

Brixen 08.03.2013

Mehrdimensionales Essstörungstherapiekonzept

auch bei schwersten Anorexien
ohne passive Wiederernährungsmethoden



Wally Wunsch-Leiteritz Bad Bevensen

Leitende Ärztin Essstörungstherapiebereich





Klinik Lüneburger Heide

❖ 80 Behandlungsplätze insgesamt

❖ 60-70 Behandlungsplätze für Essstörungen

- inkl. Überwachungsbereich (3 Plätze)
- kein Mindestaufnahmegewicht
- keine Sondenbehandlung



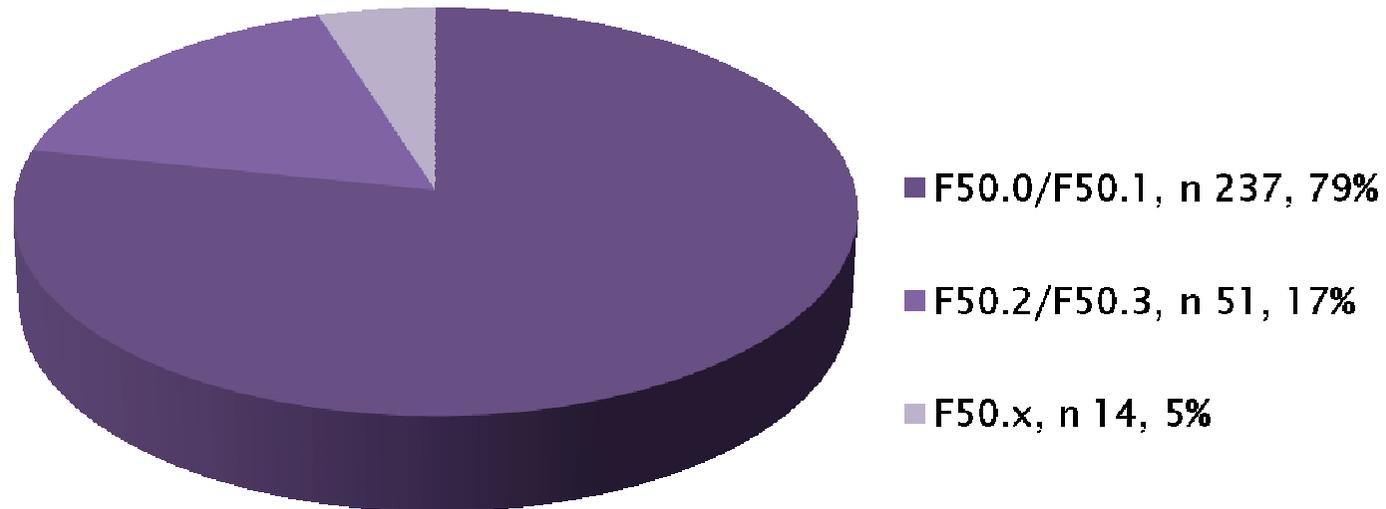
❖ 4 Behandlungsschwerpunkte

- Essstörungen - alle Formen und Schweregrade ab 14. LJ, Jüngere nach Vorstellung und ggf. Mitaufnahme eines Elternteils als Begleitperson
- Essstörungen und ADHS
- ADHS im Erwachsenenalter
- In Kombination mit körperlichen oder anderen psychischen Begleiterkrankungen/ Behinderungen

Ausschluss: akute Psychosen
akute Suizidalität
Alkohol-/Drogenabhängigkeit



Hauptdiagnosen Essstörungen (n 302)



Anorexie dominiert

Aufnahmealter Anorexie Ø 21,3 Jahre (12 – 49J.) (40 % < 18 Jahre)

BMI bei Aufnahme Ø 14,7; (9,4 - 18,1) davon 39 % < BMI 14

Ø wöchentliche Zunahme 500g (450 – 550g)

Aufenthaltsdauer Anorexie Ø 106 Tage;

Aufnahme in 7 altershomogene Bezugsgruppen (nur Anorexien und Bulimien)

(< 15 J. / 15-17 J. / um 18 J. / um 20 J. / um 22 J. / um 25 J. / Ende 20 und > 30J.)

**Bundesweite Aufnahmen inklusive deutschsprachige Pat. aus Luxemburg/
Österreich/Südtirol**

Mehrgleisiges Therapieprogramm

medizinisches Monitoring

Bestandsaufnahme
Überwachung im Verlauf /
Behandlung / Diagnostik

Esspsychotherapie

Essplan gestützte (Wieder)ernährung
(Kalorien und Makronährstoff definiertes
Essprotokoll mit individueller Anpassung)
Nachbetreuung der Mahlzeiten und
Symptomdruckbetreuung

Störungsorientierter Psychotherapieprozess

Gruppendominiert / Einzel begleitend /
Symptomgruppen (Anorexie / Bulimie)

mit Kunst- / Körperbild-Therapie / Eltern- /
Paar-Coaching / Skillsgruppe / soziale
Kompetenzgruppe / Einzelcoaching
Entspannungsverfahren / milde
Physiotherapie / Schule

Unterstützungssystem

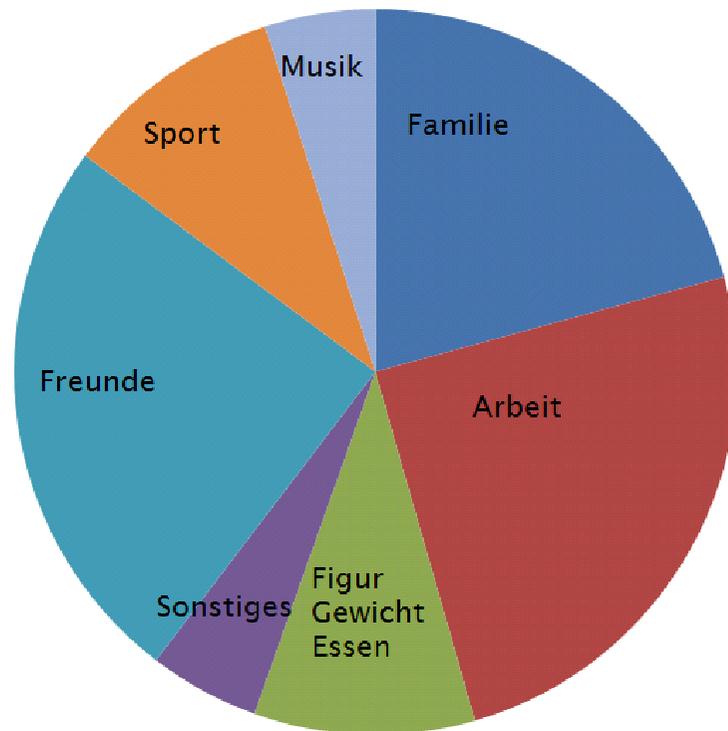
(therapeutisch angeleitet) essgestörter und
damit verstehender und auch Therapie
fortgeschrittener Mitpatientinnen

Organisation der nachstationären Weiterbetreuung

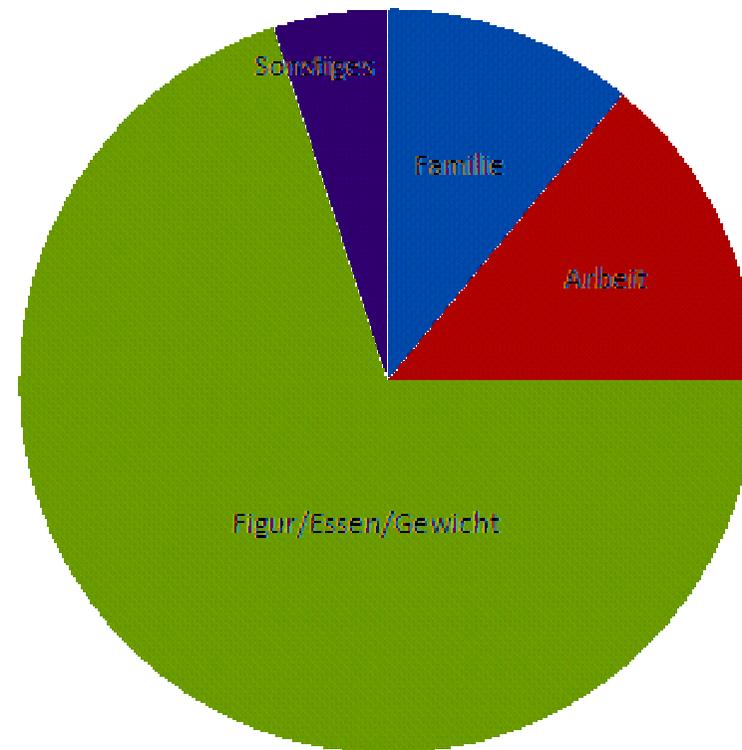
❖ **Einbindung in ein Therapieprogramm mit der stationären Aufnahme**

Überbeschäftigung mit Figur / Gewicht / Essen (nach Fairburn 2010)

gesunde Gleichaltrige



Patientin



❖ Einbindung in ein Therapieprogramm

Transparenz und Kontakt ohne Besuchsverbote oder Kontaktbeschränkungen
aktives Einmischen in familiäre Verstrickungen

Unterstützungssystem verstehender essgestörter MitpatientInnen

therapeutisch angeleitet, durch Doppelzimmer (gleichaltrig) intensiverer
sozialer Rückhalt und soziale Kontrolle möglich, Zimmerwechsel werden
aktiv gefördert (soziales Kompetenztraining in vivo)

❖ **Medizinisches Monitoring / Behandlung** mit Überwachungseinheit / Rollstuhl

Monitoring der Hf (v.a. nachts); Elektrolyte (K, Na, Mg, Phosphat)
nächtliche BZ-Kontrollen, Körpertemperaturmessungen
Toilettenüberwachung
Bewegungsüberwachung /-eingrenzung / Begleitung
Nachbetreuung bei Symptomdruck / tägl. Mittagsgruppe
Psychiatrische Betreuung / ggf Medikation

bei BMI < 12
bei Kalium < 3 mmol/l
bei Hf < 40
größerer Perikarderguß

- - -

schweres bulimisches und / oder
selbstverletzendes Verhalten
schwerer Bewegungsdrang

❖ Medizinisches Monitoring: Kritische BMI-Grenzen

- **< BMI 17,5 / < 10.PZ anorektisches Gewicht**
- **< BMI 15 / <3.PZ stationäre störungsorientierte Behandlung (Leitlinien)**
- **< BMI 14 kritisch niedrig (da Organmanifestationen)**
- **< BMI 12 lebensbedrohlich niedrig**
- **< BMI 10 mit dem Leben nicht mehr vereinbar**

Beispiel für BMI 14: 1,70 m Größe/60 kg Körpergewicht – $1/3 = 40$ kg

APA-Behandlungsleitlinie: Gefahrenindikatoren

Im Vordergrund stehend:

Kardiale Komplikationen und bedrohliche Elektrolytstörungen

- Herzfrequenz < 40
- Blutdruck $< 90/60$ mm Hg
- Nüchternblutzucker < 60 mg/dl
- Kalium $< 3,0$ mmol/l oder andere schwerwiegende Elektrolytstörungen (v.a. Hypophosphatämie oder Hyponatriämie)
- Hypothermie < 36 °C
- Dehydratation
- andere wesentliche Beeinträchtigungen von Nieren, Leber, Herz (größerer Perikarderguss)
- Untergewicht $< 15,0$ BMI bzw. < 3 .Alters-PZ

Rückläufigkeit/Normalisierung medizinischer Folgen und Komplikationen:

➤ **Im Verlauf von wenigen Tagen bis 2 Wochen:**

Herzfrequenz, QTc-Zeit, Elektrolyte, inklusive Phosphat (neigt mit Wiederernährung zum Absinken – cave: Infusionsernährung, günstig: Phosphat reiche Ernährung),
Kreatinkinase: bewegungsabhängig

➤ **Im Verlauf von Wochen:**

Leberwerte, Cholesterin, Leukozyten, Perikarderguss, Beschwerden von Seiten des Magen-Darmtrakts infolge von Atonie und Peristaltik-Störungen, wie Schmerzen, Krämpfe, Blähungen, Verstopfung, Übelkeit, Völlegefühl

➤ **Nur zögerliche Rückbildung, Erreichen des Normalgewichts erforderlich:**

regelmäßige Periode, Osteopenie/Osteoporose, Störung der Nierenfunktion, FT3-Erniedrigung, Fertilität

❖ Ess-Psycho-Therapie

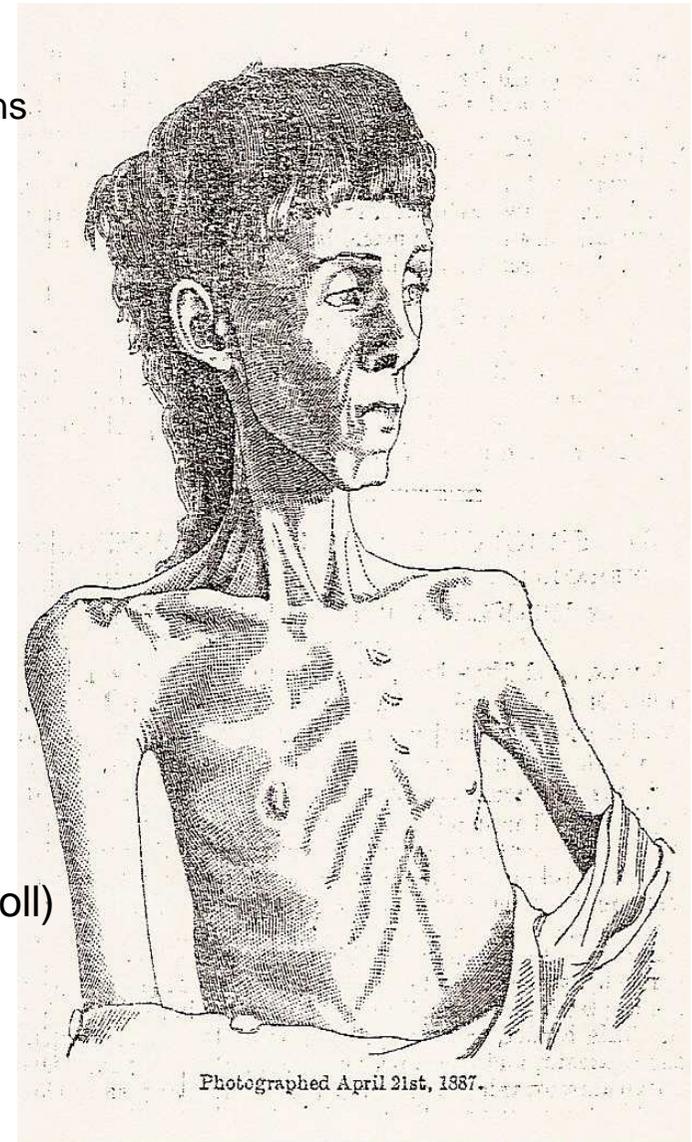
ist mehr als Ernährungstherapie, sie ist diese ergänzt um das konkrete Durchsetzen des Essens mit der direkten Auseinandersetzung um die Dysfunktionalität essgestörten Verhaltens

Sir William Gull 1873:

„Die Patienten müssen zu regelmäßigen Zeiten gefüttert werden, in Gegenwart von Personen, die sie moralisch unter Kontrolle haben“

Ernährungsmanagement ohne Magensonde:

- Essplan gestützte betreute Wiederernährung (Grundlage: Kalorien / Makronährstoff definiertes Essprotokoll) mit individueller Anpassung
- Verantwortungsübernahme durch die Ernährungsfachkräfte
- aktives Eingreifen gegen (ess)gestörtes Verhalten
- Bewegungsreduktion
- Nachbetreuung der Mahlzeiten im Überwachungs(wohn)zimmer
- sehr hohe Ansprechrare



„Perversion des Ego“

Unterschied zu anderen verhaltenstherapeutischen Ernährungsprogrammen:

Verantwortungsübernahme durch das Personal:

- für die Auswahl / Zusammensetzung und Größe der Portionen
- der Zeit zum Essen
- der Durchsetzung des Aufessens
- dem sofortigen / jederzeitigen Ansprechen / Korrigieren essgestörten Verhaltens
- der Sinnhaftigkeit des Austauschs von Mahlzeiten bzw. Anteilen davon
- für das Nachtrinken / den Ersatz der Mahlzeiten oder Teilen davon durch hochkalorische Flüssignahrung (Fresubin) oder Milch

**damit keine Selbstbedienung am Buffet und
keine Eigenverantwortlichkeit für die Ernährung !**

Esspsychotherapie: die einzelnen Bausteine

- Stufenplan (BMI-Erfassung und Regelwerk-Beschreibung)
- Aufnahmegespräch mit Ernährungsfachkraft am Aufnahmetag (Ernährungsanamnese mit erster Essplanerstellung, Essplan wird Pat. ausgehändigt)
- „Betreutes Essen“: Tellerservice, Zeitbegrenzung, gezielte Interventionen gegen essgestörte Verhaltensweisen mit aktivem Einschreiten der Ernährungsfachkräfte
- Mittagsessstörungsgruppe (Großgruppe, getrennt nach Anorexie und Bulimie, alle Pat.)
- Einzeltermine zur individuellen Gestaltung des Essplans (ggf mehrfach wöchentliche Anpassung/Änderungen), sehr beliebt / unbegrenzt
- Portionstraining (sog. Löffeltraining), später Lehrkücheneinheiten (kein betreuter Einkauf)
- Abschlussgespräch mit Essplanerstellung für zu Hause und weitere Emailkontakte mit wöchentlichen Rückmeldungen des Gewichts und der Möglichkeit zu weiteren Essplananpassungen / jederzeitiger Miteinbezug der Familienangehörigen (v.a. der Mütter)

KOMPETENZZENTRUM FÜR DIE
BEHANDLUNG VON ESSSTÖRUNGEN
IN BAD BEVENSEN



CHEFARZT
DR. MED. ANDREAS LEITERITZ
FACHARZT FÜR PSYCHOSOMATISCHE 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
WUNSCH-LEITERITZ@KLINIK-LUENEBURGER-HEIDE.DE

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

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

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 \leq 14)

1. Wöchentliche Gewichtszunahme **500—1000g**
2. Betreutes Essen
3. Tellerservice (entsprechend der mit den Ernährungsfachkräften errechneten Kalorienmenge pro Tag zur Zunahme **von** mindestens 500g/Woche, ggf. flüssige Zusatznahrung)
4. tägliches Wiegen (**mit** Schwestern, **nüchtern** - mit leerer Blase - und immer nur in **Unterwäsche**)
5. Bewegungsreduktion: Kein Ausgang (**lediglich** Klinikgelände), kein Treppensteigen, nach jedem Essen **1 Std.** Ruhen
6. Keine 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 Mipatienten bzw. therapeutisches Personal

Stufe 2:

Grenzwert 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 Essen
6. Körperl. Anwendungen, s. **Stufe 1**

Evtl. Tanztherapie und Entspannungsangebote bei gutem Verlauf und Gewichtszunahme (mind. 700g)

Falls keine adäquate Zunahme:

Erhöhung der Kalorienmenge/Tag, Bewegungsreduktion, ggf. auch Rückgang in 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 Ruhephasen, **normaler** Ausgang
5. Aktive Krankengymnastik und Massagen 2x pro Woche je 20 Min. möglich

Falls keine adäquate Zunahme:

Erhöhung der Kalorienmenge/Tag, Bewegungsreduktion, ggf. auch Rückgang in Stufe 1

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.

Strukturierter Essplan: Festlegung des gesamten Essens

- ❖ **Festgelegte Essenszeiten**

3 Hauptmahlzeiten und 2-3 Zwischenmahlzeiten (z.B. auch spät abends bei Hypoglykämien)

Dauer: Hauptmahlzeiten: 30 (40) Minuten

Zwischenmahlzeiten: 15 - 20 Minuten

- ❖ **Kalorien definierte, vorher abgesprochene Essmengen**

40 - 80 kcal/kg KG/Tag zum Zunehmen (**0,5-1kg/Wo**)

30 – 40 kcal/kg KG/Tag (zu Beginn laut Leitlinien)

- ❖ **Makronährstoff definierte Zusammensetzung**

40% Fettanteil (zum Kleinhalten der Portion)

hochwertige pflanzliche Fette, 45 % Kohlenhydrate (günstig komplexe KH)

15 % Eiweiß; vegetarisch jeden Tag möglich, vegan sehr selten angefragt

- ❖ **Beachtung einer Trinkstörung:** häufig (3/4 aller AN Pat.)

- ❖ **Esskultur**

Erstellung des Essplans beginnt am Aufnahmetag

Pat.: 36 kg / 1,70m Größe / BMI 12,5
40 kcal/kg KG mit 40 % Fettanteil; Essplan :1440 kcal

Psycholog. Motto: „einen Plan haben“
als Halt und Gegengewicht zum pathologischen Halt
in der Esskontrollsymptomatik



I. Frühstück	340	kcal	g Fett
1 Mehrkornbrötchen (60g)	140	kcal	0
1 Tl. Frischkäse	40	kcal	4
1 Scheibe Käse 20g, mind. 45%Fett i.Tr.	80	kcal	7
1 Obst	80	kcal	

II. Frühstück	300	kcal	g Fett
200 ml Milchschaue	200	kcal	8
1 El Nussmischung	100	kcal	8

III. Mittagessen	350	kcal	g Fett
1 halbe Portion Mittagessen ohne Dessert	300	kcal	max.
1/2 Becher Saft	50	kcal	18

IV. Kaffeemahlzeit	230	kcal	g Fett
Obst oder Obstsalat	80		0
Milchspeise	150		8

V. Abendessen	220	kcal	g Fett
1 Scheiben Schwarzbrot	100	kcal	0
1 Tl. Butter/ Margarine, 10g	40	kcal	4
1 Scheiben Käse, mind. 45%Fett i.Tr. oder 1 Scheiben Wurst	80	kcal	7
1 Schälchen Rohkost			

VI: Spätmahlzeit	0	kcal	g Fett
	1440	kcal	64 g Fett

Essplan mit 1440 kcal & 40% Fettanteil

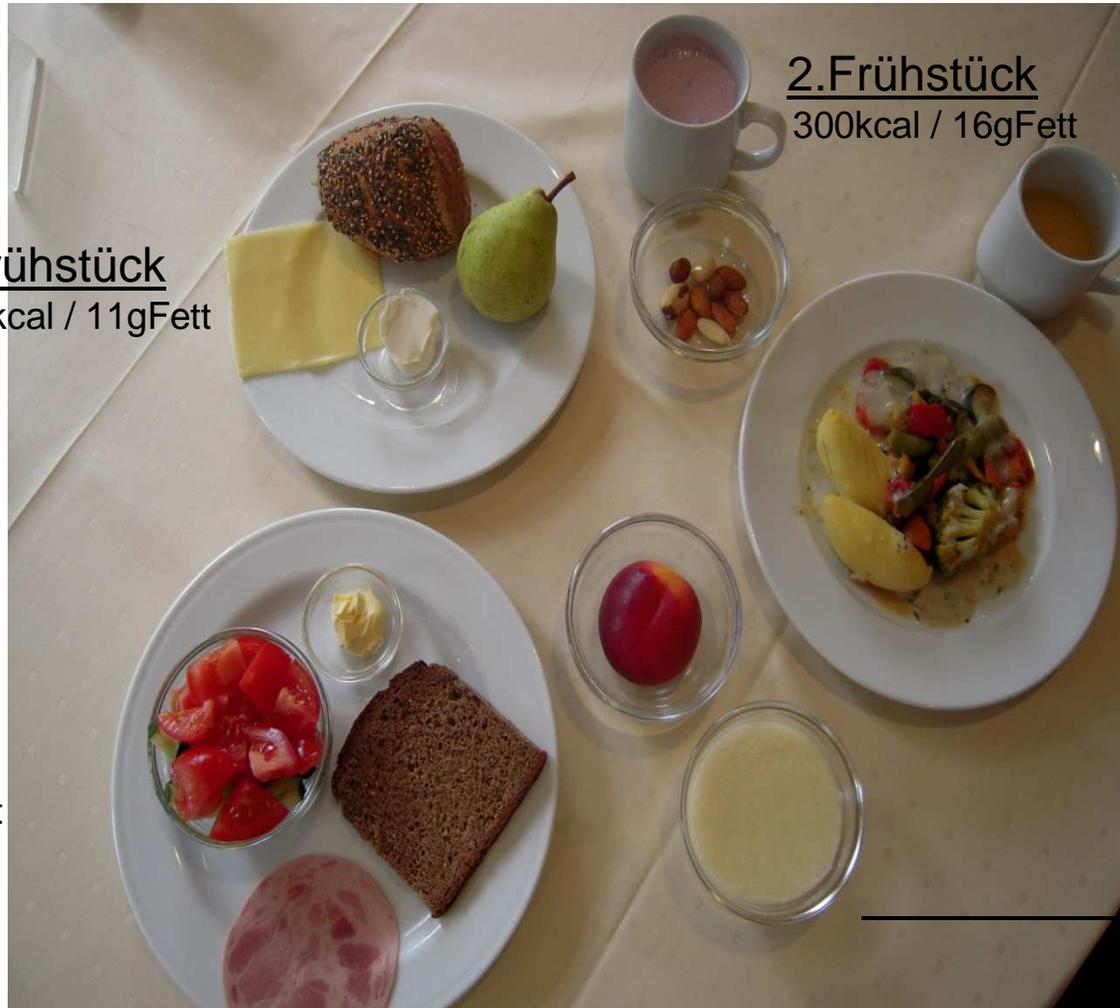
1.Frühstück
340kcal / 11gFett

2.Frühstück
300kcal / 16gFett

Mittagessen
350kcal / 18gFett

Abendessen
220kcal / 11gFett

Nachmittags-ZM
230kcal / 8gFett



Essplan-Anpassung nach jedem Wiegen und in der wöchentlichen Zusammenschau (Wochengewicht)

zum Zunehmen

- in 200 kcal Schritten oder als
- z.T. als Fetterhöhung (bis zu 10g), um Volumenbelastungen zu reduzieren

individuell nach dem Gewichtsverlauf (nach festgelegten Wiegeplan)
bei Gewichtssprüngen/Ödemen (eher selten) vorsichtigeres Vorgehen
keine (relevanten) Refeedingprobleme (zentral Phosphatmangel)
Ödeme am ehesten bei bulimischen Anorexien



200 ml Milchshake

200 kcal

200 kcal



Obstsalat 80 kcal

1 Milchspeise 150 kcal

230 kcal

Fetterhöhung

wenig Fett: 2-3 g



mehr Fett: 6-7 g



Fetterhöhung

wenig Fett: 5 g Butter/Margarine



mehr Fett: 10 g Butter/Margarine



Wesentlich im Essprotokoll:

- **Einhalten des Essplans**
- **Kein zusätzliches Essen**
- **Nichts weglassen wegen der Gefahr von Gegenregulationen**
- **alle wissen Bescheid / Transparenz**

„ Wenn das Einhalten des Essplans und die Schwierigkeiten damit im spürbaren Mittelpunkt des Interesses aller steht und alle damit respektvoll umgehen, tun es dadurch auch zunehmend die Betroffenen “



Eskalationsstufen in der Durchsetzung des Aufessens / Essplan einhalten

- Angemessener Ersatz (anfangs auch komplett durch hochkalorische Flüssignahrung)
- Nachbetreuung in der Überwachungseinheit („Überwachungswohnzimmer“) neben der MZ
- Hinzuziehen der Therapeuten / der ltd. Ärztin (abends bis zu stündl. Telefonaten)
- kein Beginn der Therapiestunde ohne Aufessen, keine Mitnahme über den Tag oder in den nächsten Tag

„es kann nichts weitergehen ohne angemessene Ernährung“

- Hinzuziehen hilfreicher, fortgeschrittener Mitpatientinnen
- Hinzuziehen der Angehörigen bis zu deren ganztägigem Verbleib in der Klinik (besonders bei den jüngeren Jugendlichen)

Basis und Grundsatz unseres Ess-Psycho-Therapie-Konzepts:

Patienten im Hungerzustand (eine Hormon- und Stoffwechselkrankheit) mit

mangelnder Krankheitseinsicht und

Körperbildstörung

können typischerweise **keine angemessene Eigenverantwortung** mehr übernehmen, was sie durch ihr Verhungern mit der Einengung auf die Esskontrollsymptomatik auch aufzeigen. Es macht deshalb auch keinen Sinn auf Eigenverantwortlichkeit und selbständiges Essen zu drängen, diese braucht erst wieder aufbauen. Deshalb delegieren wir die Verantwortung für die Wiederernährung zunächst und geben sie parallel mit dem Wiederaufbau einer angemessenen Eigenverantwortlichkeit im Gesamttherapieprozess wieder zurück:

- dem Tellerservice folgt als nächster Schritt
 - das Vorzeigen des selbst portionierten Tellers mit sofortiger Korrektur durch eine EF und die Teilnahme an der Esspsychotherapieeinheit „Portionieren“*
- wenn die Portionierung (mehrere Tage) stimmt, kann
 - eigenständiges Portionieren und Essen im Kreis verstehender / angenehmer Mitpatientinnen (Selbstausswahl) begonnen werden*
- ein jederzeitiger Rückgang in die betreute Ess- oder Vorzeigesituation findet nach Bedarf (und vorheriger Diskussion in der täglichen Mittagsgruppe zusammen mit allen) statt

Umgang mit typischem Problemverhalten

- klein schneiden, sezieren, zerstören der Speisen, um sie zu entwerten; spielen mit dem Essen, verschmieren und verschwinden lassen, um Kalorien zu reduzieren: **ersetzen**
- Fettphobie: **Essplangestaltung (Oliven/Nüsse)**
- Zwänge / Rituale: **aktives Einschreiten**
- Angst vor Unverträglichkeiten (besonders Laktoseintoleranz) und Nahrungsmittelallergien (selten): **beachten**
- Gewichtsmanipulationen: Wasser vortrinken, Zusatzgewichte beim Wiegen: **Neustart**



Esskontrollsymptomatik: Essen verschmieren und verstecken

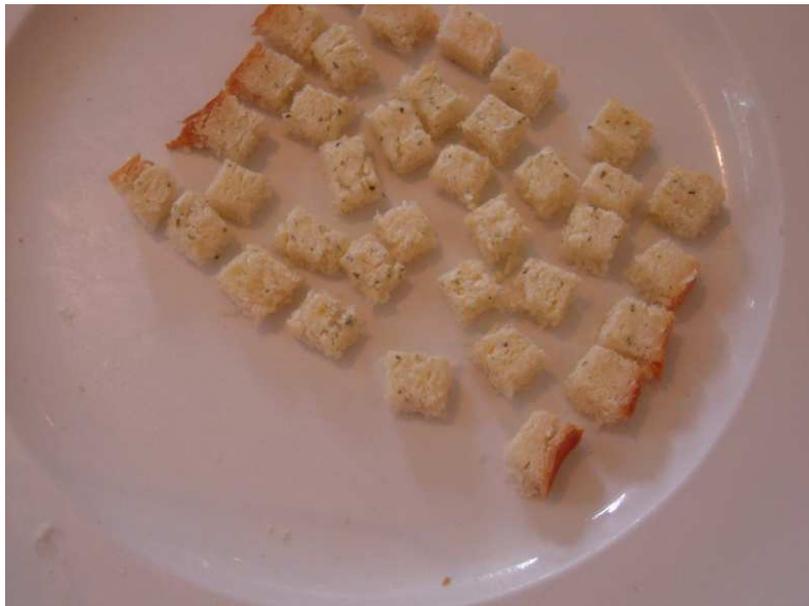


„wenn du wütend bist, lass Reste“

„versuch dein Bestes beim Kalorien vermeiden“

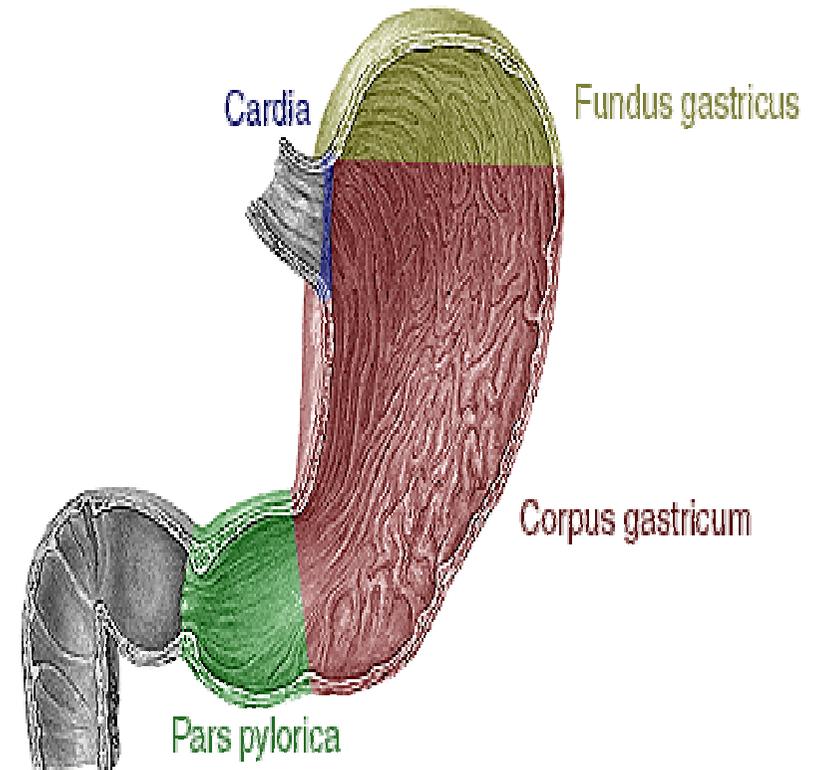


Kleinschneiden und sortieren



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; Motilitätsstörungen; Lösung: hochkalorische Flüssignahrung**
- Bauchbeschwerden bei der Wiederernährung fordern das Aufhören des Essens: **nein, aber möglicherweise die Umgestaltung des Essplans**
- nach 18 Uhr essen macht besonders dick: **nein, das kann auch vor 18 Uhr passieren!**



Gewichtsverlauf

Mittagsessstörungsgruppe

Name	H
Vorname	L
Größe	1,65
1. Nüchterngewicht	31,0

ST. 2 = 38,1 / ST. 3 = 42,2 / St. 4 = 47,6 / NG = 50,4

Datum	Gewicht	BMI	Stufe	kcal	Fett [g]	% Fett	kcal/kg	Vereinbarung	? Zunahme [g]
07.02.11	31,3	11,5	1,0	1600	70	39%	51	zuletzt fast gar nichts mehr gegessen, hat Angst vor essen und Zunahme, schneidet in kleine Stücke und sehr langsam, teil AE mit Fresubin ausgeglichen	
08.02.11	31,0	11,4	1,0			#DIV/0!	0	1. Nüchterngewicht	
09.02.11	31,1	11,4	1,0			#DIV/0!	0	Zeit, wird FE nicht fertig tüdelt rum, will im Mai Abi machen, will noch zuwarten	
10.02.11	30,9	11,3	1,0			#DIV/0!	0		
11.02.11	31,2	11,5	1,0			#DIV/0!	0	reagiert nicht darauf, das Obst nicht kleiner zu schneiden, Teil ME mit Fresubin ausgeglichen, mußte Milch in MG zu Ende trinken, da in MZ kein Vorwärtskommen,	
12.02.11	31,3	11,5	1,0			#DIV/0!	0	300g, FE=1/4 Brötchen mit Belag in Milch in MZ, 10ZM in halber Stunde, MEgrößtenteils geklappt, Rest in MZ	
13.02.11	31,5	11,6	1,0			#DIV/0!	0	für 100 ml Milch Rest vom FE, fragt nach B.Naturj.im 1.FE=weil geöffnet=falsch berechnet=Mengen anzweifelnd=NEIN, sonst Jogh.rausnehmen,	

Regelungen bzgl. des Wiegens

- immer morgens nüchtern (zum festgelegten Wiegetag, zuhause in Eigenregie)
- Wochengewicht immer am selben Wochentag
- mit entleerter Blase (Stuhlgang spielt keine Rolle)
- in Unterwäsche
- in Begleitung (**zum Auffangen von Krisen**)
- Gewicht selbst ablesen oder mitteilen lassen
- Protokollieren mit Anlegen einer Gewichtsverlaufskurve (bei Jugendlichen zuhause zur Einsicht für die Eltern)

Wiegen:

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

Einflussnahme auf das Bewegungs- und Sportverhalten

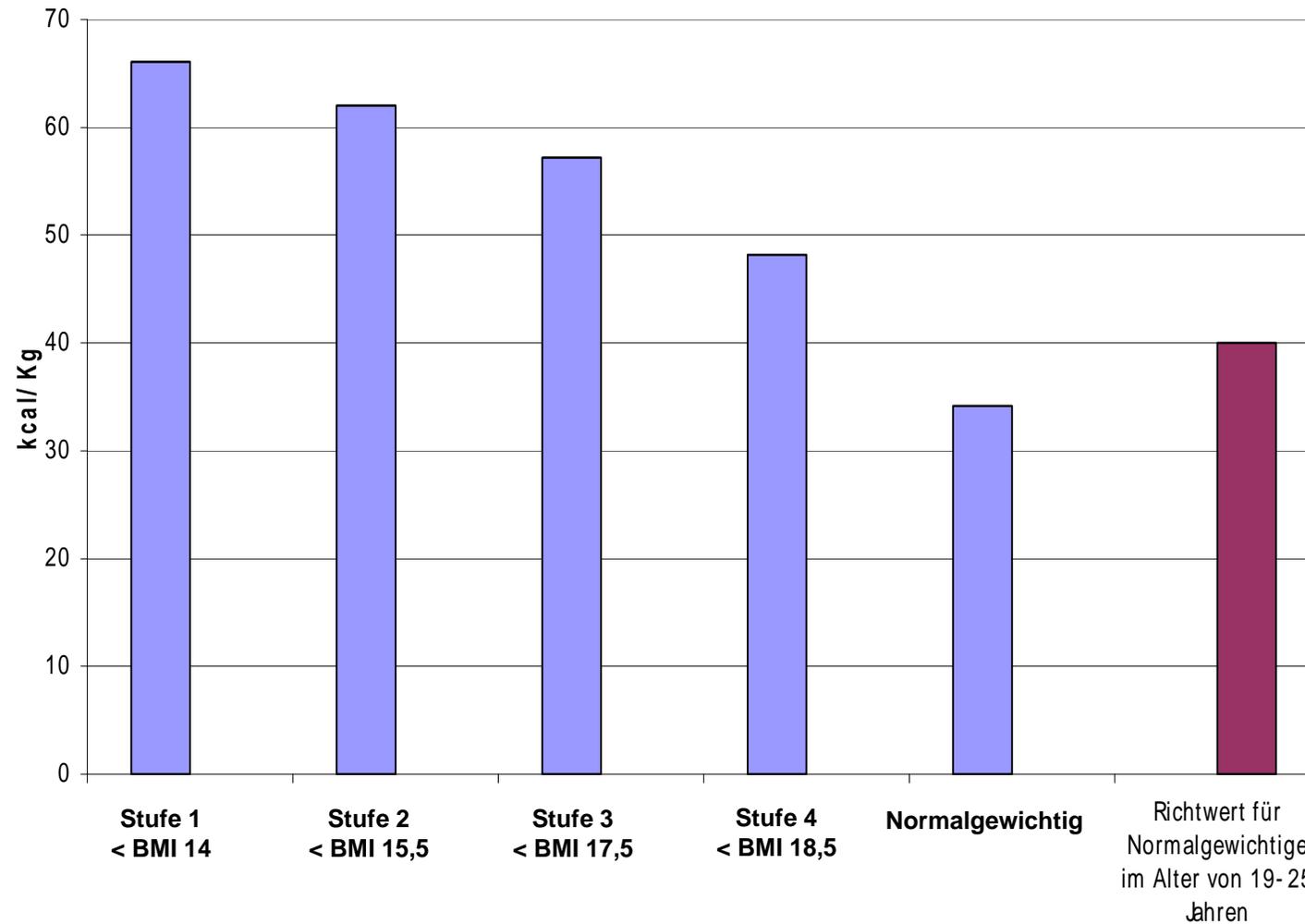
- Normalgewicht Sporttherapie (dosierte / angeleitete Sporteinheiten)
- < Normalgewicht kein Sport
- < BMI 17,5 Bewegungsreduktion: Einteilung nach Schweregrad und Gewichtsentwicklung im Verlauf
- < BMI 14 nur Klinikgelände
kein Ausgang, keine Spaziergänge
- < BMI 12 Rollstuhl und Überwachungseinheit

Portionieren „Löffeltraining“



Durchschnittliche Energiezufuhr/kg KG/Tag

Leitlinien: Beginn mit 30-40 kcal/kg KG/Tag



❖ Störungsspezifischer Psychotherapieprozess:

Essgestört ist :

*wenn Essen die missbräuchliche Funktion hat,
Probleme, die ansonsten unlösbar erscheinen,
auf diese Art zu bewältigen (Hilde Bruch)*



Patientenseite:

„ich kann nicht essen“ wird übersetzt in „was kann ich eigentlich nicht?“

„ich bin zu dick“ ist übersetzbar in „ich bin zu viel“ oder „was ist eigentlich zu viel für mich?“

„Ich habe ein schlechtes Körpergefühl“ wird überführt in „ich habe ein schlechtes Gefühl“

Personal-/ Angehörigenseite:

„iss doch mal“ stattdessen “was ist los mit dir, dass du nicht essen kannst?“

❖ Störungsspezifischer Psychotherapieprozess:

in Bezugsgruppen (nur Anorexien und Bulimien, 4 x wö 1 Doppelstd.) in etwa der gleichen Altersgruppe; Gruppe als sozialer Bezugsrahmen im Alltag; passives Eingebundensein gegen sozialen Rückzug (besonders auch bei Pat. im Niedriggewichtsbereich), Kunst- und Körperbildtherapie

Psychodynamisches Verstehen / verhaltenstherapeutisches Anleiten

Selbst- und Körperakzeptanz

- Autonomie/Abhängigkeits- und
- Schuldkonflikte
- Identitäts- und Selbstwertkonflikte
- gestörte Affektregulation (Ich-Dysfunktion)
- Gewichtspubie (Essstörungen als phobische Störungen sehen)



Konflikte zwischenmenschlich austragen und nicht über das Essen/den Körper

❖ **Störungsspezifischer Psychotherapieprozess:**

● **fortgesetzte Motivationsarbeit; Krankheitsverständnis/Störungsmodell (auch über Lebenslinien); Überwindung tiefgreifender Fehlüberzeugungen, wie**

„Normal sein ist überfordernd und ängstigend !?“

„Ein alles durchdringendes Gefühl eigener Unzulänglichkeit“ (Hilde Bruch)

„Gemeinsam begreifen lernen, wofür die Essstörung steht“ (M. Gerlinghoff)

Denkstil unserer Pat.: (neurowissenschaftliche US):

kognitive Rigidität / Unflexibilität (eingeengtes Denken, aufs Detail bezogen sein) und damit eingeschränktes Problemlöseverhalten (Cognitive Remediation Therapie, CRT)

nicht „was denkt die Pat.? “ - „wie (kompliziert/unflexibel) denkt sie?“ – nicht „was tut die Pat.? – sondern „wie tut sie es?“ (Bryan Lask)

Miteinbezug der Eltern in die stationäre Essstörungstherapie

- **Familientherapeutische/Coaching Sitzungen** (inkl. Videomitschnitt)
- **Elternwochen (6x jährlich) als Multifamilientherapie / Coachingeinheit**

Typische Probleme

- mangelnde Eltern-Kind-Hierarchie
- überbesorgter Erziehungsstil
„**high concern parenting**“ und damit zu wenig
Autonomie fördernde Stimuli
- chronisch (schwelende) Paar-Lebenskonflikte
Miteinbezug des vernünftigen, sich anbietenden
Kindes
- Generationenübergreifende Ablöseprobleme

Negative Einstellung der Familie: schlechter Prognosefaktor (Vandereyken)



Nach M. Connors, 1996

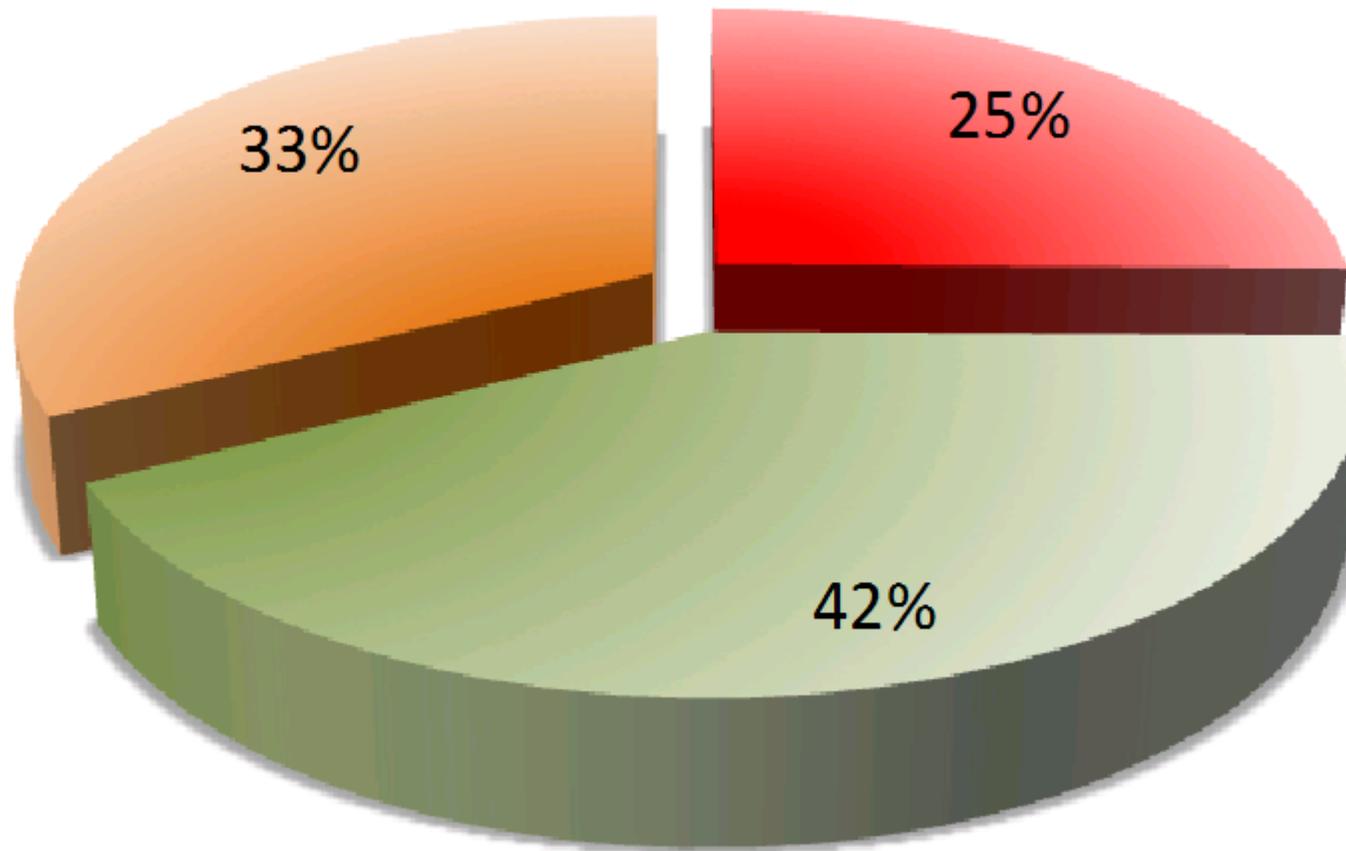
Leitlinien Essstörungen (Herpertz et al. 2010):

„ Ein Hauptziel stationärer Behandlung ist die körperliche Stabilisierung, für die eine ausreichende Gewichtszunahme Voraussetzung ist.

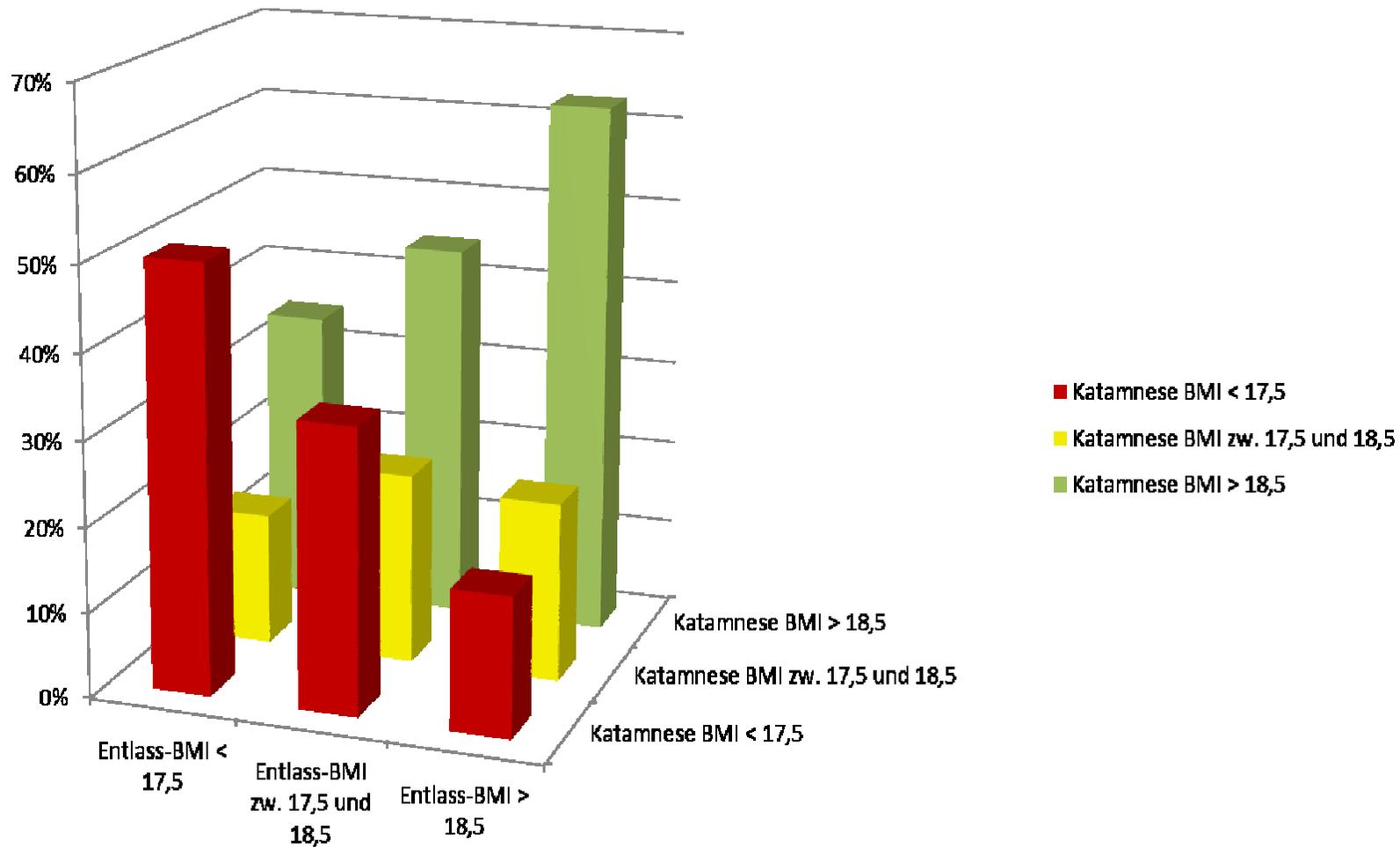
Einzelne Studien legen nahe, dass ein möglichst hohes Gewicht (BMI > 18 kg/m²) angestrebt werden sollte, um das Rückfallrisiko zu mindern“ (Baran et al., 1995; Howard et al., 1999; Lock et al 2003)

Anteile Entlassungsgewicht

■ Normalgewichtig ■ Untergewichtig ■ Unterhalb Anorexiegrenze



Gewichtsgruppen Entlassung und 12-Monats-Katamnese (in %)



**„Die Gewichtszunahme
ist nicht alles,**

**aber ohne die
Gewichtszunahme**

ist alles nichts ! “

! Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

