

Ernährungstherapeutische Beratung bei Patientinnen mit Anorexie, Bulimie oder deren Mischform

M. Mauch
S. Iff
P. Teuscher
A.-B. Sterchi
Z. Stanga

Food-Therapeutic Consultation of Patients with Anorexia, Bulimia or Mixed Form

Zusammenfassung

Fragestellung: Ziel unserer Studie war, den Einfluss der ernährungstherapeutischen Beratung auf das Essverhalten von Patientinnen mit Essstörung zu untersuchen. Zudem interessierte uns, welche Verbesserungen in der Ernährung und in der Lebensqualität resultierten. **Material und Methodik:** 43 Patientinnen mit Anorexie, Bulimie oder Mischform wurden ernährungstherapeutisch begleitet. Am Anfang und am Schluss der Beratungszeit wurde die Therapie mittels Fragebogen evaluiert. Die Fragebögen beinhalteten eine Kurzmethode zur Charakterisierung des Ernährungsmusters. Ergänzend wurde die Mahlzeitenverteilung differenziert untersucht und das Essverhalten mittels Fragebogen zum Essverhalten analysiert. Die Ernährungstherapeutische Beratung gliederte sich in Sitzungen im Abstand von zwei bis fünf Wochen über einen Zeitraum von sechs Monaten. Wir arbeiteten mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzept, in dem je nach dem Vermögen der Patientinnen Therapieschritte gemeinsam formuliert und umgesetzt wurden. **Ergebnisse:** Zwölf Patientinnen (28%) beendeten die ernährungstherapeutische Beratung. Insgesamt verbesserte sich die Ernährung qualitativ und quantitativ. Die Mahlzeiten waren besser über den Tag verteilt und die Nahrungsmittelauswahl wurde breiter. Damit verbunden reduzierten sich die Essanfälle und die Brechattacken. Der Schlaf, die Verdauung und die Menstruation normalisierten sich. Der Body-Mass-Index der Anorektikerinnen steigerte sich von 17 auf 18 kg/m² und die Mangelernährung konnte reduziert werden. Im Essverhalten reduzierten sich die Kontrolle, die Störbarkeit und die erlebten Hungergefühle. **Schlussfolgerung:** Insgesamt zeigt unsere Untersuchung, dass die ernäh-

Abstract

Aim of study: The purpose of our study was to examine the influence of the food-therapeutic consultation on the eating behavior of patients with eating disturbance. Besides, it interested us which improvement resulted in the daily nutrition and in the quality of life. **Material and Methods:** 43 patients with anorexia, bulimia or a mixed were included. At the beginning and at the end the therapy was evaluated by questionnaires. We used a short method of the characterization of the food pattern. In addition the meal distribution was examined and the eating behavior was checked by a questionnaire. The food-therapeutic consultation was made up of meetings in the distance of two to five weeks for a period of six months. We worked with the cognitive-behavioral-therapeutic draft in which after the property of the patients therapy steps were formulated together and were moved. **Results:** Twelve patients (28%) finished the food-therapeutic consultation. All together the nutrition improved qualitatively and quantitatively. The meals were better distributed during the day and the food choice became broader. Linked with that, the eating attacks and the attacks of vomiting decreased. The sleep, the digestion and the menstruation returned to normal. The body mass index of the patients with anorexia increased from 17 to 18 kg/m² and the malnutrition could be reduced. In the eating behavior questionnaire the control, the disruptability and the experienced hunger feelings decreased. **Conclusion:** Our investigation shows that the food-therapeutic consultation has an important contribution as a part of the interdisciplinary professional therapy and the patients can improve their food and their eating behavior successfully and with lasting effect.

Institutsangaben

Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung/Ernährungsberatung, Universitätsspital, Bern, Schweiz

Korrespondenzadresse

Dr. med. Z. Stanga · Leiter Klinisches Ernährungsteam · Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Klinische Ernährung · Universitätsspital · 3010 Bern · Schweiz
Tel.: 0041/31/632 42 46 · Fax: 0041/31/382 43 60 · E-mail: zeno.stanga@insel.ch

Bibliografie

Aktuel Ernaehr Med 2006; 31: 120–125 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-932639
ISSN 0341-0501

Ernährungstherapeutische Beratung als Teil der interdisziplinären professionellen Therapie einen wichtigen Beitrag leistet und die Patientinnen ihre Ernährung und ihr Essverhalten erfolgreich und nachhaltig verbessern können.

Schlüsselwörter

Anorexie · Bulimie · ambulante Ernährungstherapie · Food Frequency Fragebogen (FFQ) · Fragebogen zum Essverhalten FEV

Key words

Anorexia · bulimia · ambulatory nutritional management · Food Frequency Questionnaire FFQ · Eating Behavior Questionnaire FEV

Einleitung

Die Behandlung bei Patientinnen mit Essstörungen ist in der Betreuung äußerst anspruchsvoll und zeitintensiv. Die Behandlung wird konzeptuell oft durch einen einzelnen Therapeuten/In oder durch ein interdisziplinäres Team gewährleistet. Das Therapie-setting ist abhängig von den individuellen Bedürfnissen, dem Einverständnis und der Motivation der Betroffenen. Ein optimales Setting besteht aus verhaltenstherapeutischer Gesprächstherapie, spezialisierter ernährungstherapeutischer Beratung und Bewegungstherapie mit dem Schwerpunkt der Körperwahrnehmung. Nicht alle Therapieformen werden von den Patientinnen genutzt. Dabei stellt die Ernährungsberatung neben der Gesprächstherapie die Behandlungsoption erster Wahl dar. Sie beschäftigt sich direkt mit dem Essen und hängt somit direkt mit dem Unvermögen im Umgang mit Essen zusammen. Gleichzeitig erlaubt sie den Betroffenen, sich einfach und praktisch an „das Thema“ heranzuwagen.

Das Ziel war, den Einfluss und die Effizienz der ernährungstherapeutischen Beratung aufzuzeigen und zu optimieren. Dabei sollten die Veränderungen, Fortschritte und im weitesten Sinn ein Teil der Lebensqualität untersucht werden. Der Fokus wurde speziell auf die Ernährung qualitativ und quantitativ sowie das Essverhalten allgemein gelegt.

Methoden

Patientinnen und Protokolle

Es wurden 43 ärztlich zugewiesene Patientinnen in die Studie aufgenommen. Einer davon war männlich, 42 waren weibliche Patientinnen. Diese wurden zu ambulanten Sitzungen von 45–60 Minuten von der Ernährungsberaterin in jeweils ein- bis fünfwöchigen Abständen einbestellt. Die Betreuungsdauer wurde im Rahmen der Therapie von den Patientinnen bestimmt und abgeschlossen, wenn die Empfehlungen der ernährungstherapeutischen Beratung selbstständig umgesetzt werden konnten. Die Teilnahme war im Therapiekonzept nicht obligatorisch.

Alle Patientinnen wurden am Anfang und am Schluss der Behandlung mit Fragebogen evaluiert. Diese umfassten eine Kurzmethode zur Charakterisierung des Ernährungsmusters (Food Frequency Fragebogen [1,2]) für die Mahlzeitengestaltung sowie einen Fragebogen zum Essverhalten (FEV).

Food Frequency Fragebogen (FFQ)

Die Angaben für den FFQ wurden beim Start mittels 7-Tage-Ernährungsprotokoll erfasst. Bei Therapieende wurde er durch die

Patientinnen ohne Ernährungsprotokoll mit der Ernährungsberaterin zusammen ausgefüllt. Verwendet wurde der Fragebogen für eine Kurzmethode zur Charakterisierung des Ernährungsmusters durch Einsatz und Auswertung eines FFQ mit Anpassungen für die Anorexia nervosa ICD-10, F50.0 (Tab. 1) und Bulimia nervosa ICD-10, F50.2 (Tab. 2). In diesem Fragebogen werden die 34 Nahrungsmittelgruppen je nach Präferenz dem Krankheitsbild entsprechend mit einer Punktzahl von 0–3 kodiert. Diese Kodierung beruht auf einem internen Dokument (adaptiert nach [3]), das empirisch von uns ausgearbeitet wurde. Bei einer optimalen Ernährung (qualitativ und quantitativ) entspricht dies einem Punktemaximum von 102 Punkten. Der FFQ wurde wie folgt bewertet: < 34 Punkte = ungenügende Ernährung; 35–51 Punkte = mangelhafte Ernährung; 52–68 Punkte = genügende Ernährung; 69–102 Punkte = optimale Ernährung.

Das Essverhalten wurde dann mit einer Skala von I–III beurteilt: I bedeutet einseitige Nahrungsmittelauswahl (3 gleiche Nahrungsmittel z.B.: Blattsalat und Tomate/Hüttenkäse); II besagt monotone Nahrungsmittelauswahl (8–10 Nahrungsmittel, mit wiederholter täglicher Wahl, eventuell eine warme Mahlzeit); III entspricht einer ausgewogenen Nahrungsmittelauswahl (alle Nahrungsmittel, regelmäßig eine warme Mahlzeit pro Tag in optimaler Kombination). In den 34 Nahrungsmittelgruppen wurde zusätzlich unterschieden zwischen Salat und gekochtem Gemüse, normalfetten und fettreduzierten Milchprodukten, weißen und dunklen Brotsorten, gezuckerten und ungezuckerten Getränken sowie koffeinhaltigen Getränken und warmen Mahlzeiten.

Mahlzeitengestaltung und -verteilung

Nährstoffberechnungen der Essprotokolle liefern über die Veränderung der Mahlzeitengestaltung, d.h. die Verhältnisse von Eiweißkomponenten zu den Stärkebeilagen oder Salaten/Gemüse/Obst keine aussagekräftigen Daten. Auch die Mahlzeitenverteilung über den Tag wird nicht ersichtlich. So wurde jede einzelne Mahlzeit in ihren Komponenten im 7-Tage-Protokoll dokumentiert. Dies umfasste die Hauptmahlzeiten sowie die Zwischenmahlzeiten und Getränke. Dies wurde in der Mahlzeitenverteilung dokumentiert. Unterschieden wurde zwischen Fasten, Picking, abendlastig, 2–3 Hauptmahlzeiten oder 2–3 Hauptmahlzeiten und Zwischenmahlzeiten.

Fragebogen zum Essverhalten (FEV)

Das Essverhalten wurde mit dem FEV von Pudiel et al. [3] erfasst. Der Fragebogen enthält 60 Fragen und evaluiert die Kriterien: Kontrolle des Essverhaltens (21 Items), Störbarkeit des Essverhaltens (16 Items), erlebte Hungergefühle (14 Items) und die jeweils größten Schwierigkeiten beim Essverhalten (8 Items).

Tab. 1 Auswertungsschablone Food Frequency: Anorexie

Lebensmittelgruppe	A	B	C	D	E	F	G	total
Salat oder Gemüse, roh zubereitet	0	3	1	0	0	0	0	
Gemüse gekocht	0	3	1	0	0	0	0	
frisches Obst	3	1	0	0	0	0	0	
Quark, Jogurt vollfett, Naturjogurt	3	2	1	0	0	0	0	
Magerquark, Jogurt light, Blanc battu	1	3	2	2	1	1	1	
Käse vollfett	0	3	2	0	0	0	0	
Käse 1/2-/1/4-Fett, Hüttenkäse	0	1	3	1	1	1	1	
Milch (alle Sorten eingeschlossen)	1	3	2	1	0	0	0	
Eier, Eierspeisen	0	0	0	3	1	1	1	
Vollkornbrot, Grahambrot	0	3	1	0	0	0	0	
Knäckebrot	0	0	1	3	1	1	1	
Ruchbrot, Weißbrot, Weggli, Zöpfe	0	0	1	2	3	1	1	
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	0	1	3	1	1	1	1	
Kartoffeln	2	3	1	1	1	0	0	
Teigwaren	2	3	1	1	1	0	0	
Reis, Polenta	2	3	1	1	1	0	0	
Hülsenfrüchte (Linsen, rote Bohnen etc.)	0	1	1	3	2	0	0	
Fisch	0	0	1	3	1	1	0	
Geflügel	0	1	1	3	1	1	0	
Tofu, Yasoya, Quorn, Seitan	0	0	1	3	1	1	0	
Fleisch (ohne Wurstwaren)	0	0	3	2	1	1	0	
Wurstwaren, Aufschnitt, Cervelat	0	0	0	0	3	1	1	
Schinken, Trockenfleisch	0	0	1	3	1	1	0	
Schokolade, Pralinen etc.	1	3	2	0	0	0	0	
Kuchen, Gebäck, Güezi, Gipfeli etc.	1	3	2	0	0	0	0	
sonstige Süßwaren wie Bonbons etc.	0	2	2	3	2	2	2	
salzige Snacks wie Chips, Nüssli etc.	0	1	3	2	1	1	0	
Mineralwasser, Trinkwasser, Tee	3	1	0	0	0	0	0	
Lightgetränke (ohne Cola light)	0	3	2	2	2	2	2	
Obstsäfte, Limonaden	0	3	2	2	2	2	1	
Kaffee, Colagetränke (auch Cola light)	0	3	2	2	2	2	1	
Pflanzenöl für die Salatsauce	2	3	1	0	0	0	0	
Butter/Margarine zum Kochen/aufs Brot	2	3	1	0	0	0	0	
Nüsse, Kerne, Samen	2	3	1	0	0	0	0	

Legende: Häufigkeit des Lebensmittelgruppenverzehr: **A:** mehrmals täglich, **B:** täglich, **C:** 4–5-mal die Woche, **D:** 1–2-mal pro Woche, **E:** 3–4-mal im Monat, **F:** 1-mal im Monat, **G:** nie

Zusätzlich erfasste Daten

Neben diesen zwei Fragebogen wurden noch andere Daten erhoben. Diese umfassten den Body-Mass-Index (BMI), Frequenz der Ess-/Breachattacken oder andere Purging-Methoden (Laxanzien, Sport/Aktivitäten, kompensatorisches Essen), Verdauung (Obstipation, Blähungen), Menstruation, Schlafstörungen (Ein-/Durchschlafschwierigkeiten), Medikamente (Antikonzeptiva, Serotoninwiederaufnahmehemmer und weitere), Supplemente (Vitamin-Mineralstoffpräparate, Kalzium, Eisen, Ergänzungsnahrung) und andere Therapien (Psycho- und Bewegungstherapie).

Ernährungstherapeutische Beratung

Als Basis der ernährungstherapeutischen Beratungen diente das Konzept der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) [4]. Mit der KVT wird versucht, das verzerrte Gewichtsideal, das restriktive Essverhalten und die ungenügenden Konfliktbewältigungsstrategien zu durchbrechen, um neue adäquate Bewältigungsstrategien zu trainieren. Dabei werden z. B. im Essstagebuch oder Proto-

Tab. 2 Auswertungsschablone Food Frequency: Bulimie

Lebensmittelgruppe	A	B	C	D	E	F	G	total
Salat oder Gemüse, roh zubereitet	0	3	1	0	0	0	0	
Gemüse gekocht	0	3	1	0	0	0	0	
frisches Obst	3	1	0	0	0	0	0	
Quark, Jogurt vollfett, Naturjogurt	3	2	1	0	0	0	0	
Magerquark, Jogurt light, Blanc battu	1	3	2	2	1	1	1	
Käse vollfett	0	3	2	0	0	0	0	
Käse 1/2-/1/4-Fett, Hüttenkäse	0	1	3	1	1	1	1	
Milch (alle Sorten eingeschlossen)	1	3	2	1	0	0	0	
Eier, Eierspeisen	0	0	0	3	1	1	1	
Vollkornbrot, Grahambrot	0	3	1	0	0	0	0	
Knäckebrot	0	0	1	3	1	1	1	
Ruchbrot, Weißbrot, Weggli, Zöpfe	0	0	1	2	3	1	1	
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	0	1	3	1	1	1	1	
Kartoffeln	1	2	3	1	1	0	0	
Teigwaren	1	2	3	1	1	0	0	
Reis, Polenta	1	2	3	1	1	0	0	
Hülsenfrüchte (Linsen, rote Bohnen etc.)	0	1	1	3	2	0	0	
Fisch	0	0	1	3	1	1	0	
Geflügel	0	1	1	3	1	1	0	
Tofu, Yasoya, Quorn, Seitan	0	0	1	3	1	1	0	
Fleisch (ohne Wurstwaren)	0	0	3	2	1	1	0	
Wurstwaren, Aufschnitt, Cervelat	0	0	0	1	3	1	1	
Schinken, Trockenfleisch	0	0	1	3	1	1	0	
Schokolade, Pralinen etc.	0	2	3	1	0	0	0	
Kuchen, Gebäck, Güezi, Gipfeli etc.	0	2	3	1	0	0	0	
sonstige Süßwaren wie Bonbons etc.	0	2	2	3	2	2	2	
salzige Snacks wie Chips, Nüssli etc.	0	2	3	1	0	0	0	
Mineralwasser, Trinkwasser, Tee	3	1	0	0	0	0	0	
Lightgetränke (ohne Cola light)	0	1	2	3	2	2	2	
Obstsäfte, Limonaden	0	1	2	3	2	2	1	
Kaffee, Colagetränke (auch Cola light)	0	1	2	3	2	2	1	
Pflanzenöl für die Salatsauce	0	3	1	0	0	0	0	
Butter/Margarine zum Kochen/aufs Brot	0	2	3	0	0	0	0	
Nüsse, Kerne, Samen	0	3	1	0	0	0	0	

Legende: Häufigkeit des Lebensmittelgruppenverzehr: **A:** mehrmals täglich, **B:** täglich, **C:** 4–5-mal die Woche, **D:** 1–2-mal pro Woche, **E:** 3–4-mal im Monat, **F:** 1-mal im Monat, **G:** nie

koll die Ernährung und die Gedanken sowie Gefühle beim Essen dokumentiert. Diese werden dann zueinander in Relation gesetzt. Dabei sind teilweise direkte Auslöser für das Essen oder Fasten erkennbar. Sei dies auf der körperlichen (z. B. Heißhungerattacken) oder der emotionalen Ebene (z. B. Frustessen). Die ernährungstherapeutische Beratung umfasste nicht nur Vermittlung von Informationen und Wissensinhalten, sondern es wurden konkret für den Alltag Maßnahmen formuliert und pathophysiologische Zusammenhänge aufgezeigt. Welche Methoden angewandt wurden, war unterschiedlich und der jeweiligen Patientin angepasst.

Im Rahmen dieser KVT wurden folgende Themen und Inhalte behandelt: Zur Analyse der aktuellen Situation wurde eine Ernährungsanamnese erhoben oder ein 7-Tage-Essprotokoll geführt. In der Ernährungsanamnese befragte man die Patientinnen zu ihren Essgewohnheiten und quantifizierte diese. Ein 7-Tage-Essprotokoll umfasste das genaue Aufschreiben von konsumierten

Mengen und Lebensmitteln. Dieses wurde ergänzt mit Gefühlen und Gedanken vor und nach dem Essen, um später den Patientinnen die Stoffwechselreaktionen (z.B. Heißhunger auf Süßes) zu erklären. Es beinhaltete auch eine laufende grobe Selbstbilanz der Patientinnen über ihr tägliches Ist verglichen mit dem täglichen Soll einer ausgewogenen Ernährung. Anschließend wurden ernährungstherapeutische Maßnahmen formuliert, welche für die Patientinnen als Veränderungen in Richtung der ausgewogenen Ernährung vorstellbar waren. Die Maßnahmen und Strategien wurden gemeinsam ausgearbeitet. Dabei sollte das Vertrauen in die Nahrung und das Wiederfunktionieren des eigenen Körpers (Metabolismus) aufgebaut werden. Als Hilfsmittel wurden verwendet: Informationsmaterial zu den Energielieferanten (Kohlenhydrate im Vergleich zu Fetten), Eiweißfunktion im Körper und deren Bedarf, Fettfunktion im Körper und deren Bedarf, Liste mit Fettgehalten für die eigene Bilanz, Menü und Lunchvorschläge, einfache Rezepte, erweiterte Tagebücher (Essprotokolle), Ernährungsschecklisten, Arbeitsblätter zur Dokumentation bzw. Spiegelung der Fortschritte für die Patientinnen.

Zur Wissensvermittlung wurden auch Themen über die Zusammenhänge zwischen Nahrungsmitteln und Reaktionen im eigenen Stoffwechsel behandelt. Besondere Schwerpunkte dabei waren:

- Mahlzeiten-/Stärkeverteilung über den ganzen Tag und deren Einfluss auf Stimmung, das Verlangen nach Süßigkeiten, plötzlichen Heißhunger und Essattacken,
- Kombination von Eiweißlieferanten mit den Stärkebeilagen, Bedeutung des glykämischen Index,
- Wahrnehmung und Sensibilisierung der Körpersignale (Hunger, Sättigung),
- Unterscheiden zwischen physiologischem und emotionalem Hunger,
- Sensibilisierung auf eine adäquate Befriedigung von spezifischen Bedürfnissen.

Nach dem Abschluss der ernährungstherapeutischen Beratung lief die Betreuung mit anderen Therapien weiter (z.B. Psychotherapie, Bewegungstherapie). Das Endziel der Sitzungen war eine Erweiterung der Nahrungsmittelauswahl und die Planung und Umsetzung regelmäßiger Hauptmahlzeiten im Alltag.

Ergebnisse

42 Patientinnen und ein Patient wurden in die Studie aufgenommen. Diese wurden durch zwei Ernährungstherapeutinnen betreut und ernährungstherapeutisch begleitet; 9 davon waren anorektisch (A), 24 bulimisch (B) und die restlichen 10 wiesen eine Mischform (M) auf. Im Durchschnitt waren die Patientinnen 24 ± 7 Jahre alt und es wurde bei 26% eine klinische Mangelernährung (Definition: BMI $< 15 \text{ kg/m}^2$, Gewichtsverlust $> 15\%$ in 6 Monaten, FFQ < 51 Punkte) diagnostiziert. Der BMI der Gruppe A war $17,4 \text{ kg/m}^2$, in Gruppe B $20,8 \text{ kg/m}^2$ und in Gruppe M $21,4 \text{ kg/m}^2$. 24% hatten einen Serotoninwiederaufnahmehemmer, 65% Antikonzeptiva und 10% andere Medikamente. Alle drei Gruppen zeigten eine Verarmung der Nahrungsmittelauswahl und der Mahlzeitenverteilung. Im FEV war die Kontrolle bei 15, 12 und 10 Punkten bei den Gruppen A, B und M. Störbarkeit war bei 5, 9 und 10 Punkten und die erlebten Hungergefühle

bei 4, 7, 7 Punkten. Fast zwei Drittel nahmen gleichzeitig eine Gesprächstherapie in Anspruch. Von allen Patientinnen brachen 67% die Beratung bei der Ernährungsberaterin frühzeitig ab. Die Abbruchrate in Gruppe A betrug 33%, in der Gruppe B 79% und in der Gruppe M 70%. Im Durchschnitt besuchten die Patientinnen $4,8 \pm 3$ Beratungen, bevor sie die ernährungstherapeutische Beratung abgebrochen hatten.

Von den 42 Patientinnen haben 12 Patientinnen ($n = 100\%$) die ambulante Beratung bis zum Abschluss durchgeführt. Das Durchschnittsalter betrug 23 ± 5 Jahre. Bei der Erstberatung wurde bei 41% eine Mangelernährung diagnostiziert, die auf 8% reduziert wurde. Diese war hauptsächlich in der Gruppe A diagnostiziert und therapiert worden. Die Schlafprobleme haben sich bei allen 12 Probandinnen normalisiert ($p < 0,05$), sowohl die Einschlaf- als auch die Durchschlafprobleme. Nach der Therapie bezeichneten 90% ihre Verdauung als normal, obwohl bei Beginn 50% über Verstopfung klagten. Die Menge von Essanfällen pro Tag ging von 0,52 Anfälle auf 0,05 zurück ($p < 0,05$). Etwaiges Erbrechen wurde durch die Therapie vollständig unterbunden. Der Durchschnitts-BMI stieg von 17 auf 18 kg/m^2 bei den anorektischen Patientinnen, bei den anderen Gruppen blieb er unverändert. In der Gruppe A hat sich die Menstruation normalisiert. Bei der Medikamenteneinnahme hat sich nichts verändert. Bei der Ernährung wurden im Schnitt je eine Portion Stärkebeilage und Eiweißlieferanten pro Tag mehr verzehrt. Es wurden weder beim Fettverzehr noch beim Obst-Gemüse-Verzehr große Änderungen festgestellt. Die Mahlzeitenverteilung hat von 2,9 auf 3,5 zugenommen, die Nahrungsmittelauswahl von 1,9 auf 2,8 und die Food Frequency ist von 38 auf 47 Punkte gestiegen.

Im FEV wurde die Kontrolle von 13 auf 8 Punkte ($p < 0,05$) reduziert, die Störbarkeit von 7 auf 4 Punkte ($p < 0,05$) und die erlebten Hungergefühle von 5 auf 3 Punkte ($p < 0,05$). Das Verlangen nach Süßem nahm von 60% auf 41% ab. Alkoholische Getränke wurden anfangs in 10% und am Ende gar nicht mehr konsumiert. Essen in Gesellschaft wurde anfänglich zu 20% als Problem angeschaut, am Ende nur noch zu 8%. Das Gefühl aus Stress oder Langeweile zu essen hat sich bei den Patientinnen von je 8 auf 4 halbiert. Plötzlicher Heißhunger ging von 50% auf 25% zurück. Der Zwang, ständig Kalorien zu zählen minderte sich von 50% auf 33%. Das Gefühl der Patientinnen, die sich nicht getraut haben, sich satt zu essen, ging von 70% auf 25% zurück. Am Ende der Therapie hatte nur eine Patientin sogar den Eindruck, sie habe keine Probleme mit dem Essen mehr. Am Ende der Therapie wurde eine Bewegungstherapie häufiger in Anspruch genommen, die psychologische Therapie dagegen etwas seltener. Die Patientinnen waren im Schnitt $6,1 \pm 2,7$ Monate in Behandlung und brauchten $7,1 \pm 3,2$ Sitzungen, um zu dem Resultat – wie oben beschrieben – zu gelangen.

Diskussion

Es ist schwierig unsere Ergebnisse wie Verbesserung der Mangelernährung, des Essverhaltens oder Verbesserung der Lebensqualität getrennt zu diskutieren, da sich alle Ebenen gegenseitig beeinflussen. Der Effekt der Gesprächstherapie und der ernährungstherapeutischen Beratung ist ebenfalls nicht ohne weiteres zu trennen. Beide Aspekte haben ihren Einfluss auf das Essver-

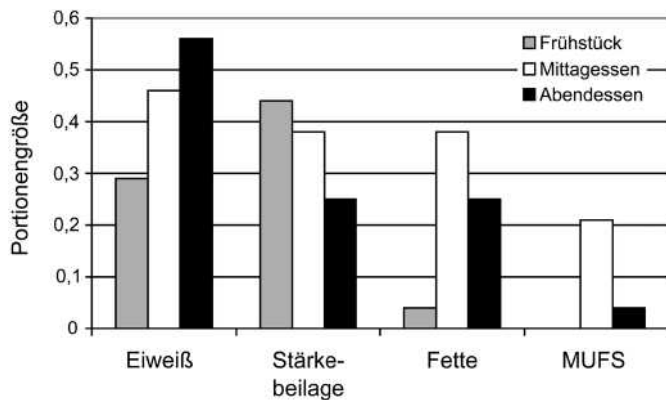


Abb. 1 Veränderung der Nahrungsmittelkomponenten pro Mahlzeit.

halten der Patientinnen und wurden in der Diskussion gemeinsam berücksichtigt.

Ernährung

Der Erfolg der ernährungstherapeutischen Beratung zeigte sich im Rückgang der klinisch diagnostizierten Mangelernährung (41 % zu 8 %, $p < 0,05$). Zudem konnte die Mahlzeitenverteilung respektive die Anzahl der täglich inadäquaten eingenommenen Mahlzeiten auf drei regelmäßig eingenommene Hauptmahlzeiten gesteigert werden (Abb. 1). Zwischenmahlzeiten konnten ebenfalls erfolgreich eingebaut werden und auch das Picking verschwand. Die Stärkebeilage (komplexe Kohlenhydrate) stieg als Bestandteil jeder Hauptmahlzeit durchschnittlich um 0,3 Portionenanteile pro Mahlzeit. Passend dazu konnten wir beobachten, dass die Essanfälle und damit auch das Erbrechen abgenommen hatten. Obstipation und Blähungen verschwanden praktisch völlig, was vermutlich auch dieser Mahlzeitenverteilungsoptimierung zuzuordnen ist. Die Angst vor den Stärkebeilagen als „Dickmacher“ reduzierte sich. Einhergehend dazu ging der Konsum von Kaffee, Schwarztee und Cola-Getränken zurück.

Wertvolle Pflanzenöle in Form von Raps- oder Olivenöl, Margarine mit geeignetem Fettsäuremuster und Butter konnten nur geringfügig erhöht werden. Die Patientinnen bevorzugten den Fettkonsum in versteckter Form einzuplanen, v. a. mit Vollmilchprodukten, Baumüssen, Avocado und Süßigkeiten. Fette waren für die meisten Patientinnen weiterhin ein schwieriges Thema. Deswegen musste daran wiederholt gearbeitet werden. Eine Gewichtsreduktion wurde in den Beratungen bewusst nie diskutiert. Vielmehr war es das Ziel, das Gewicht im Rahmen des körpereigenen „Set points“ zu normalisieren [5]. Der BMI stieg im Durchschnitt um einen Punkt nach oben. Das Gewicht war am Ende der Therapie kein zentrales Thema mehr.

Essverhalten – Lebensqualität (FEV)

Insgesamt hat sich das Essverhalten und die Lebensqualität für die Patientinnen verbessert (Abb. 2). Die kognitive Kontrolle, die Störbarkeit des Essverhaltens und erlebte Hungergefühle konnten signifikant gesenkt werden. Vermutlich ist dies ein Ausdruck der Verminderung der Anorexie und Bulimie. Positive Faktoren, die dazu beitragen können, sind: Die ausgewogene Gestaltung der einzelnen Mahlzeiten (mit allen Komponenten), die Verteilung der Mahlzeiten über den ganzen Tag, das gezielte Üben der Wahrnehmung der Hungersignale und das Unterscheiden zwi-

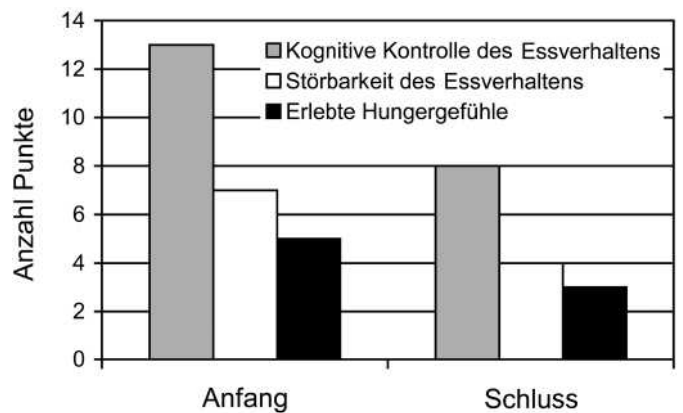


Abb. 2 FEV-Tabelle

schenden verschiedenen anderen Bedürfnissen (Wut, Langeweile, Stress, Einsamkeit usw.) und deren adäquater Befriedigung.

Die erlebten Hungergefühle sind von 5,3 auf 3,2 Punkte gesunken. Hier ist eine Interpretation sehr schwierig. Es kann sein, dass die Patientinnen durch die ausgewogenen Mahlzeiten (mit Kohlenhydraten) und deren Verteilung weniger Hunger verspürten; gleichzeitig aber auch besser zu unterscheiden vermochten: Wann handelt es sich um den echten physiologischen Hunger oder um einen vermeintlichen „emotionalen“ Hunger. Letzteres war beim Üben der Wahrnehmung der Hungersignale mit Hilfe der Essprotokolle und Checklisten auch eines der Ziele. Weiterführend könnten hier in einer Therapiefortsetzung die beantworteten Fragen (aus allen Bereichen) herangezogen werden, um mit den Patientinnen weitere Maßnahmen zu formulieren und Schritte im Alltag weiterzuüben/-trainieren. Dies könnte in verschiedenen interdisziplinären professionellen Therapiesettings geschehen.

Die aufgetretenen Schwierigkeiten haben sich reduziert, sind verschwunden oder verlagerten sich leicht. Die folgenden Begründungen und Interpretationen stammen aus den Gesprächen mit den Patientinnen und müssen genauer untersucht werden:

Das Verlangen nach Süßem nahm ab. Das steht wieder in Verbindung mit den ausgewogenen Mahlzeiten (mit Kohlenhydratanteil) und deren Verteilung über den Tag. Gleichzeitig nahmen plötzliche Heißhungerattacken ab. Die alkoholischen Getränke stellten, außer bei einer Patientin, kein Problem dar. Das Essen in Gesellschaft wurde längerfristig immer besser toleriert und stellte weniger Stress dar. In der Diskussion mit den Patientinnen zeigte sich, dass soziale Kontakte langsam wieder aufgebaut werden konnten. Isolierte Patientinnen nahmen ab und zu wieder an Einladungen oder Festen (Weihnachten usw.) teil. Für andere stellte eine Einladung weniger Stress und stattdessen wieder etwas Angenehmeres dar. Doch Essen in Gesellschaft war ein Thema, das viel angesprochen wurde. Generell hat der Stress durch das Thema Essen abgenommen und umgekehrt reduzierte sich das Essen in Stresssituationen. Tendenziell reduzierte sich auch das Kalorienzählen. Die Patientinnen hatten weniger Angst, indem sie durch Aufklärung mehr über die einzelnen Nahrungsmittelgruppen und deren Aufgaben im Körper erfuhren, und somit „Kalorie nicht gleich Kalorie ist“. Sie trauten sich vermehrt, sich wieder einmal satt oder satter zu essen als vorher. Gleichzei-

tig konnte beobachtet werden, dass die Patientinnen mehr Freiraum und Zeit für andere Aktivitäten gewannen. Doch auch damit müssen die Betroffenen teilweise erst wieder lernen umzugehen. Dies indiziert wahrscheinlich eine Fortsetzung der ernährungstherapeutischen Beratung oder einer anderen weiteren Therapie, sei es aktuell oder zu einem späteren Zeitpunkt.

Therapieabbruch

Der hohe Anteil an Patientinnen, die die Behandlung nicht weitergeführt haben, ist für diese Patientengruppe relativ bekannt, doch es finden sich keine Studien für die ambulanten Behandlungen. Bei stationären Behandlungen reichen die Abbruchraten bis 35% [6]. Bei den erfolgreich therapierten 12 Patientinnen nahmen 67% parallel zur Ernährungstherapie eine Psychotherapie in Anspruch. Von den restlichen 30 Patientinnen, die ihre Ernährungstherapie frühzeitig unterbrochen hatten, waren 63% in einer Psychotherapie. Wir konnten keinen Zusammenhang zwischen der zusätzlich beanspruchten Therapien und der Abbruchrate feststellen. Auf eine schriftliche Nachfrage, warum sie die Therapie nicht weitergeführt haben, hat keine Patientin geantwortet. So wissen wir auch nicht, ob die Patientinnen eine andere Therapie weitergeführt haben. Auch war es uns nicht möglich, aus den Ausgangsdaten eine Gruppe Patientinnen mit typischen Merkmalen auszumachen. Wir können über die Abbruchursachen nur spekulieren. Rührt der Abbruch nun daher, dass die ernährungstherapeutische Beratung nichts brachte oder die Patientinnen durch die andere Therapie (z.B. Psychotherapie) die ernährungstherapeutische Beratung leichter aufgaben? Waren andere Lebensumstände verantwortlich? Waren die Patientinnen für ernährungstherapeutische Beratung noch nicht bereit? Konnten sie die Essstörung nicht loslassen? Gab es zu starke Ambivalenz oder zu große Scham zu versagen oder sich wieder zu melden? War das Verhältnis der Patientinnen zur Ernährungsberaterin gestört? Die Antwort auf diese Fragen war nicht Ziel dieser Untersuchung.

Schlusswort

Wir konnten bei 12 Patientinnen zeigen, dass eine ernährungstherapeutische Beratung den Zugang zu einer erfolgreichen Therapie der Essstörung ermöglicht und körperliche Symptome, die auf die Ernährung zurückzuführen sind, vermindert. Diese Studie warf aber auch viele neue Fragen auf, die in zukünftigen Studien mit mehr Patientinnen untersucht werden müssen.

Hinweis

Es wurde auf eine Unterscheidung der männlichen und weiblichen Patient/Innen verzichtet und nur die weibliche Form verwendet.

Literatur

- ¹ Winkler G, Döring A. Kurzmethoden zur Charakterisierung des Ernährungsmusters: Einsatz und Auswertung eines Food-Frequency-Fragebogens. *Ernährungs-Umschau* 1995; 42: 289 – 291
- ² Winkler G, Döring A. Validation of a short qualitative food frequency list used in several German large scale surveys. *Z Ernährungswiss* 1998; 37: 234 – 241
- ³ Pudel V, Westenhöfer J. Fragebogen zum Essverhalten (FEV). Göttingen: Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe, 1989
- ⁴ Jacobi C, Thiel A, Paul T. Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. ISBN 3-621-27443-X. Verlag: BeltzPVU, 2000
- ⁵ Keys A, Brozek J, Henschel A. *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1950
- ⁶ Mitchell JE. A review of the controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *J Psychosom Res* 1991; 35: 23 – 31