Samstagsbrunch 26.08.2023

Essstörungstherapieprogramm der KLH:

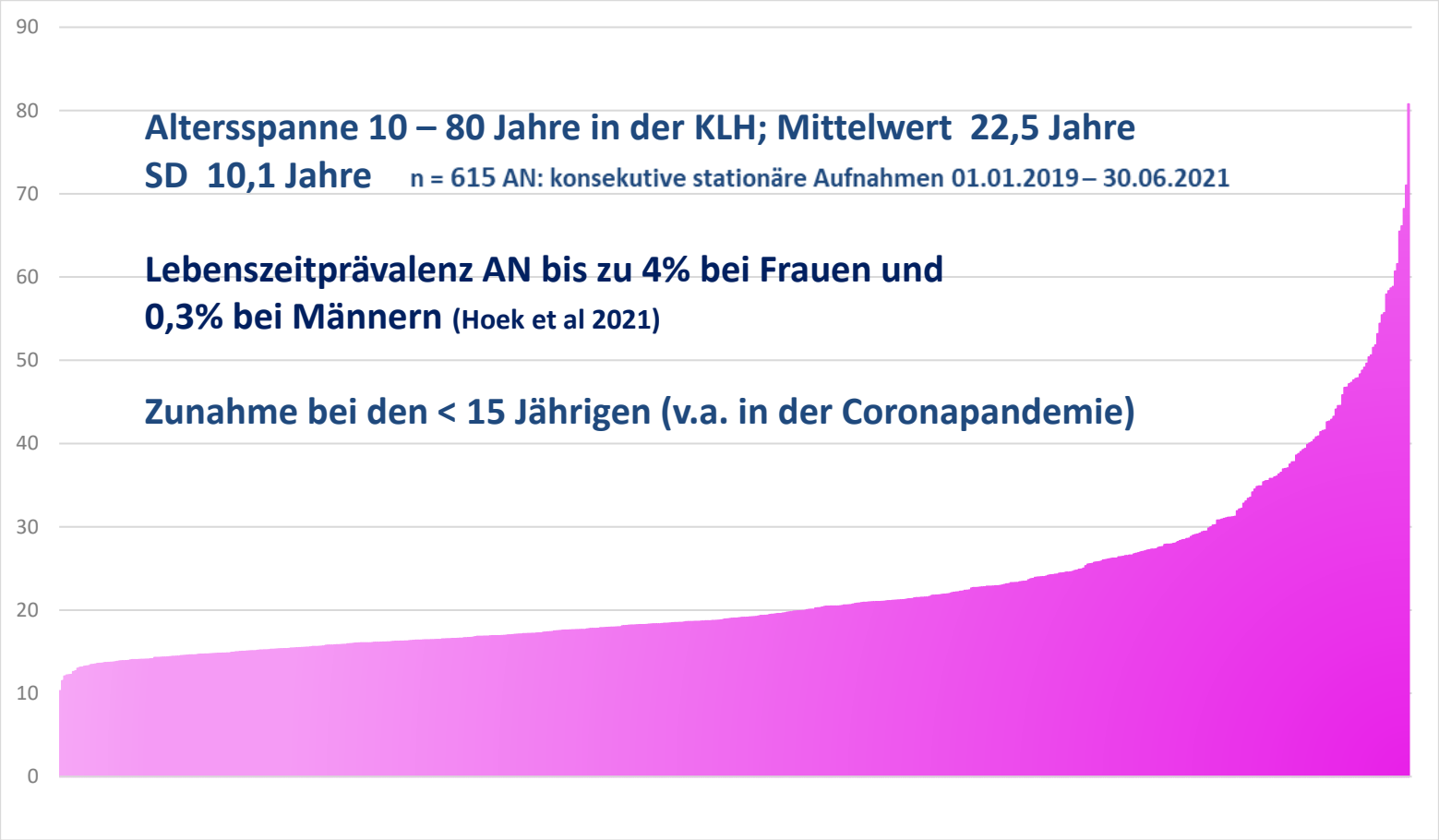
was ist davon wichtig für die Eltern bzw. die Familien?

Don't Be Afraid of Your Child: A Guide for Perplexed Parents (Hilde Bruch 1952)

Dr. med. Wally Wünsch-Leiteritz und Team
Lt. Oberärztin Essstörungstherapie Klinik Lüneburger Heide Bad Bevensen
Fachärztin für Innere Medizin/Psychotherapie/Ernährungsmedizin
Therapeutische Supervisorin Amidon Uelzen
(Betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Essstörungen)
Vorstand Bundesfachverband Essstörungen (BFE)

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
KOMPETENZZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN UND ADHS

Auftreten der Anorexia nervosa über die gesamte Lebensspanne



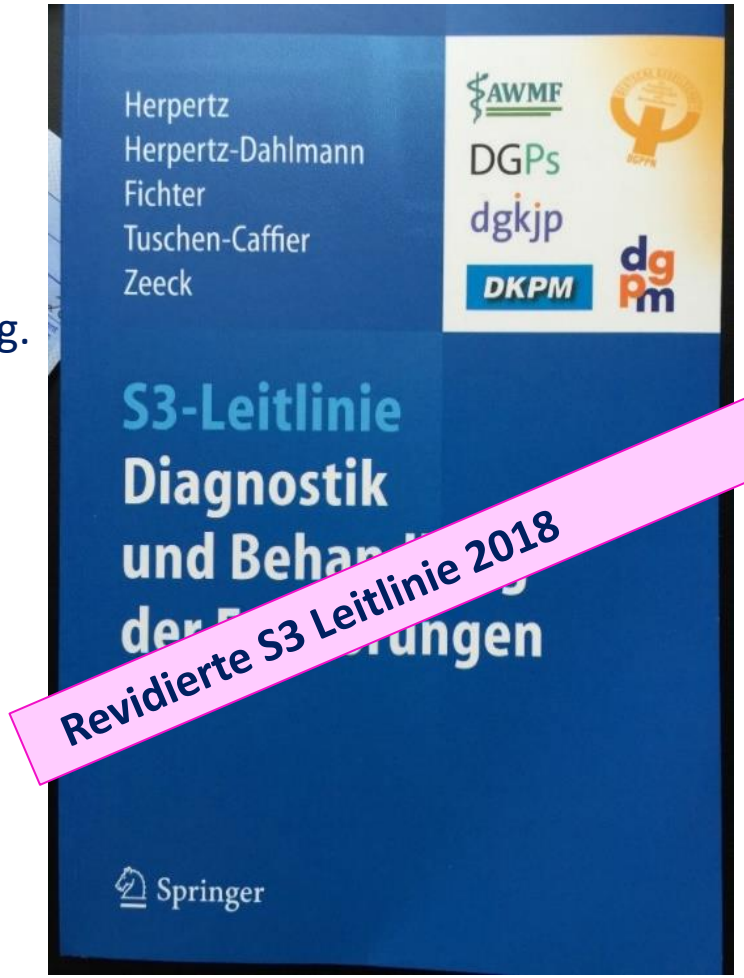
S3-Leitlinien Kapitel III: Die therapeutische Beziehung

Die Rolle der Angehörigen

Der Einbezug von Angehörigen in den Therapieprozess ist ungeachtet der therapeutischen Ausrichtung wichtig.

Schon im Vorfeld der Therapie benötigen Angehörige Informationen, um effektiv kooperieren zu können.

Informationen sollten in der Regel im Beisein der Betroffenen gegeben werden.



Patientenleitlinie

Was sagen neuere Studien zur Rolle der Eltern?

- Familiäre Schwierigkeiten im Respektieren interpersoneller Grenzen, wenig Toleranz für Konflikte und eine niedrige Zufriedenheit.
- Väter zeigen Schwierigkeiten ihren Töchtern eine Halt gebende Beziehung anzubieten, ihnen in der altersangemessenen Entwicklung Unterstützung und Führung zu geben; sie tendieren dazu sich zu sehr aus der Versorgerrolle herauszuhalten.
- Eltern neigen dazu ihr eigenes Leben an die Essstörungssymptome des Kindes anzupassen bzw. sich diesen unterzuordnen: z.B. im Befolgen essgestörter Rituale, um Konflikte zu vermeiden
- Dysfunktionale Erziehungsstrategien können sich negativ auf die Behandlung der Essstörung auswirken, diese sogar schwer behindern
- Protektive familiäre Faktoren: Wirkgefühl und Erziehungskompetenz stärken
- **Negative/ kritische Einstellung der Familie zum essgestörten Kind (sich als Familienbelastung erleben): schlechter Prognosefaktor**

- **Was ist los mit den Kindern?**

S3-Leitlinien Kapitel I: Epidemiologie

Risikogruppen: Jugendliche Mädchen (und Frauen bis 35 Jahre) in westlichen Industrieländern

Risikofaktoren:

Überangepasstheit in der Kindheit und mangelnde Entwicklung eines positiven Selbstwert- und Körpergefühls. Den Eindruck entwickeln:

„ich bin zu viel oder alles ist zu viel für mich, ich sollte weniger sein“

Menschen die exzessiv Sport oder Leistungssport, klassisches Ballett oder Tanzsport betreiben (ästhetische Sportarten bei Frauen 42%; „Antigravitationssportarten“ und Jockeys bei Männern 22%).

Schwarze Frauen in den USA entwickeln extrem viel seltener eine AN als weiße Frauen, obwohl gleicher Schlankheitsdruck. Eineiige Zwillinge haben ein deutlich erhöhtes Risiko, dass beide eine AN entwickeln als zweieiige Zwillinge.

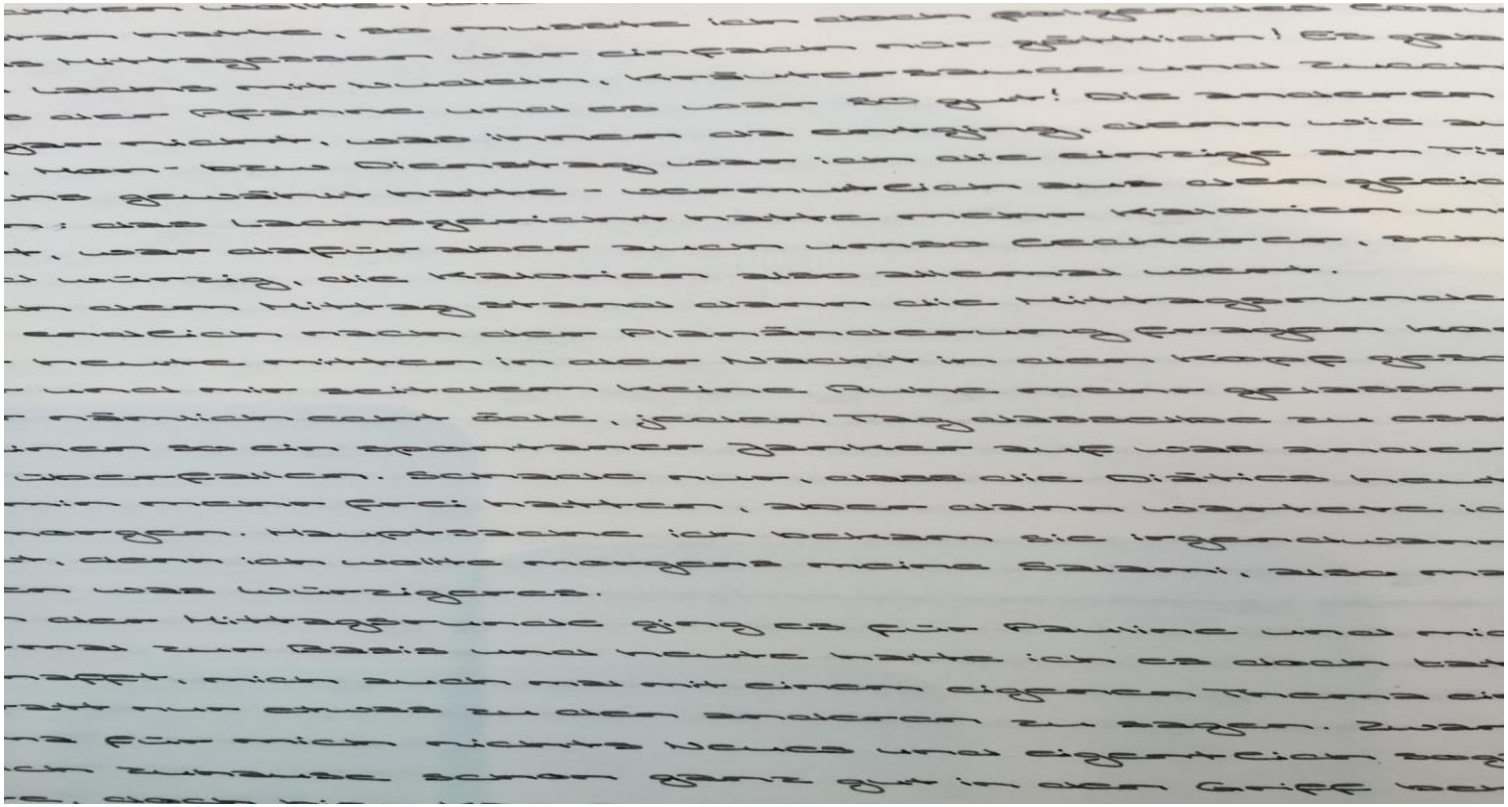
Krankheitswertig: sind zeitintensive Sorgenprozesse zum Thema Essen, Gewicht, Figur und eine mangelnde kritische Distanz dazu (kognitive Fusion), Selbstwert mindernder Effekt, dadurch ausgelöst dysfunktionales Verhalten:

Gewicht und Figur gewinnen eine zu hohe Selbstwertrelevanz

„weil das Leben leichter wird wenn man leichter wird“

Temperament- und Persönlichkeitsfaktoren

- ✓ Hoch sensibel, zumeist intelligente Mädchen
- ✓ Tief beeindruckbar, introvertiert, zwanghaft
- ✓ Hohe Außenorientierung (scannen ihre Umgebung danach ab, was von ihnen erwartet wird)
- ✓ Hoher Gerechtigkeitssinn, Konflikt vermeidend
- ✓ Perfektionismus, Asketizismus, Detail focussiert, geradlinig bis zur Sturheit, unflexibel
- ✓ Im Verhalten zumeist sehr angepasst, regelkonform, gefügig, brav, „wollen alles richtig machen und niemand enttäuschen
- ✓ Hohe Ängstlichkeit/ Überwiegen negativer Affekte/ Hemmung der emotionalen Expressivität/ Anhedonie
- ✓ niedriges Selbstbewusstsein / negatives Selbstkonzept hohe Selbstkritik
- ✓ sehr unsicher im Umgang mit Anderen und ihnen unbekannten Situationen, reduzierte soziale Spontaneität, „harm avoidance“
- ✓ unzureichende altersentsprechende Autonomie
- ✓ Beharrlichkeit und Rigidität, fixiert auf äußere Halt gebende Strukturen (Symmetrie, Ordnung, Rituale), findet sich in der Esskontrollsymptomatik, im Schriftbild, in der Art Ordnung zu halten u.a. wieder



AN: neuropsychologische und biologische Merkmale

- Bei der AN gibt es Hinweise auf neuropsychologische Beeinträchtigungen, die vor Ausbruch der Erkrankung bereits vorhanden waren und nach der Gewichtsrestitution bestehen bleiben

- Diese Beeinträchtigungen lassen sich verschiedenen Gehirnarealen und Transmittersystemen zuordnen

- Funktionen, die bei AN sowohl im Akutstadium als auch nach Gewichtsnormalisierung Abweichungen gegenüber Gesunden zeigen sind:

Kognitive Flexibilität **zentrale Kohärenz** **visuell-räumliche Wahrnehmung**

Schwächen im flexibel Denken / einen Gesamtzusammenhang erfassen / den eigenen Körper richtig einschätzen

Kognitive Flexibilität (set-shifting)

- Fähigkeit zum (schnellen) Wechsel zwischen verschiedenen Aufgaben und Regeln zur Anpassung an sich verändernde Umweltbedingungen
- Fähigkeit mehrere Dinge gleichzeitig zu tun
- Fähigkeit von Plänen, Regeln, Routinen auch einmal abweichen zu können

Reduzierte kognitive Flexibilität

- bei Planabweichungen/ Verspätungen frustriert sein
- in einer Emotion „steckenbleiben“, sich nicht schnell erholen können
- Exzessive Beschäftigung mit Details (Kalorien, Fettgehalt, Gewicht, Zahlen, Nahrungsmittelzusammensetzung, Listen schreiben, kein Ende finden beim Lernen, usw.)
- Betonung von Ordnung und Symmetrie (Kleidung immer abends schon für den nächsten Tag herauslegen, Geschwister/ Eltern erziehen, Umweltschutz, usw.)
- Fortführung unangepasster Denk- und Verhaltensmuster

Anorexie assoziierter Denkstil

Betroffene wollen alles perfekt machen, haben damit wenig Übersicht und weniger Blick für andere Optionen; wenig Fähigkeiten zum Multitasking, wenig Adaptionsmöglichkeiten an Planänderungen, damit oft wenig ökonomischer Weg (z.B. Schreiben einer Geburtstagskarte oder Wochenrückblick, Wegbeschreibung am Telefon)

„ den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen " **(weak central coherance)**

damit abhängiger von Routine und Gewohnheiten, was Möglichkeiten und Erfahrungen machen reduziert und viel Zeit verbrauchen kann, die für Besseres gut genutzt werden könnte; Unterbrechungen des gewohnten Ablaufes kann Betroffene deshalb sehr irritieren und aufbringen

Bryan Lask: **in Alltagsanforderungen ertrinken**

Nicht *„was denkt die Patientin?"* sondern *„wie kompliziert / unflexibel denkt sie?"*

Nicht *„was tut sie?"* sondern *„wie tut sie es?"*

Aufgabe: beschreibe dieses Bild in einem Satz

„den Wald vor lauter Bäumen nicht sehen…."

View from the window

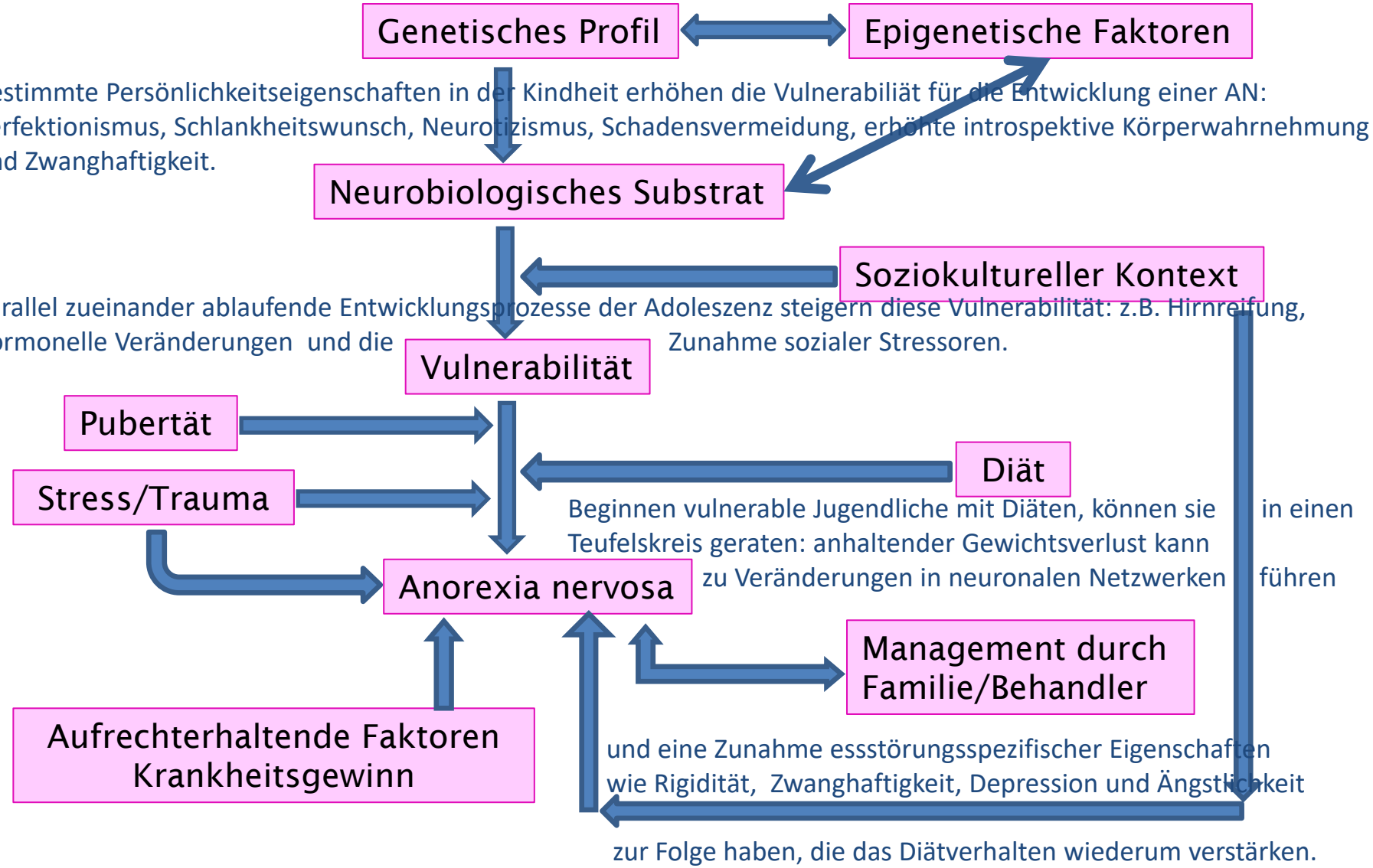
A lawn in the centre surrounded by buildings. Bushes in the foreground, trees further away. A beautiful blue sky

Testperson

On the right there's a 4-storey wing of the hospital at right angles to the part we're in. In front of this there's a wide path that leads to a metal fence. Behind the fence are more hospital buildings. On the in front of the 4-storey building are 2 large pots with white bins, farther there's a smaller black rubbish bin. On the left of the path near to the window are 2 small flowerbeds. The one farther away is filled with mainly pink geraniums. The other one has purple, pink and white petunias.
Next to the path on the left is a grass area. In this at the far end of the path by the metal fence are 2 large trees and a bush. Just under the window you can just see the tops of bushes.
The 4 storey building is red brick. The windows are white frames. Many are open. There's also 2 blue doors.

Patientin

Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der AN



- **Was stresst von den speziellen Verhaltensweisen oft am meisten und anhaltend ?**

- **Perfektionismus**
- **mangelndes Selbstwertgefühl**
- **Ängste vor dem Essen**

Perfektionismus ist ein übertriebenes Streben nach Perfektion und Fehlervermeidung

1. **Streben nach Vollkommenheit** (perfektionistisches Streben): fasst unter anderem die Eigenschaften **hohe persönliche Standards** und **Organisiertheit** zusammen

2. **Übertriebene Fehlervermeidung** (perfektionistische Besorgnis):
   umfasst die Eigenschaften Leistungszweifel und Fehlersensibilität (ärgert sich z.B. über kleine Fehler, auch wenn das Ergebnis gut war), auch Angst vor Bewertung, besonders durch Eltern und Schule

- Perfektionsstreben mit hoher Ausprägung in der Dimension des perfektionistischen Strebens, aber niedrige Ausprägung in der Dimension der perfektionistischen Besorgnis **=** gesund oder funktional bzw. **Exzellenz** (Zeit und Kosten werden beachtet, es wird priorisiert)

- hohe Ausprägung in beiden Dimensionen = ungesundes bzw. dysfunktionales Perfektionsstreben: **Perfektionist verwechselt Perfektion mit Qualität, Gegenpol ist Versagen**

- **Wesenszug („*trait*“) Perfektionismus**

  auf sich selbst bezogen: sich hohe Standards setzen, sich gleichzeitig hoch kritisch bewerten
  sozial verschrieben: davon auszugehen, dass andere Perfektion von mir erwarten und keine Fehler machen dürfen
  auf andere bezogen: von anderen Perfektion fordern

- **Perfektionistische Selbstpräsentation:**
  für andere perfekt erscheinen wollen (kein eigenes Streben)
  unbedingt Fehler vermeiden wollen, Fehler keinesfalls eingestehen bzw. offenlegen

- Gesundes (normaltypisches Denken) unterscheidet zwischen:
  Wie bin ich ? ***Wie will ich von anderen gesehen werden?***

LAC
lactosefrei
Vollmilch
Joghurt mild
Cremig gerührt
3,5% Fett
22.03
BG12:03
Schwarzwaldmilch
LAC
lactosefrei
Vollmilch
Joghurt mild
Cremig gerührt
3,5% Fett
22.03
BG12:03
Schwarzwaldmilch

Was ist Perfektionismus nicht?

- **Ehrgeiz**
- **Leistungsorientierung**
- **Verausgabungsbereitschaft**
- **Genauigkeit**
- **Verantwortungsübernahme**
- **Anspruch**
- **Exzellenz**
- **Qualität**

Der gesunde Gegenspieler zum Perfektionismus?

- **Selbstmitgefühl**

  ist wichtiger als der Versuch nicht so perfekt zu sein:

  Ist die eigene innere Stimme, die wir hören, wenn wir in einer Situation des Leidens oder der Angst sind

  Ist die innere freundliche Stimme, die uns beruhigt und tröstet

Selbstwertgefühl

- Im Vergleich zu Kontrollpersonen haben sowohl akute untergewichtige, als auch gewichtsnormalisierte Frauen mit AN ein signifikant niedrigeres Selbstwertgefühl
- Bei akut untergewichtigen Patientinnen führt die Gewichtabnahme zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls
- Dabei steht der Leistungsaspekt ggü dem Überlegenheitsgefühl deutlich im Vordergrund

Vermeidung negativer Emotionen durch das Hungern / Aggressionshemmung

„Je niedriger der BMI, desto weniger negative Worte werden in autobiographischen Berichten verwendet“

(Brockmeyer et al. Clin. Psycholog. Psychotherapie 2013; Brockmeyer et al 2013; Psychiatrie research).

Ängste vor dem Essen:

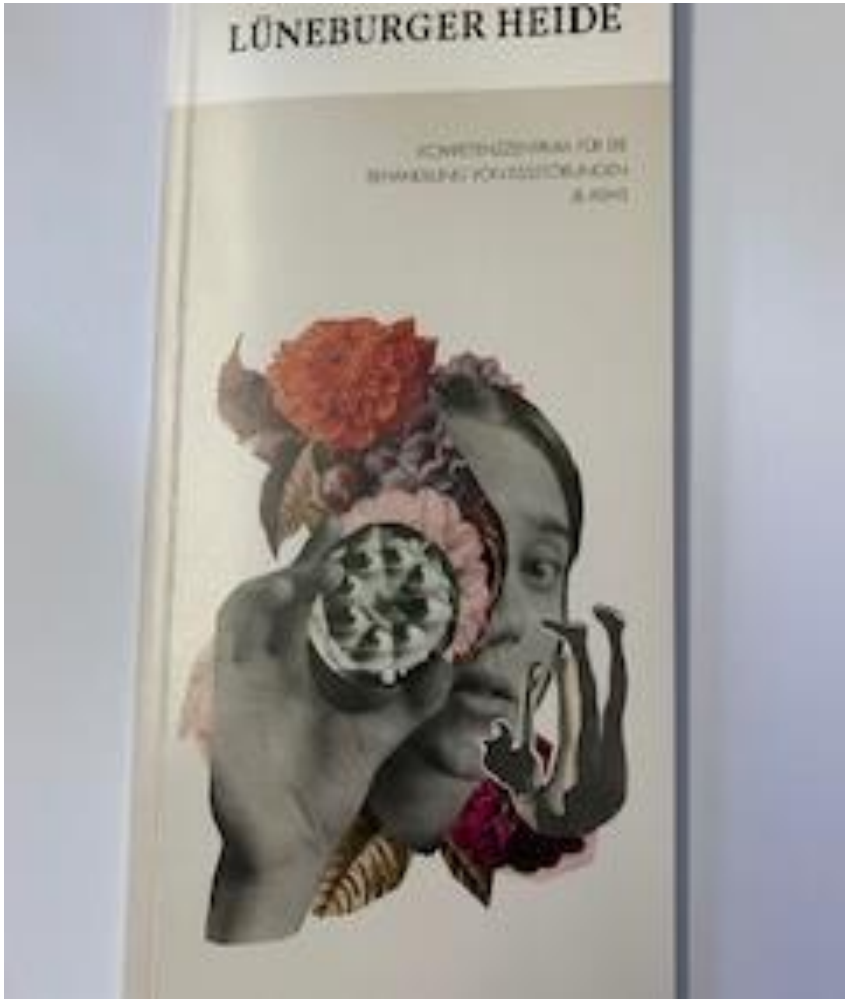
Anorexia nervosa Patient:innen:	**vor Lebensmitteln**
Atypische AN und Bulimia nervosa:	**vor der Gewichtszunahme**
Unspezifische Essstörung und Adipositas:	**vor Bewertung**

Untergewichtige:	**am häufigsten Angst vor Lebensmitteln**
Normalgewichtige:	**am häufigsten Angst vor der Zunahme**
Übergewichtige/ Adipöse:	**am häufigsten Angst vor Bewertung**

Brown, M. L., & Levinson, C. A. (2022). Core eating disorder fears: Prevalence and differences in eating disorder fears across eating disorder diagnosis. International Journal of Eating Disorder

Was tun?

- **Stationäre Essstörungstherapie in der KLH**



Mehrgleisiges Therapieprogramm (ca. 350 Pat./Jahr – ca. 300 AN/ 85%, 95 % weiblich)

Esspsychotherapie / Ernährungsmanagement
Essplan gestützte adaptive (Wieder) Ernährung
(Kalorien und Makro-Mikronährstoff definiertes Essprotokoll mit individueller Anpassung, darmgesunde Ernährung)
Nachbetreuung der Mahlzeiten, Symptomdruckbetreuung/ Symptomanalysen:
„nicht das Essen fällt mir schwer, sondern was in meinem Leben fällt mir eigentlich schwer?“

Medizinisches Monitoring/ Überwachungsbereich
Bestandsaufnahme/Überwachung im Verlauf / Behandlung/ Diagnostik

Unterstützungssystem
(therapeutisch angeleitet) essgestörter, damit verstehender (da auch Therapie fortgeschrittene) Mitpatientinnen **„Patientinnen Peergroup“**

Störungsorientierter Psychotherapieprozess
Gruppendominiert alters- und symptomhomogen / Einzel begleitend / Symptomgruppen (Anorexie / Bulimie / Adipositas / ADHS) mit
Kunst- / Körper(bild)Therapie / Eltern-Familien / Paar-Training / Skillstraining /soziales Kompetenztraining/ CRT-Training/ Entspannungs-Physio-Bewegungstherapie (letztere ab uNG) / Schule

Organisation der **nachstationären Weiterbetreuung** / schulisches/ berufliches Coaching

- **Medizinisches Monitoring**

Diagnostik der körperlichen Symptomatik: Gewichtsdefinition

- **Hochgradiges Untergewicht BMI < 16 kg/m² Gefährdungsfaktor**
  hochgradiges Untergewicht Grad I BMI 13,0 bis 15,99 kg/m²
  Grad II BMI < 13,0 kg/m² (deutlich erhöhte Mortalität)
- **Mäßiggradiges Untergewicht BMI 16 bis 16,99 kg/m²**
- **Leichtgradiges Untergewicht BMI 17 bis 18,49 kg/m²**
- **Normalbereich BMI 18,50 bis 24,99 kg/m²**

- Übergewicht BMI 25 bis 29,99 kg/m²
- Adipositas Grad I BMI 30 bis 34,99 kg/m²
- Adipositas Grad II BMI 35 bis 39,99 kg/m²
- Adipositas Grad III BMI ≥ 40 kg/m²

S3-Leitlinien: Kapitel II: Diagnostik

Gefährdungsfaktoren

- Hf < 40 (Bradykardie); **> 110 (Tachykardie),** RR < 90/60 mmHg: Abfall > 20mmHg oder Anstieg der Hf > 20 im Orthostasetest; häufig MKP **(arrythmogene Effekte bei niedrigem BMI),** Perikarderguss
- **Körpertemperatur < 36°** (Hypothermie)
- Früher Beginn der AN: Pubertäts- und Wachstumsstillstand
- Akrozynose (erhöhtes Risiko für Erfrierungen)
- Haut: neurodermitische Veränderungen, **Juckreiz (als Allergien fehlgedeutet)**; an der Bauchhaut Hitzeschäden
- Zahnschäden bei Bulimie, v.a. sichtbar an den Schneidezähnen (gezielte Beratung zur Zahnpflege)
- **Knochendichte: frühzeitig erheblich vermindert**
- **Leukopenie** (korreliert mit Phosphatabfall und Refeedingsyndrom?)
- **Kalium < 3mmol/L,** besonders in Verbindung mit EKG-Veränderungen
- **BZ < 60 mg/%**
- Häufig Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume

Medizinisches Monitoring / Behandlung mit Überwachungseinheit / Rollstuhl

- Monitoring der Hf (v.a. nachts); Elektrolyte (K, Na, Ca, Mg, Phosphat); nächtliche BZ-Kontrollen
- Körpertemperaturmessungen (Raumthermometer, Wärmflasche, Socken, 2. Bettdecke, nur warmes Trinken)
- Toilettengang-Duschen-Zähneputzen-Überwachung
- Bewegungsüberwachung /-eingrenzung / (Ganztags)-Begleitung
- Nachbetreuung der Mahlzeiten / bei Symptomdruck / ***tägl. Mittagsgruppe** (auch Samstag/Sonntag)*
- ggf. Psychopharmaka (Olanzapin / Fluoxetin)

Kriterien für die Übernahme:

BMI < 12

Kalium < 3mmol / l

HF < 40

größerer Perikarderguß

schweres bulimisches und/oder selbstverletzendes/dissoziatives Verhalten

schwerer Bewegungsdrang

unsichere Absprachefähigkeit

Besondere Vorsicht:

junges Alter

männliches Geschlecht

vorher Übergewicht / Adipositas

Kapitel VIII: Körperliche Folgeerkrankungen

- **Körperliche Folgeerkrankungen**

  Knochenbau:

  Die Durchführung einer Knochendichtemessung sollte bei einem mehr als zweijährigen Verlauf und/ oder bei AN Pat. mit Knochenschmerzen und oder Spontanfrakturen durchgeführt werden

  Prädiktoren:

  a) junges Alter bei Erstmanifestation
  b) lange Dauer der Erkrankung
  c) lange Dauer der Amenorrhö
  d) niedriges Gewicht (BMI)

- Knochendichteverlust bereits innerhalb der ersten zwölf Monate nach Diagnosestellung
- durchschnittlicher jährlicher Knochendichteverlust von 1-4 %, auch Zunahme bei zwischenzeitlichem NG
- Ca. 50 % der adoleszenten AN-Patientinnen Osteopenie und 25 % manifeste Osteoporose
- Höchster jährlicher Knochenverlust bei AN mit Purgingsymptomatik
- low turnover Situation im Gegensatz zu Wechseljahren: high turnover
- Körpergewicht wichtigste Determinante der Knochendichte

Medizinisches Monitoring: Stufeneinteilung des Gewichts nach Schweregrad

Gewichtsdefinition
(BMI = Körpergewicht in kg / Körpergröße in m²)

Normalgewicht
Frauen BMI 18,5-24
Männer BMI 20-25
Kinder u. Jugendliche bis zum 15.Lebensjahr > 25. BMI - Perzentile

Untergewicht
Frauen BMI 17,5- 18,5 (Männer 19)
10 .-25. BMI - Perzentile

Anorexie
BMI < 17,5
< 10. BMI - Perzentile, < 3. Perzentile (Hypothrophie)

Kritisch niedriges anorektisches Gewicht
BMI < 14

Lebensbedrohlich niedriges Gewicht
BMI < 12

Mit dem Leben nicht mehr vereinbar
BMI < 10

KOMPETENZZENTRUM FÜR DIE BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN IN BAD BEVENSEN

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
KOMPETENZZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN UND ADHS

CHEFARZT
DR. MED. ANDREAS LEITERITZ
FACHARZT FÜR PSYCHSOMATISCHE MEDIZIN
FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN
PSYCHOTHERAPIE/REHABILITATION

Für weitere Informationen

DR. MED. WALLY WUNSCH-LEITERITZ
LEITENDE OBERARZTIN
FACHARZTIN FÜR INNERE MEDIZIN,
PSYCHOTHERAPIE UND ERNÄHRUNGSMEDIZIN
TEL. 05821-960 102
WUENSCH-LEITERITZ@KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE

Andrea Kühn-Dost (Ökotrophologin)
kuehn-dost@klinik-lueneburger-heide.de
Bärbel Teichmann (Diätassistentin)
teichmann@klinik-lueneburger-heide.de

.

KLINIK LÜNEBURGER HEIDE
KOMPETENZZENTRUM FÜR ESSSTÖRUNGEN UND ADHS

ANOREXIE/ UNTERGEWICHT-STUFENPLAN

MIT DEM ZIEL:

- Anorexiegrenze
- Unterstes Normalgewicht
- Individuelles Normalgewicht

Die Teilnahme an
allen Therapieveranstaltungen **wie der:**
- allgemeinen Psychotherapiegruppe
- Mittags - Ess - Psychotherapiegruppe
- Kunsttherapie
- Körpertherapie
- Sondergruppen sind verpflichtend

Stufe 1:
Unterhalb eines kritisch niedrigen anorektischen Gewichtes (BMI ≤ 14)

1. Wöchentliche Gewichtszunahme **500—1000g**
2. Betreutes Essen
3. Tellerservice (entsprechend der mit den Ernährungsfachkräften errechneten Kalorienmenge pro Tag zu[illegible] nahme **von** mindestens [illegible] ggf. flüssige Z[illegible]
4. täglich[illegible]
5. [illegible] Essen **1 Std.**
6. [illegible] körperlichen Aktivitäten oder Anwendungen außer: Körpertherapie
7. **Unter BMI< 12:** zumindest anfängliche Aufnahme in die MZ, stündliches Essen möglich, Gefahrenwerden im Rollstuhl

Falls keine adäquate Zunahme:
Gefahrenwerden im Rollstuhl, Erhöhung der Kalorienmenge, ganztägige Begleitung durch Mitpatienten bzw. therapeutisches Personal

Stufe 2:
Grenzgewicht zum kritischen Gewicht (BMI >14- 15,5)

1. Wöchentliche Gewichtszunahme **500-1000g**
2. Tellerservice nur mittags, morgens und abends Selbstbedienung am Büffet möglich
3. Wiegen jeden 2.Tag
4. Nach Klärung (ausreichende Gewichtszunahme, 700g) in der Mittagsgruppe, ist Ausgang (nur im Auto gefahren)möglich. Keine Spaziergänge oder andere körperliche Aktivitäten
5. 1 Std. Ruhen nach jedem [illegible]
6. Körperl. Anwend[illegible]

Eytl[illegible]

[illegible] Bewegungsreduktion,
[illegible] Stufe 1

Stufe 3:
(BMI >15,5-17,5)

1. Wöchentliche Gewichtszunahme **500 - 1000g**
2. Wiegen nur 1x wöchentlich **(montags)**
3. Ausgang normal, wenn reguläre Gewichtszunahme, aber kein Sport
4. 1 Std. Ruhen nach jedem Essen
5. Körperliche Anwendungen (individuell) **nach** Absprache in der Mittagsgruppe

Falls keine adäquate Zunahme:
Erhöhung der Kalorienmenge/Tag, Bewegungsreduktion, ggf. auch Rückgang in Stufe 2

Wichtig: In Stufe 1,2 und 3 keine Bäder, Massagen, Sauna, Fango, heiße Rolle, Gymnastik, Solarium, Sonnenbäder

Stufe 4
Untergewicht (BMI> 17,5) bis unterstes Normalgewicht (BMI 18,5 - 20) bzw. individuelles Normalgewicht

1. Wöchentliche Gewichtszunahme **500-1000 g**
2. Zunehmende Selbstkontrolle beim Essen
3. Wiegen nur 1 x/Woche (montags)
4. Keine vorgeschriebenen Ruh[illegible] sen, **normaler** Aus[illegible]
5. Aktive Kr[illegible]

[illegible] aktion,

Sporttherapie:
ab Normalgewicht 2x pro Woche 60 Min.

Vegetarisches Essen: Grundsätzlich ja.

Die Auseinandersetzung mit dem Stufenplan, die Besprechung von Problemen und alle Änderungen, auch der Umgang mit Bewegung und der Stufenwechsel (montags), finden in der Mittagsgruppe statt, an der auch die Ernährungsfachkräfte und Schwestern aus der Medizinischen Zentrale teilnehmen.

Keine Besuchs- und Kontaktverbote, keine Strafen nur Konsequenzen, die mit der Gewichtszunahme in Verbindung stehen, z.B. Klinikschutz Schaffen eines antianorektischen Klimas

- **Esspsychotherapie**

Mehrgleisiges Therapieprogramm

Medizinisches Monitoring

Bestan
Verlau

Esspsychotherapie / Ernährungsmanagement
Essplan gestützte Wiederernährung (ohne Sondeneinsatz)

Sir Oliver Gull 1887:
Frühzeitiges aktives Eingreifen mit nahrhafter Kost, Wärmeanwendung und Kontrolle unruhiger Aktivität sowie alle 2-3 Stunden ein Esslöffel Schnaps

Störungso
Gruppendom
(Anorexie / B

mit Kunst- / Körper(bild)Therapie / Eltern-Familien / Paar-Training / Skillstraining /soziales Kompetenztraining /Einzelcoaching/ CRT-Training/ Entspannungs-Physio-Bewegungstherapie / Schule

Organisation der nachstationären Weiterbetreuung / berufliches Coaching

Unsere Wiederernährungsstrategien

Essplan gestützte Ernährung

- Festlegung des gesamten Essens (im vorhinein: immer Essplanerstellung am Aufnahmetag)

- Essbetreuung durch EF mit direkten Interventionen zum 100 % igen Aufessen: Reaktionsverhinderung: nichts aufschieben, bzw. in den nächsten Tag mitnehmen, Essen respektvoll behandeln

Parole: „in einer Karawane mitlaufen, in der notwendiges Verhalten vorgegeben wird, um so in schwierigem Gelände zu bestehen bzw. überhaupt voranzukommen“

Grundsätzliche Wiederernährungsstrategien

Essplan gestützte Ernährung

- **Festgelegte Esszeiten mit 3 Haupt- und 2-4 Zwischenmahlzeiten**
  auch als Spät- (20:30) und Nachtmahlzeit (nicht vor 23 Uhr) bei BMI $\leq$ 12 wegen Gefahr nächtlicher Hypolykämien!
  Dauer der Hauptmahlzeiten: 30 Minuten, Zwischenmahlzeiten: 20 Minuten

- **Kalorien definierte, gemeinsame Essplanerstellung (Ernährungsfachkraft und Patientin)**
  Beginn mit **50 kcal/kg KG** zum Zunehmen
  individuelle Essplananpassungen nach vordefinierten Wiegeterminen (abhängig vom BMI: < 14kg/m² täglich)
  Erhöhungen in 200 kcal Schritten bzw. bevorzugt als Fetterhöhung bei Volumenproblemen (6-7g)

- **Makro- und Mikronährstoff definierte Zusammensetzung**
  Beginn mit **mindestens 40% Fettanteil** (auch zum Kleinhalten der Portion); **2g Eiweiß/kg KG**; Einzel-Überprüfungen mittels Optidiet, Elektrolytkontrollen, keine Refeedingprobleme

Unsere grundsätzlichen Wiederernährungsstrategien für alle 3 Ernährungsgruppen

Essplan gestützte Ernährung

- **Darmgesunde Ernährung**
  vermehrt Sauer(Soja)milchprodukte und Gemüse (bevorzugt Brokkoli, Gemüse immer mit Zitronensaft), Mikrobiom zentrierte Interventionen: Probiotika (wie Lakto- und Bifidobakterien spp), da bei AN z.B. verminderter Reichtum an Roseburia spp, die Butyrat (kurzkettige FS) produzieren

- **Reduzierter Einsatz hochkalorischer Flüssignahrung** (Fresubin):
  nur < BMI 14 kg/m², bevorzugt Gemüsesäfte mit Öl (Zusatz von 1-3 Eßl.) mittags/ abends oder Gemüsesuppe mittags; morgens Milch/ Kakao (auch Soja, Hafer, Minus-L-Milch)

- **Beachten einer Trinkstörung**
  Trinkprotokolle, überwachtes Trinken, Ein- und Ausfuhrprotokolle, spezifisches Gewicht im Urin

- **Angestrebte wöchentliche Zunahme > 500g bis 1,5kg**

Ernährungsumschau Nr. 7; Juli 2022: Stationäre Essstörungstherapie bei Anorexia nervosa
Das Darmmikrobiom und seine klinischen Implikationen im Kontext der AN: Trinh, Keller, Seitz Uniklinik Aachen, 2022;
Mack et al 2018; Current Neuropharmakologie;

Intuitives Essen

auf den Bauch bzw. den Körper hören als Gegenentwurf zu strengen Diäten oder Ernährungsempfehlungen

Regulation der Nahrungsaufnahme durch Nahrungskomponenten (Fett, Eiweiß, KH)
Stoffwechselhormone und
Signale aus dem GI-Trakt

deshalb (z.B. wegen Insulinresistenz) untauglich bei Adipositas und auch
bei Essstörungen (Essen durch Emotionalität, Heißhunger oder Zwanghaftigkeit gesteuert)

Ernährungsanamnese und Erstellung des Essplans am Aufnahmetag

Patientin: 34 kg / 1,65m Größe / BMI 12,5 kg/m²
50 kcal/kg KG mit 40 % Fettanteil/ 2g Eiweiß pro kg KG
Essplan: 1700 kcal

„ besser einen Plan anstatt Angst haben "

Tageskostplan

für
mit 1700 kcal

Anzahl	Einheit		kcal	g Fett	g Eiweiß
		I. Frühstück	*360*	*10*	*13*
1	Stück	Mehrkornbrötchen	200	0	6
1	El, gehäuft	veget. Aufstrich	80	7	2
4	El, gehäuft	Joghurt, lose	40	2	4
1	El, gehäuft	Trockenmüsli	40	1	1
		II. Frühstück	*220*	*9*	*9*
1	Portion	Kräuterquark mit Gemüsesticks	140	9	8
1	Stück	Obst	80	0	1
		III. Mittagessen	*410*	*20*	*20*
1	Portion	Menü, kleine Portion	410	20	20
		IV. Kaffeemahlzeit	*200*	*13*	*9*
1	Schale	Sauermilchjoghurt	100	5	5
1	Portion	Mandeln, gehobelt	100	8	4
		V. Abendessen	*380*	*15*	*14*
2	Scheibe	Körnerbrot	200	0	8
1	El, gehäuft	veget. Aufstrich	80	7	2
1	EL	Kräuterquark 40%	50	3	3
1	Portion	Rohkostsalat	50	5	1
		VI: Spätmahlzeit	*100*	*5*	*6*
1	Becher	Naturjoghurt	100	5	6
		Summe	1670	72	71
		% Anteil		40	17

Ernährungsanamnese und Erstellung des Essplans am Aufnahmetag

Patientin: 34 kg / 1,65m Größe / BMI 12,5 kg/m²
50 kcal/kg KG mit 40 % Fettanteil/ 2g Eiweiß pro kg KG
Essplan: 1700 kcal

„ besser einen Plan anstatt Angst haben "

Essplan vegan Müsli (am häufigsten gewünscht)

für
mit 1700kcal

Anzahl	Einheit		kcal	g Fett	g Eiweiß
		I. Frühstück	520	20	18
2	Portionen	Sojajoghurt natur (1 Port. = 6El)	120	6	8
6	El, gehäuft	Trockenmüsli	240	6	6
2	Tl	Konfitüre	60	0	0
1	El, gehäuft	Mandeln, gehobelt (1 Port. = 2El)	100	8	4
		II. Frühstück	80	4	6
1	Becher	Milch, Soja	80	4	6
		III. Mittagessen	410	20	20
1	Portion	Menü, kleine Portion	410	20	20
vegan					
		IV. Kaffeemahlzeit	230	8	6
1	Portion	Milchspeise, Soja	150	8	5
1	Portion	Obst	80	0	1
		V. Abendessen	410	19	15
2	Scheibe	Roggenbrot	200	0	10
1	El, gehäuft	Tofuaufstrich	80	7	2
1	Becher	Humus	80	7	2
1	Portion	Brokkoli	50	5	1
		VI: Spätmahlzeit	60	3	4
1	Portion	Sojajoghurt natur (1 Port. = 6El)	60	3	4
		Summe	1710	74	69
		% Anteil		40	17

gelb markiert: vegane Lebensmittelauswahl

rote Pfeile: erweiterte Auswahl

Lebensmittel		Maß	kcal	Fett	Eiweiß	KE	Gramm
Mehrkornbrötchen	1	Stück	200	0	6,0	3,00	70
Brötchen, hell	1	Stück	140	0	6,0	3,00	60
Körnerbrot	1	Scheibe	100	0	4,0	2,00	60
Roggenbrot	1	Scheibe	100	0	5,0	2,00	60
Weißbrot	1	Scheibe	100	0	2,0	2,00	40
Knäckebrot	1	Scheibe	30	0	1,0	0,50	10
Körnerbrot, glutenfrei	1	Scheibe	60	0	4,0		45
Trockenmüsli	1	El, gehäuft	40	1	1,0	0,50	10
Schokomüsli	1	El, gehäuft	40	1	1,0	0,50	10
Haferflocken fein	1	El, gehäuft	40	1	2,0	0,50	10
Haferflocken glutenfrei	1	El, gehäuft	40	1	2,0	0,50	10
Haferflocken grob	1	El, gehäuft	40	1	2,0	0,50	10
Porridge	1	Kelle	120	2	4,0	1,00	90
Cornflakes	1	El, gehäuft	20	0	1,0	0,75	5
Joghurt, lose	1	El	10	0,5	1,0	0,08	20
Fruchtjoghurt, lose	1	El	20	0,5	0,5	0,08	20
Minus-L-Naturjoghurt (1 Port. = 6El)	1	Portion	100	5	6,0	0,75	
Sojajoghurt natur (1 Port. = 6El)	1	Portion	60	3	4,0	0,50	125
Quark 20% F.i.Tr.	1	El, gehäuft	30	2	4,0		30
Butter	1	Tl	40	4	0,0		5
Frischkäse	1	El, gehäuft	60	6	3,0		25
Kräuterquark 40%	1	El, gehäuft	50	3	3,0		30
Veget. Aufstrich	1	El, gehäuft	80	7	2,0		25
Tofuaufstrich	1	El, gehäuft	80	7	2,0		25
Humus	1	El, gehäuft	80	7	2,0		25
Guacamole	1	El, gehäuft	80	7	1,0		25
Konfitüre	1	Tl, gehäuft	30	0	0,0	1,00	10
Honig	1	Tl, gehäuft	30	0	0,0	1,00	10
Pflaumenmus	1	Tl, gehäuft	30	0	0,0	1,00	10
Nuss Nougat Creme	1	Tl, gehäuft	50	3	1,0	0,50	10
Erdnuss Creme	1	Tl, gehäuft	60	5	2,0		10
Mandelmus	1	Tl, gehäuft	30	3	2,0		5

409 kcal

Fett:	Kohlenhydrate:	Eiweiß:
41,6 %	38,0 %	18,2 %
170 kcal	156 kcal	74,8 kcal
19,3 g	38,3 g	18,4 g

409 kcal

Fett:	Kohlenhydrate:	Eiweiß:
40,6 %	39,2 %	17,4 %
166 kcal	161 kcal	71,5 kcal
18,8 g	39,6 g	17,6 g

1. **Sojaprodukte, Geflügel und Fleisch sind immer BIO**
2. **Die Suppen werden immer auf Kartoffelbasis hergestellt**
3. **Unsere Speisen sind in eigener Produktion hergestellt, es sei denn diese sind gekennzeichnet. Unsere Waren kaufen wir regional und saisonal orientiert**
4. **Fisch kommt immer aus nachhaltiger Fischerei**
5. **Bei Fragen zu Allergenen und Zusatzstoffen das Küchenpersonal fragen**

KW 34 /5	Flexitarisch	Vegetarisch	Vegan	Suppe
Montag, 21.08.2023	Hähnchenbrust in Sesam, Kartoffelpüree (Minus L) Zucchinigemüse, Paprikasoße	gebackener Fetakäse in Sesam, Kartoffelpüree (Sojamilch), Zucchinigemüse, Paprikasoße	gebackene Tofuscheibe in Sesam, Kartoffelpüree (Sojamilch), Zucchinigemüse, Paprikasoße	Möhre (Basisaansatz: Zwiebeln, Knoblauch, Lauch, Sellerie, Möhre, Kartoffeln, Weißwein)
Dienstag, 22.08.2023	Gebratenes Schollenfilet (in Dinkelmehl) Zitronenkressedip (Quark, Minus L Sahne, Zitrone, Kresse), Petersilienkartoffel, Tomatensalat	Spinat-Kartoffelklöße mit Leinsamen und Zitronenkressedip (Quark, Minus L Sahne, Zitrone, Kresse), Tomatensalat	Spinat-Kartoffelklöße mit Leinsamen und Zitronenkressedip (Sojajoghurt, Sojasahne, Zitrone, Kresse), Tomatensalat	Möhre (Basisaansatz: Zwiebeln, Knoblauch, Lauch, Sellerie, Möhre, Kartoffeln, Weißwein)
Mittwoch, 23.08.2023	Chili con Carne, Reis, Chinakohlsalat, Kräuterdressing	Siehe VEGAN	Chili sin Carne (Soja), Reis, Chinakohlsalat, Kräuterdressing	Lauch (Basisaansatz: Zwiebeln, Knoblauch, Lauch, Sellerie, Möhre, Kartoffeln, Weißwein)
Donnerstag, 24.08.2023	Süßkartoffelgnocchi (Fertigprodukt), Ratatouille (Tomate, Paprika, Zucchini, Zwiebel, Aubergine, Thymian, Rosmarin, Oregano, Salbei), Parmesan	Süßkartoffelgnocchi (Fertigprodukt), Ratatouille (Tomate, Paprika, Zucchini, Zwiebel, Aubergine, Thymian, Rosmarin, Oregano, Salbei), Parmesan	Süßkartoffelwürfel, Ratatouille (Tomate, Paprika, Zucchini, Zwiebel, Aubergine, Thymian, Rosmarin, Oregano, Salbei), Tofu	Lauch (Basisaansatz: Zwiebeln, Knoblauch, Lauch, Sellerie, Möhre, Kartoffeln, Weißwein)
Freitag, 25.08.2023	Gebratenes Lachsfilet, Zucchini-Paprikagemüse, Kräuterdip (Quark, Minus L Sahne, Schnittlauch, Petersilie, Dill), Kartoffelschnee	Kichererbsenbratling, Kräuterdip (Quark, Minus L Sahne, Schnittlauch, Petersilie, Dill), Zucchini-Paprikagemüse	Kichererbsenbratling, Kräuterdip (Sojajoghurt, Sojasahne, Schnittlauch, Petersilie, Dill), Zucchini-Paprikagemüse	Paprika (Basisaansatz: Zwiebeln, Knoblauch, Lauch, Sellerie, Möhre, Kartoffeln, Weißwein)
Samstag, 26.08.2023	Hähnchenspieß mit mariniertem Gemüse, Reis, Currydip, Salsadip oder Kräuterdip, gemischter Salat (Blattsalate, Tomate, Gurke, Paprika)	Tofuspieß mit mariniertem Gemüse, Reis, Currydip, Salsadip oder Kräuterdip, gemischter Salat (Blattsalate, Tomate, Gurke, Paprika)	Tofuspieß mit mariniertem Gemüse, Reis, Curry-, Salsa- oder Kräuterdip (Soja), gemischter Salat (Blattsalate, Tomate, Gurke, Paprika)	Paprika (Basisaansatz: Zwiebeln, Knoblauch, Lauch, Sellerie, Möhre, Kartoffeln, Weißwein)
Sonntag, 27.08.2023	Spaghetti Bolognese mit Parmesan	Spaghetti mit Sojabolognese und Parmesan	Spaghetti mit Sojabolognese und Kerne	Gemüse (Basisaansatz: Zwiebeln, Knoblauch, Lauch, Sellerie, Möhre, Kartoffeln, Weißwein)

Mittagsessstörungsgruppe (täglich nach dem Mittagessen)

kg	37,65	41,69		47,07	49,76	1	1,64 m	18,5					kg	37,65	41,69		47,07
	37,65	41,69		47,07	49,76	2	1,64 m	18,5						37,65	41,69		47,07
BMI	14,00	15,50		17,50	18,50								BMI	14,00	15,50		17,50

Datum	Gewicht	BMI	Stufe	Percentile	kcal	Fett [g]	% Fett	Eiweiß [g]	% Eiweiß	Eiweiß [g/kg]	%Kohlenhydrate	kcal/kg	Vereinbarung	Δ Zunahme [g]	Δ Zunahme Stichtag [g]	ø Zunahme [g/Woche]	Zunahme gesamt [kg]
9.12.2020	35,3	13,12	1		1760	91	48	71	17	2	35	50	Gewicht zur letzten Entlassung war nicht real (Urin zurück gehalten und aufgetrunken). Nach Entlassung 1800kcal gegessen. Die letzten Tage ca. 500kcal. Zuletzt 3 mal pro Tag, zuvor 4 mal täglich. Keine bul. Symptomatik, Bewegungsdrang (zuletzt nicht ausgelebt). NB 30min n.a. hmz. Gewicht ging (mit kurzen Haltenphasen) kontinuirlich runter. Trinkmenge max. 1l/d. Laktoseintol. lebt seit ca. 1 Jahr vegan (auch im letzten Aufenthalt). angstbesetzte Lebensmittel: Weißmehlprodukte, Nahrungsfette, Süßigkeiten, Haferflocken, Banane, Kohlenhydrate). Ohne TS komplett. Mit 50kcal eingestiegen aber dafür 48% Fett				
10.12.2020	35,3	13,12	1		1760	91	48	71	17	2	35	50	EV zögerlich	0			

Regelungen bzgl. des Wiegens

immer morgens nüchtern

am gleichen Wochentag

mit entleerter Blase

in Unterwäsche/-bekleidung

in Begleitung **(zum Auffangen von Krisen)**

Gewicht selbst ablesen oder mitteilen lassen

Protokollieren mit Anlegen einer Gewichtsverlaufskurve

Wiegen:

< BMI 14	täglich
BMI 14-15,5	zweitägig
> BMI 15,5	wöchentlich

Zuhause: 1x wöchentlich morgens nüchtern in Eigenregie mit „veröffentlichen“
und Anlegen einer Gewichtsverlaufskurve

Regelungen zum Bewegungs- und Sportverhalten

< Normalgewicht BMI 18,5 oder 25.PZ	kein Sport (auch kein Reiten)
< BMI 17,5 oder 10.PZ	Bewegungsreduktion nach Schweregrad und Gewichtsentwicklung im Verlauf
< BMI 14 kritisch niedrig	nur Klinik(gelände): Klinikschutz
< BMI 12 lebensbedrohlich niedrig	Rollstuhl und Überwachungseinheit aber Therapieteilnahme

Typische und häufige Fehlüberzeugungen

durch Hungern schrumpft der Magen: **falsch**

der Körper verträgt keine Nahrung mehr, man darf nur mit ganz kleinen Mengen zu essen beginnen, Magen und Darm können es nicht mehr verdauen: Magenatonie; Laktoseintoleranz; Motilitäts-störungen; Lösung: hochkalorische Flüssignahrung,

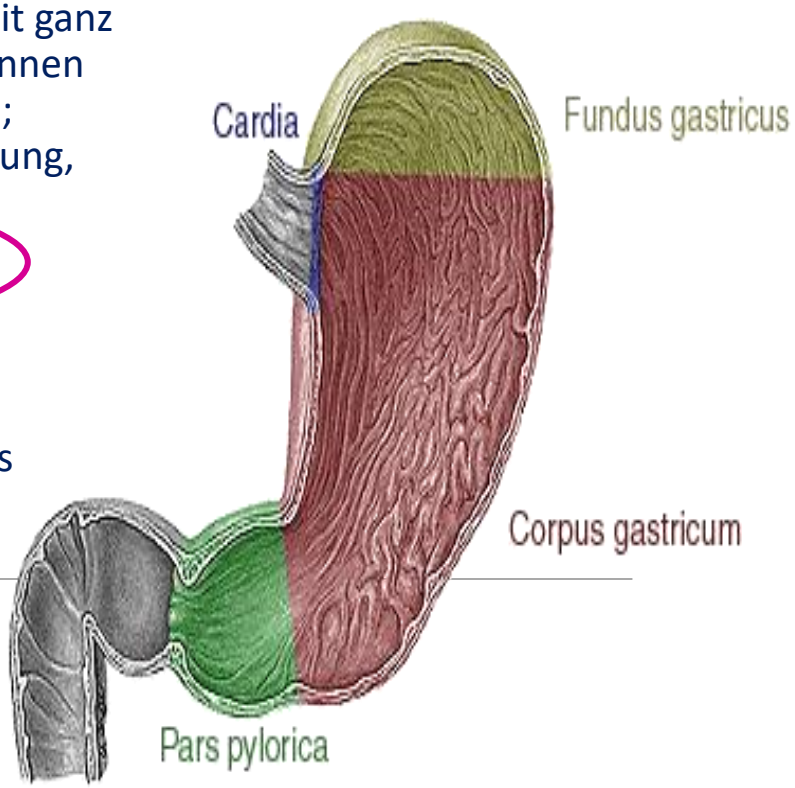
darmgesunde Ernährung (Sauermilchprodukte, Gemüse betont)

Bauchbeschwerden bei der Wiederernährung fordern das Aufhören des Essens: **nein, aber möglicherweise die Umgestaltung des Essplans**

H2-Atemtestverfahren (Laktose, Fruktose, Sorbit, Glucose); bakterielle Fehlbesiedlung?

nach 18 Uhr essen macht besonders dick: **nein,**

das kann auch vor 18 Uhr passieren!



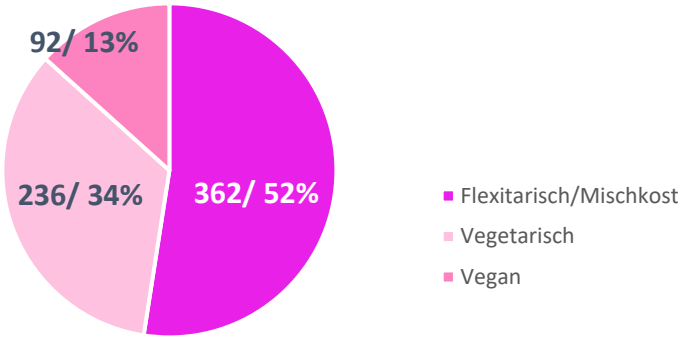
3 Wiederernährungsgruppen/-arten bei Anorexia nervosa

Konsekutive Aufnahmen von 01.01.2019 bis 31.12.2021
Aufenthaltsdauer: ≥ 7Tage
Aufnahme-BMI: < 18,5kg/m² oder < 25.BMI-Perzentile (bei den unter 15,5-Jährigen)
Diagnosen: F50.00/ F50.01/ F50.1

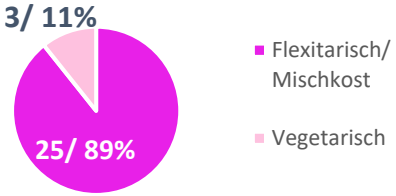
690 Patientinnen/ Patienten (28 männlich/ 4,1%)

Mischkost/ flexitarisch/ pescovegetarisch - vegetarisch - vegan

Kostform bei Aufnahme alle



Kostform männliche Pat.



Warum erlauben wir eine vegane Ernährung bei AN?

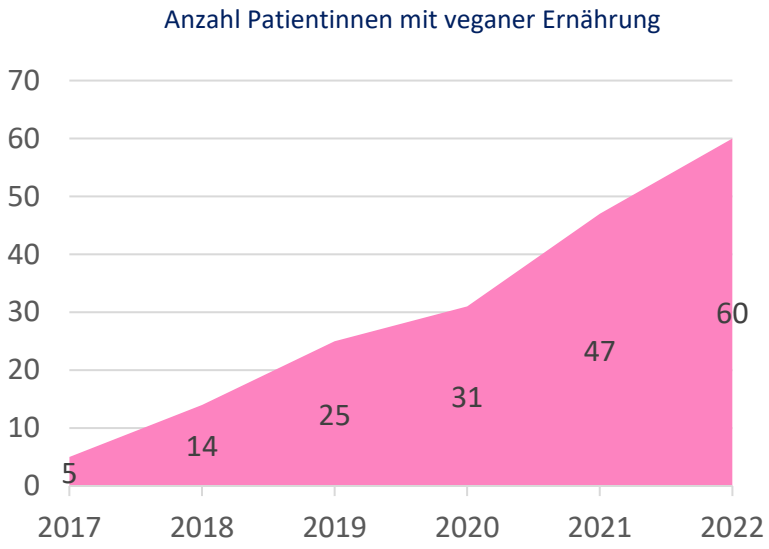
Vegan essen ist ein Lebensstil - Anorexia nervosa ist eine Erkrankung

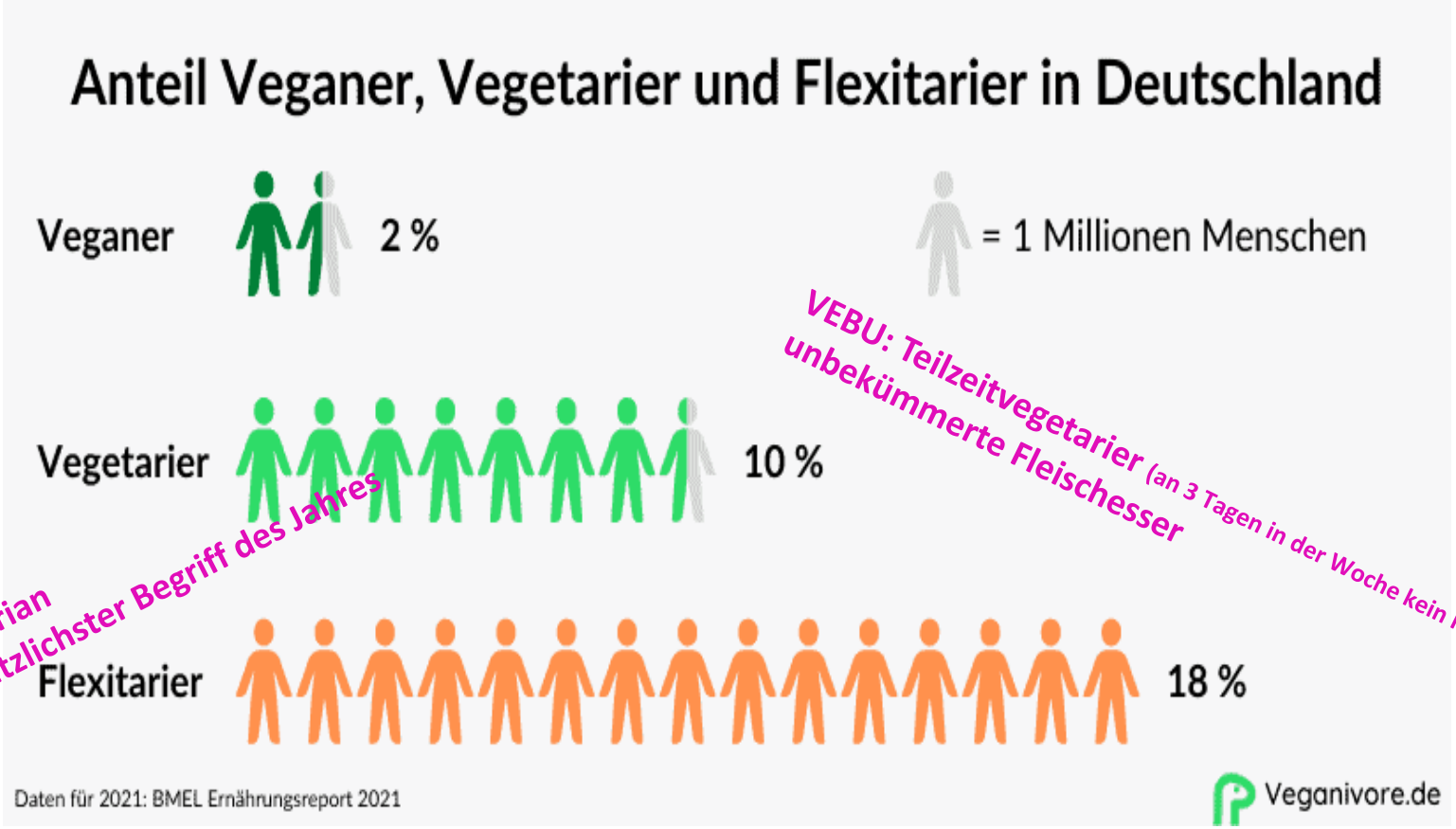
Vegetarische und vegane Ernährung

Schon immer (KLH seit 2006) vegetarische Ernährung, keine vegane Ernährung im engeren Sinn bis 2017, auch nicht angefragt, aber für Zwischenmahlzeiten Sojamilchspeisen

Vegane Ernährung gewünscht:

ab 2017:	5 Patientinnen
in 2018:	14 Patientinnen
in 2019:	25 Patientinnen
in 2020:	31 Patientinnen
in 2021:	47 Patientinnen
in 2022:	60 Patientinnen



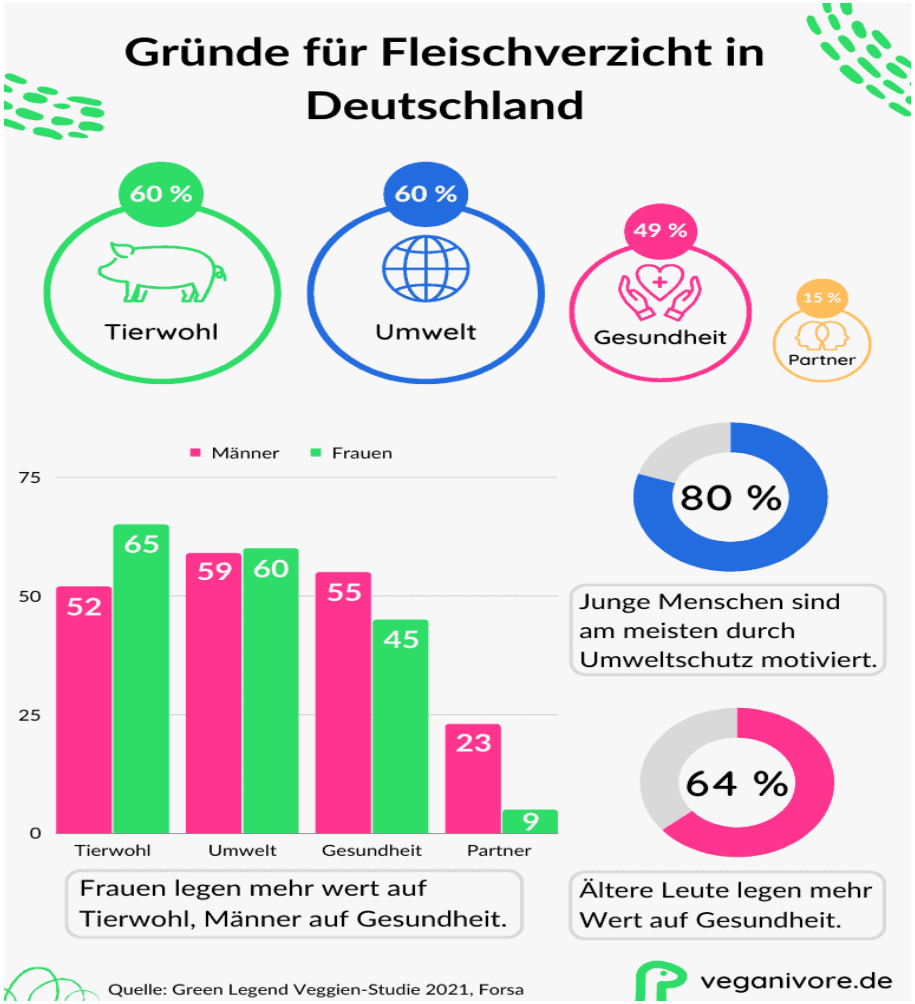


VEBU: Teilzeitvegetarier (an 3 Tagen in der Woche kein Fleisch)
unbekümmerte Fleischesser

flexibel vegetarian
2003 USA: nützlichster Begriff des Jahres

Quelle: AWA 2022, Statista Global Consumer Survey (GCS) 2022

Gipfel veganer Ernährung bei Frauen zwischen 20-29 Jahren

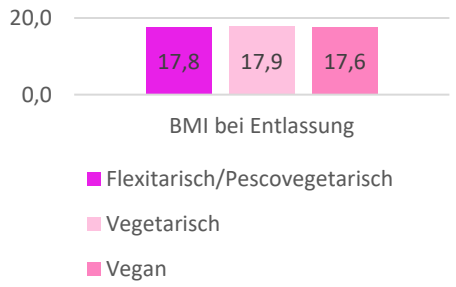


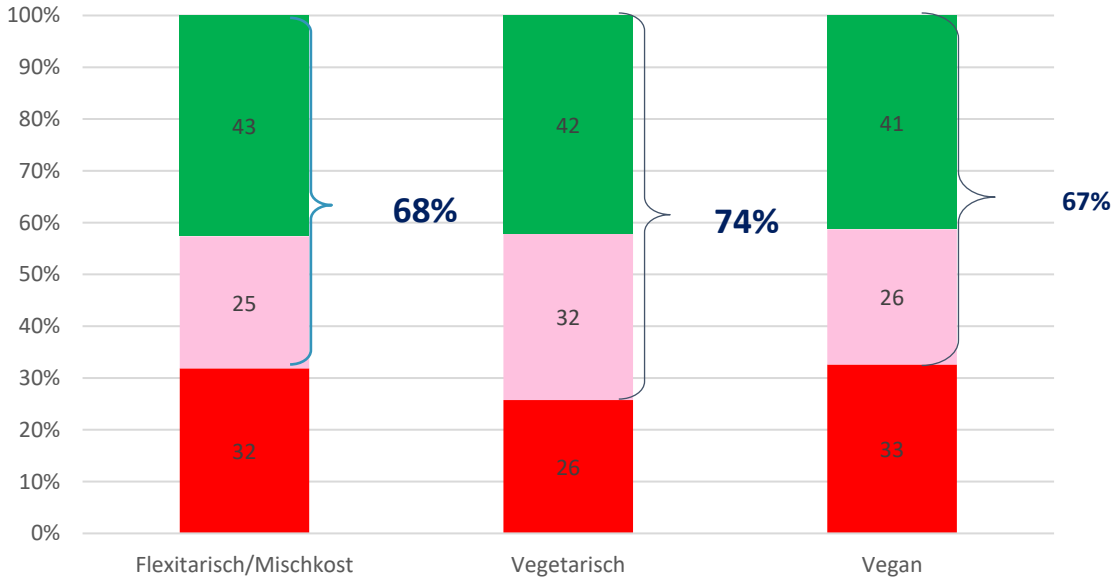
Vegetarier: Gesundheit / Ernährung

Veganer: Tierwohl / Ethik

Beeinflusst die Ernährungsform das Entlassungsgewicht?

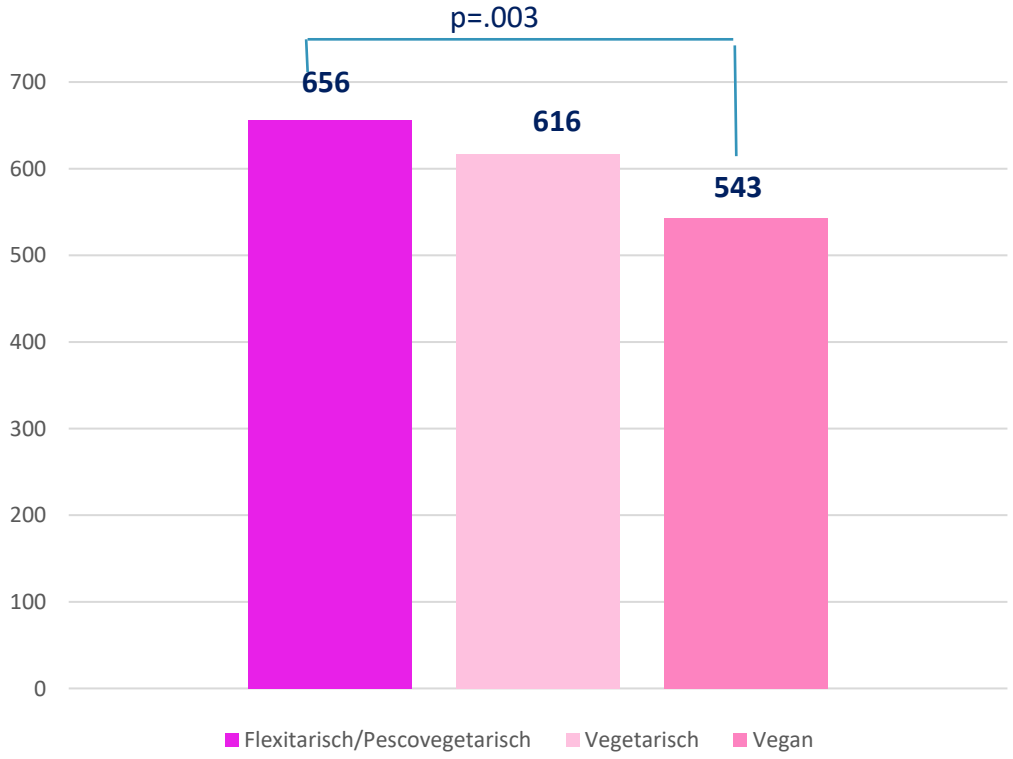
BMI bei Entlassung



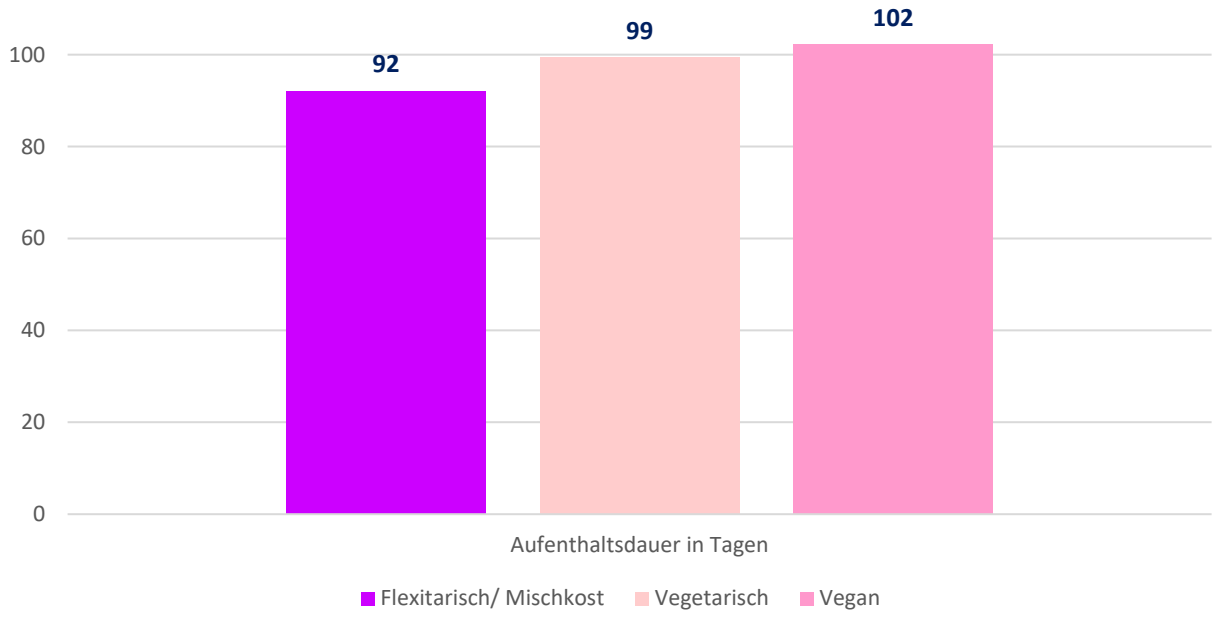


p.373

Unterschiede im wöchentlichen Zunahmedurchschnitt?



Mittlere stationäre Aufenthaltsdauer nach Kostform



P=.267

- **Störungsspezifischer Psychotherapieprozess**

- In Bezugsgruppen (nur AN und BN, 4 x wö 1 Doppelstd.) etwa gleiches Alter
- Gruppe als sozialer Bezugs- und Trainingsrahmen für den Alltag/ Schule
- passives Eingebundensein gegen sozialen Rückzug auch bei schweren Fällen
- Kunst- und Körperbildtherapie in der gleichen Gruppe, Einzeltherapie begleitend

Psychodynamisches Verstehen/ verhaltenstherapeutisches Anleiten/ neuropsychologisches Trainieren/ spezielle Therapieverfahren

- **Selbst- und Körperakzeptanz**
- **Autonomie/ Abhängigkeits- und Schuldkonflikte**
- **Identitäts- und Selbstwertdefizite**
- **gestörte Affektregulation (Ich-Schwäche/Ich-Dysfunktion)**
- **Perfektionismus- und erhöhtes Leistungsmotiv**
- **überhöhte Selbstkritik**
- **Gewichtsphobie (Essstörungen als phobische Störungen sehen)**
- **unflexibler, rigider, Detail focussierter Denkstil**
- **dürftige Therapiemotivation**

Miteinbezug der Eltern in die stationäre Essstörungstherapie

- **Familienbasierte Interventionen / Elterntraining**
- **Eltern-Kind-Therapie-Wochen (7x jährlich) als Multifamilientherapieeinheit**

Typische Probleme (unspezifisch): Hohe familiäre Belastungen

- mangelnde Eltern-Kind-Hierarchie
- überbesorgter Erziehungsstil und damit zu wenig Autonomie fördernde Stimuli
- chronisch (schwelende) Paarkonflikte / Miteinbezug des vernünftigen Kindes, das sich zu wenig dagegen wehren kann
- Generationenübergreifende Ablöseprobleme, zu wenig gesunde altersentsprechende Eigenständigkeit fördernd
- unflexibler Denkstil als familiäres Problem: ewig oder gar nicht Diskutieren

„Eltern sollten sich ändern, um zusammen mit den Therapeut:innen gegen die Erkrankung ihrer Kinder aufzutreten und nicht weil sie ihre Kinder Krank gemacht haben“

Kapitel IV: Anorexia nervosa

Expositionsbasierte Verfahren

Nahrungs- und körperbild-assoziierte Ängste: Kernsymptome der AN. Abnormale Angstkonditionierungsprozesse spielen eine wichtige Rolle in der Ätiopathogenese der Erkrankung: deshalb sind expositionsbasierte Interventionen vielversprechend

Ernährungstherapie

Sowohl bei jugendlichen als auch bei erwachsenen Patientinnen: höhere Gewichtszunahme während der stationären Therapie bzw. ein höheres Entlassungsgewicht günstiger prognostischer Faktor für den kurz- und langfristigen Verlauf

Ernährungsmanagement bei Patientinnen mit hochgradiger Mangelernährung

Kost sollte kalorien- und nicht volumenkontrolliert verordnet werden.

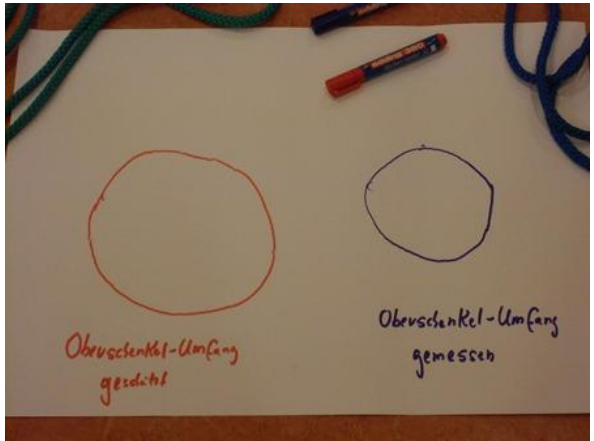
Medikation

Olanzapin wohl deutlichste Wirkung bei AN: nicht auf Kernsymptome, sondern auf Zwänge

Fluoxetin bei weiterbestehender mittelgradiger oder schwerer Depression trotz Gewichtsrestitution

CRT-Training

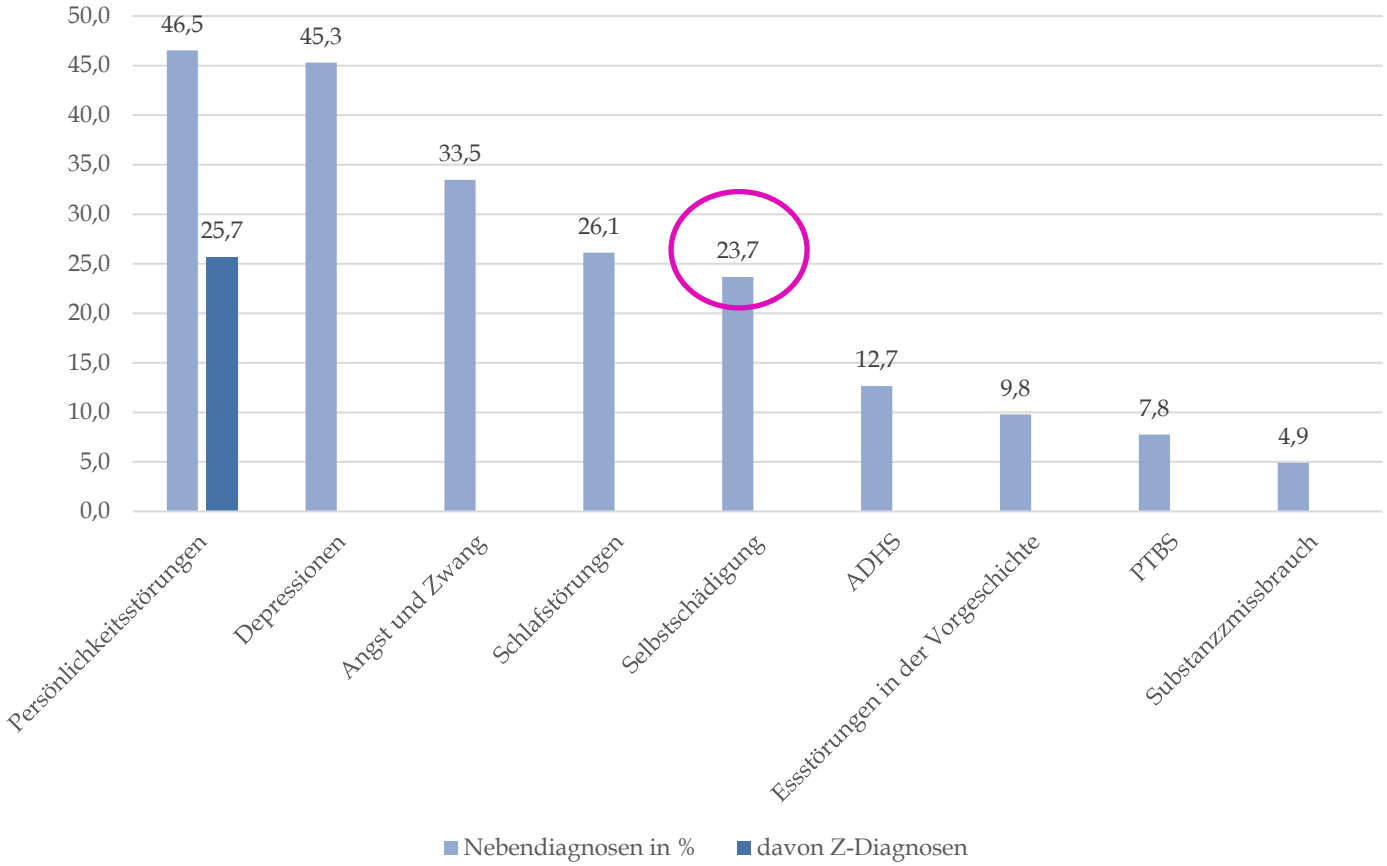
Flexibilisierung des Denkens, Schaffen neuer Perspektiven
Detail fokussierten Denksti hinterfragen (Detail vs. Bigger picture)



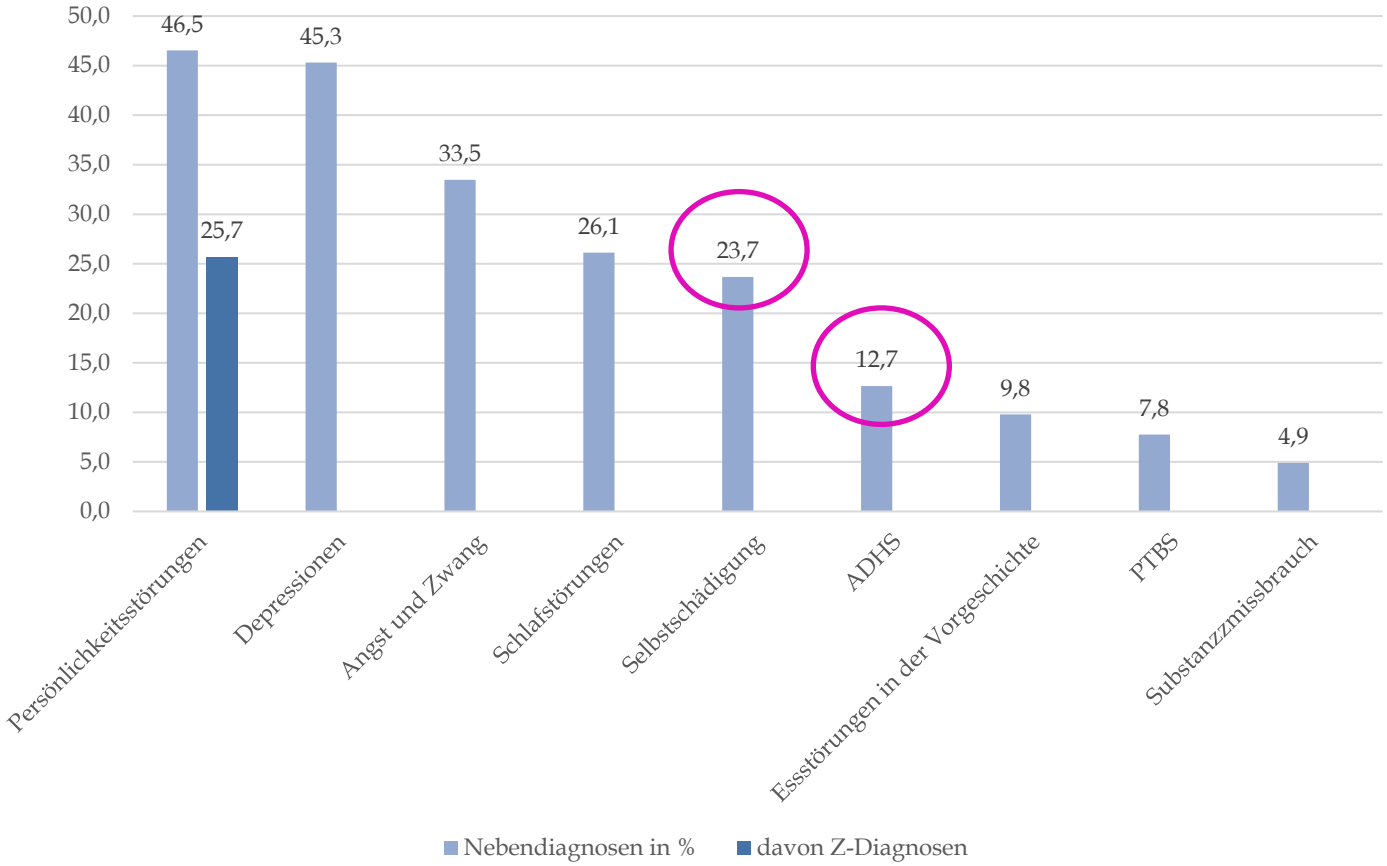
Körper(bild)therapie

Verzerrte Körperwahrnehmung korrigieren

Nebendiagnosen bei AN (n = 245 in 2021)



Nebendiagnosen bei AN (n = 245 in 2021)



Spezifische Elemente der Gesprächsführung

Entpathologisierung, detaillierte Beispiele bringen, diagnostische Befunde rückmelden, geleitetes Fragen

empathische Solidarisierung versus „ein Machtwort sprechen“ im Sinne einer strukturierenden Maßnahme

therapeutische Aufgaben (Expositionen, Verhaltensexperimente)

S3-Leitlinien Kapitel III: Die therapeutische Beziehung

Therapeutenvariable Patientinnen mit AN wünschen sich eine Therapeutin, die Akzeptanz zeigt, vital/aktiv ist, auf Ressourcen fokussiert, unterstützend ist und Expertise aufweist (und eher Therapeutin wegen Themen wie Körperbild und Sexualität).

Therapeutische Beziehung (patientinnenorientierte Sicht): Eigenschaften der Therapeutin, wie das Ausmaß, mit dem sie die Patientin versteht und sich auf sie einstellt **(accurate empathy),** vorbehaltlose positive Einstellung oder **nicht besitzergreifende Wärme und Zuneigung.**

Empathische Solidarisierung versus „ein Machtwort sprechen" im Sinne einer strukturierenden Maßnahme

In etwa bei der Hälfte der gesichteten Studien an erwachsenen Patientinnen mit Essstörungen gibt es einen Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis.

Im Kontext der Familientherapie ist der Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Symptomreduktion konsistent.

Patientinnenvariable Patîentinnen mit AN und BN sind ambivalent hinsichtlich der Veränderung der Essprobleme **(pathognomonisch)**, Bereitschaft mit der Essstörung einhergehende Gefühle und Gedanken zu benennen eher gering (z.B. wegen Stolz auf Erfolge oder aus Scham), bei Männern Scham wegen „weiblicher Störung".

Kapitel III: Die therapeutische Beziehung

Therapiemotivation Geringe Änderungsmotivation kann Behandlungsabbrüche und ungünstige Behandlungsergebnisse vorhersagen; deswegen Änderungsmotivation messen sowohl zu Beginn als auch im Verlauf (transtheoretisches Modell zur Verhaltensänderung Prochaska, DiClemente; Motiviational Interviewing, Miller).

Interventionen zur Motivierung im Vorfeld oder parallel zur Psychotherapie durchführen:

Reflexion von Pro- und Contra-Argumenten bezüglich der Essstörung,

Reaktanz beachten: sich unter Druck gesetzt fühlen und Vermeidungsstrategien einsetzen ggü Veränderungsversuchen der Therapeutin.

Wesentlich: intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufbauen

Unabdingbare Voraussetzung für Behandlungserfolg: Konsens mit Patientin über Behandlungsmodalitäten (gemeinsam entwickelter Behandlungsplan). **Auch mit Sorgeberechtigten tragfähige Beziehung aufbauen.** In der Regel sollte die therapeutische Haltung eine gewisse Gelassenheit ggü der Symptomatik zum Ausdruck bringen. Es „doch alleine schaffen wollen“ kann – die somatische Stabilität vorausgesetzt – befürwortet werden, aber verbindliche „Kontrolltermine“.

Behandlungsziele

a) Wiederherstellung und Halten eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts
b) Normalisierung des Essverhaltens
c) Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht
d) Beeinflussung der dem Störungsbild zugrunde liegender Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und interaktioneller Ebene
e) Förderung der sozialen Integration, oft mit einem „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte.

Noch kurze Krankheitsdauer: Normalisierung von Ernährung und Gewicht hat höchste Priorität, um Chronifizierung zu verhindern.

Trotz intensiver therapeutischer Bemühungen: Mehrzahl der Patientinnen hat nach einer Behandlung noch **Restsymptome der Erkrankung,** macht entsprechende Aufklärung vor der Behandlung und **eine gute Nachsorge** erforderlich.

Ende jeder AN-Behandlung inklusive **„Rückfallprophylaxe“.** Zentral dabei die Beachtung von Defiziten in der sozialen und / oder schulischen und beruflichen Integration.

Prädiktoren für klinisch signifikante Besserung im Rahmen der stationären Behandlung:

positive: komorbide depressive Symptome, hohe Änderungsmotivation (bei Erwachsenen)

negative: hohe Körperunzufriedenheit, Schwierigkeiten in der Impulsregulation, soziale Unsicherheit

Prinzipien/ Herausforderungen/ Zusammenfassung:

- 2 gleichrangige Therapiestränge **Wiederernährung und Psychotherapie** erforderlich, **keine Auftrennung der beiden**, funktioniert nicht.

in die Familie

- Einbindung in ein Therapieprogramm mit **Regeln und klaren Absprachen** über die Rahmenbedingungen (Umgang mit Wiegen – nur nüchtern – und Sportverhalten, Zunahme pro Woche, Vorgehen bei Gewichtabnahme/ Rückfällen, Kontakte mit dem Hausarzt/amb. PT, Umgang mit der Familie, Schulbesuch, etc)

geht gar nichts **in der Familie**

- **Ohne Essen keine Therapie**, sollte keine Provokation, sondern spürbare Grundhaltung in der Essstörungstherapie sein; darf nicht keine Therapie bedeuten, sondern es als Aufgabe der Essstörungstherapeuten ansehen, die Betroffenen zum Essen zu bringen durch immer wieder verhandeln („eine Hand wäscht die andere“) und Grenzen setzen ohne Gewinner und Verlierer zu hinterlassen; ausgewogene Balance zwischen Selbstbehauptung und Unterordnung vermitteln (auch durch Vorleben)

keinen Familienanschluss **der Familie**

Eltern

- Therapeut sollte mit **Störungswissen im Blick** das Leben der Betroffenen durchleuchten und zusammen mit ihnen Alltagssituationen, die zum Problem geworden sind, herausfinden und auflösen/damit ihr Leben einfacher machen (laut Fairburn: persönlicher Coach erforderlich, wie Knopf im Ohr). Frage: was ist am Normalsein so überfordernd? Betroffene zu rigide/ zwanghaft/ übergenau/ im Detail verloren/ zu wenig Priorisierung: Mentalisierungsdefizit

Prinzipien/ Herausforderungen/ Zusammenfassung:

- Auf **Eigenverantwortung** pochen macht keinen Sinn, wenn die Betroffenen im Detail feststecken und dort herauslösen brauchen; aktiv Patientinnen zu Therapieterminen einbestellen; Thema „es alleine schaffen wollen“

- **Transparenz und Kontakt** (nichts hinter dem Rücken der Patientin, „die Rechnung nicht ohne den Wirt machen“); **keine Strafen**, sondern nur Konsequenzen, die sich auf Energie einsparen (kein Ausgang, Kontaktzeiten zum Sitzen und Liegen, Vorlesen) und das Essen zu sich nehmen (Essplan erhöhen) beziehen; Eltern/ Angehörige von Therapeutenseite unbedingt miteinbeziehen und trainieren im Umgang mit den Betroffenen

Schaffen eines antianorektischen Klimas

Der Suppenkaspar = die Geschichte einer Essstörung:

- **dicker Bub** (fühlt sich zu dick)
- **schreit** (verweigert)
- *wird nicht (richtig) verstanden,*
- *kann sich aber auch nicht richtig verständlich machen*
- *kommt selbst nicht heraus aus dieser Verstrickung*

Heinrich Hoffmann 1845

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !