch in der EB gilt: Frühes Handeln ist wichtig. Wenn sich Essverhaltensmuster noch nicht zu sehr gefestigt haben, können sie rascher normalisiert werden.

Lernfragen

1. Welches sind die Voraussetzungen für ein funktionierendes, ambulantes Behandlungssetting? (Mehrfachauswahl)
 - a) Zusammenarbeit von Ernährungsberatung und Hausarzt
 - b) Zusammenarbeit und Austausch von Ernährungsberatung, Hausarzt und Psychotherapie
 - c) Spezialisierte Ernährungsberatung
 - d) Krankheitseinsicht und Motivation der betroffenen Person
 - e) BMI über 18

2. Wichtige Elemente in der Ernährungsberatung sind: (Mehrfachauswahl)
 - a) Essprotokoll/Esstagebuch
 - b) Wissenstransfer der Korrelation von Nährstoffen, Mangel, Krankheiten
 - c) Kalorientabellen
 - d) Wöchentliches Wiegen
 - e) Klare Menupläne

3. Welche Aussagen zu Anorexie und Bulimie treffen zu: (Mehrfachauswahl)
 - a) Menschen mit Anorexie haben Angst vor einer Gewichtszunahme. Menschen mit Bulimie nicht.
 - b) Diagnosekriterium bei Anorexie ist das Untergewicht.
 - c) Die Körperwahrnehmung kann verzerrt sein.
 - d) Menschen mit Bulimie sind übergewichtig.
 - e) Nur Anorexie kann zu Zyklusstörungen führen.

los hervorrufen oder unkontrollierbar ansteigen, verängstigt. Daher ist es wichtig zu vermitteln, dass eine kontrollierte Zunahme möglich ist, dann können sich Betroffene eher darauf einlassen. Gewichtsvereinbarungen sollten realistisch und für Betroffene vorstellbar und erträglich sein.

Gründe, die zu einer ES geführt haben und sich in der EB zum ersten Mal zeigen, sollten in der Psychotherapie aufgenommen und angegangen werden. Häufige Themen sind tiefer Selbstwert oder selbst auferlegtes Genussverbot, da sie es sich «nicht verdient» haben oder als Bestrafung, wodurch sie sich das Gefühl der Kontrolle in einem Leben aufrechterhalten, das ausser Kontrolle geraten ist.

Bibliografie

Fairburn CG: Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen. Stuttgart; Schattauer: 2011.
 Wunderer E, Schnebel A: Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie. Weinheim; Beltz: 2008.

Manuskript akzeptiert: 22.08.2019
 Interessenskonflikt: Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Dr. phil. Iris Cook-Müller

Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen AES
 Feldeggstr. 69
 8008 Zürich

info@aes.ch
 beratung@aes.ch

Antworten zu den Lernfragen:
 1. Antworten b) und d) sind richtig. Funktionierende Zusammenarbeit und regelmäßiger Austausch von EB, Hausarzt und Psychotherapie ist Voraussetzung für erfolgreiches Behandlungssetting. Zudem ist eine minimale Krankheitseinsicht und Motivation zur Veränderung zentral.
 2. Antworten a) und b) sind richtig. In der spezialisierten EB steht man vom Einsatz von Kalorientabellen und strikten Menuplänen ab, da dies den Kontrollzwang oft erhöht oder Betroffene unnötig einschränkt. Regelmässiges Wägen ist sinnvoll, muss aber nicht im Rahmen der Ernährungsberatung durchgeführt werden.
 3. Antworten b) und c) sind richtig.