

Kompetenzzentrum Essverhalten, Adipositas und Psyche spitalzofingen ag

www.spitalzofingen.ch/kea

Institutionenbesuch SGES



www.spitalzofingen.ch
www.ksa.ch

Kantonsspital
Aarau



Warum interdisziplinär?

Periphere Faktoren

- Cephaler Reflex
- Magenerweiterung, -kontraktion
- Peptide (z.B. CCK)

KONTEXT

- Verfügbarkeit
- Auswahl
- Situation

Kognitive Faktoren

- Diäten/Restriktion
- Haltungen, Überzeugungen
- Wissen
- Gewichts- und Figursorgen

Affekt

- Stimmung, z.B. Depression
- Stress, Ärger

PHYSIOLOGIE

Energiregulation

- Bedarf
- Verbrauch
- Metabolismus

Zentrale Faktoren

- NA, Serotonin, DA
- Hormone, Peptide
- Brain-Gut-Axis

KULTUR

- Religion
- Kultur
- Alter
- Sozialer Rahmen

Nahrung

- Geruch, Geschmack
- Sensorische Qualitäten
- Inhaltsstoffe

PSYCHOLOGIE

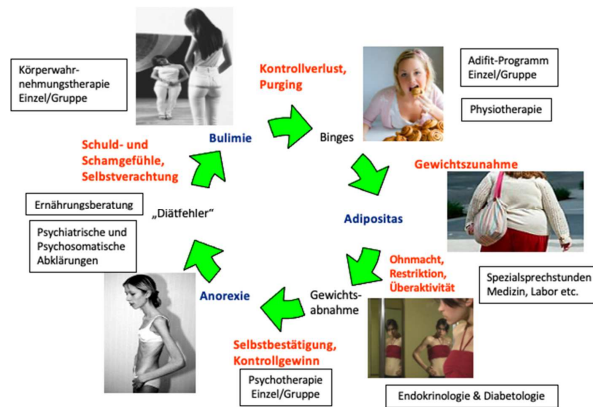
Lernen und Entwicklung

- Konditionierung
- Vorlieben/Aversionen
- Frühe Exposition
- Modelle
- Elterliche Einflüsse

2

spitalzofingen ag | Ein Unternehmen der KSA-Gruppe

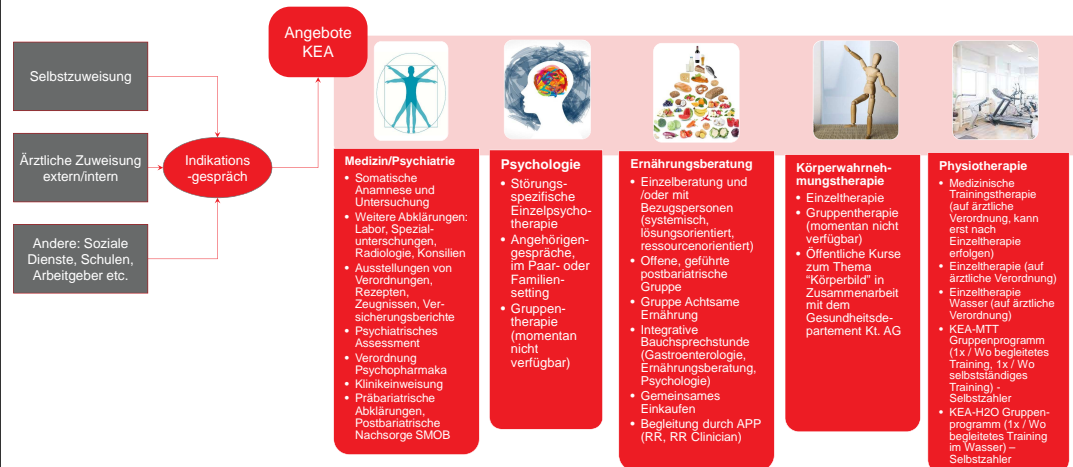
ESSSTÖRUNGEN ALS KONTINUUM



Ein Unternehmen der KSA-Gruppe

3

Ablauf und Angebote im KEA



4

spitalzofingen ag | Ein Unternehmen der KSA-Gruppe

Fallvignette

- K., weiblich, *16j.
- Ab 9. Lj. auffallendes Essverhalten: Naschen, schnelles Essen, "nie genug", nimmt zu, unregelmässiges Essen
- Umzug vor 10 Monaten in die Nähe der Grosseltern, Stellenwechsel des Vaters. Mühe mit Schulwechsel, Verlust Freundeskreis, Einsamkeitsgefühl, selbstverletzendes Verhalten, Akne?
- → Gewichtsanstieg bis 75 kg, 158 cm
- Jugendliche Adipositas, BMI 30.1 kg/m²
 - Überbeschäftigung mit Figur, Nahrung, Essverhalten
 - Restriktion (gar nichts essen) wechselnd mit Kontrollverlust und Erbrechen
 - Traurigkeit, Reizbarkeit
 - Kniebeschwerden beim Turnen
 - sozialer Rückzug, Absenzen in der Schule

5

Bezugssystem



6

Somatische Situation

- 75 kg, 158 cm, BMI 30.1 kg/m², übriger Status unauffällig, abgesehen von leicht entzündeter Gesichtsakne mit Kratzeffekten
- Labor: bland
- PA: übliche Kinderkrankheiten
- FA: Mutter adipös, St. n. lap. Roux-Y-Gastric Bypass vor 3 Jahren, Grossmutter ms übergewichtig
- SysA:
 - Fasten wechselnd mit Kontrollverlust und Erbrechen ca. 1-2x/Woche, keine Laxantien, häufig müde, Einschlafstörungen
 - Belastungsabhängige Kniebeschwerden, Absenzen im Turnen, kein Sport ausserhalb Schule

7

Psychotherapie

- 14 tgl. kognitiv-verhaltensorientierte Sitzungen im Einzelsetting, wechselnd mit Familiengesprächen, aktuell monatlich
- Arbeitsweise:
- Motivationsklärung bei Jugendlicher und Bezugspersonen
 - Psychoedukation, Erklärungsmodell
 - Familienmodell, Klärung Bezugssystem
 - Bedürfnisse, Trigger, Stimuluskontrolle
 - Aufbau von alternativen Bewältigungsstrategien
- Themen:
- Angst vor weiterer Gewichtszunahme, Gedankenkreisen, restriktives Essen
 - Rolle der Essverhaltens als regulatorische Instanz
 - Akzeptanz des eigenen Körpers, Selbstwert
 - Selbstfürsorge und Selbstverbalisation
 - Körperliche Aktivität (Funktionalität, Einheiten anpassen, auf Körper hören)
 - Beziehung zu Familie, Freunden
 - Schwierige schulische und Alltagssituationen

8

Verletzte Grundbedürfnisse & Bewältigungsmodi bei Binge-Eating (Pugh, 2015)

Bindung

- Verlassenheit/Instabilität
- Emotionale Vernachlässigung
- Unzulänglichkeit/Scham

Autonomie

- Abhängigkeit Inkompetenz
- Verletzbarkeit/Katastrophenschema
- Versagen

Distanzierter Beschützer

- Wirkt Emotional nicht fassbar, nicht zugänglich
- Gedanken statt Gefühle (Rationalisieren)
- Psychosomatische Symptome

Vermeidender Beschützer

- Vermeidung der Situation selbst

Distanzierter Selbstberuhiger

- Gefühlsvermeidung durch Ablenkung oder Stimulation (Essen)

Impulsivität

- Mangelnder Belohnungsaufschub
- kann nicht auf kurzfristige Verstärker verzichten zugunsten langfristiger Ziele und Werte
- Kommt vor, wenn das überkontrollierte Verhalten nachlässt

Transdiagnostisches Modell (Fairburn, 2007)

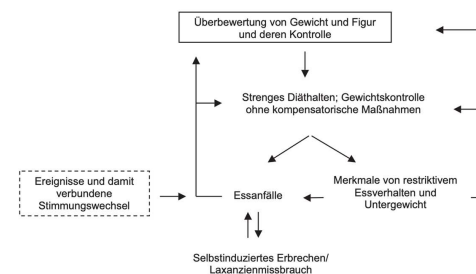


Abb. 10.2. Transdiagnostisches Modell (Fairburn 2007, mit freundlicher Genehmigung)

Behandlungsverlauf Psychotherapie

- Die Mutter berichtet, dass K. bis zu ihrem 6. Lebensjahr schlank gewesen sei. Den Aufzeichnungen ist zu entnehmen, dass sie im Alter von 5 Jahren mit ihrem Gewicht zwischen der 90. und 97. Perzentile lag.
- Als K. fünf Jahre alt war, sei ihre Schwester zur Welt gekommen und vor 10 Monaten seien sie umgezogen. Die Mutter habe aber keine psychische Belastung bei K. wahrnehmen können. Es sei jedoch aufgefallen, dass sie ihr Bewegungsverhalten reduziert habe und oft lange auf der Toilette bleibe.
- Als Hauptproblem beschreibt die Mutter, dass K. nicht gerne Früchte und Gemüse essen würde, sehr schnell esse und naschen würde. Sie frage immer wieder nach Essen und verspüre kein Sättigungsgefühl. Emotionales Essen wird verneint. K. bewege sich sonst regelmässig mit Schulsport und Basketball in der Freizeit.
- Die Mutter sei sich der Problematik des hohen Gewichts sehr bewusst und habe sich in den letzten Jahren in Zusammenarbeit mit der Kinderärztin sehr bemüht das Ernährungsverhalten von K. in den Griff zu bekommen. K. möchte abnehmen, wirke aber mit der Situation überfordert und beschämt, und äussert immer wieder, dass sie lieber nicht mehr darüber sprechen möchte.
- Die Mutter berichtet von Gewichtsproblemen in ihrer eigenen Kindheit. Seit einem Gastric Bypass 2016 sei ihr Gewicht unter Kontrolle, allerdings sei das Essen nach wie vor eine Herausforderung. Es falle ihr schwer Regeln umzusetzen, da die Kinder sie weniger ernst nehmen würden als den Vater. Wenn der Vater ein Machtwort spreche, würden sich die Kinder daran halten.
- Im Familiengespräch löste die Diskussion der Gewichtssituation zunächst besorgte Vorhaben bei den Eltern aus (z.B. im Sommer mehr Sport zu treiben). Sie wollen mit einer Belohnung für eine Gewichtsreduktion bei ihrem Tochter die Motivation fördern.

Behandlungsverlauf Ernährungsberatung

- K. kommt mehrheitlich alleine in die Ernährungsberatung. Anfänglich Widerwillen im Verlauf offener und kooperativer.
- Im Rahmen der Ernährungseduktion wurde besprochen, welche Lebensmittel der Körper in welchen Mengen und für welche Funktionen benötigt. Die Rolle der Bewegung wurde besprochen. In der Beratung wurden Strategien vereinbart, dass sie die Umsetzung der Empfehlungen schrittweise in ihren Alltag integrieren kann.
- Auch wurde die Rolle der Eltern im Genesungsprozess besprochen
- Verschiedene Umstände führten dazu, dass K. ihr sportliches Freizeitprogramm nicht mehr regelmässig besuchen konnte. Corona- und winterbedingt war sie auch häufiger drinnen und spielte am Handy. Auch war es nicht immer möglich, ausgewogene Mahlzeiten anzubieten
- Die Mutter äusserte Schwierigkeiten beim Durchsetzen der vereinbarten Regeln. Der Vater sei hier eine wichtige Ressource, tagsüber aber bei der Arbeit.
- Die Mutter berichtete, dass K. weniger nach Snacks zwischendurch verlangte und weniger nachschöpfen wolle. Den Süssgetränkconsum hätten sie bei den Hauptmahlzeiten ebenfalls reduzieren können.

Ernährungsberatung

Assesement

- Behandlungsziel ERB / Ziel Patientin, Motivationsklärung
- Ernährungsanamnese: 24 h Recall, Fototagebuch, APP RR, Diäterfahrung
- Arbeitsweise ERB: Antidiätansatz, systemisch-lösungsorientiert, evidenzbasiert, Edukativ, prozessorientiert

Ernährungsdiagnose

Essverhaltensstörungen (NB-1.5) aufgrund begrenzter Einhaltung ernährungsbezogener Empfehlungen (NB-1.6), sichtbar an der ungewollten Gewichtszunahme (NC-3.4)

Ernährungsberatung

Intervention

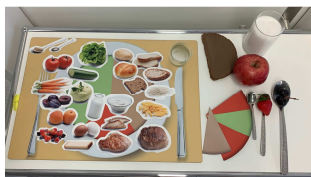
- Ernährungsedukation: Funktion Essen / Trinken, Bedarf, Tellermodell, Mengen, Verdauung, Bewegung / Sport, Gewichtsmanagement
- Prozessbegleitung: SLOB (Ressourcenaktivierung, Ausnahmen, Externalisieren, Anker, usw.)
- Umsetzung, Besprochenes, Experimente – Patient bestimmt das Tempo

Weitere Themen

- Flexibler Tagesplan, Gestaltung der Zwischenmahlzeiten, Mahlzeitenrhythmus
- Rituale, Gemeinsames Essen, Umgang mit speziellen Situationen (Buffet, Einladungen, Feste, usw.)
- Körpersignale, Achtsamkeit und Esstempo (Übungen zu Hunger / Sättigung)
- NM Ampel und Genussteller
- Menügestaltung, Rezepte, Einkaufen, Lagern @ Home (Videocall)
- Supplemente (gemäss Labor)
- Rückfallprophylaxe

Ernährungsberatung

Arbeitsweise



Körperwahrnehmungstherapie

Wer bin ich?

- Kontakt im Hier und Jetzt suchen
- Vorstellungen vom eigenen Körper / Ess- und Verdauungsvorgang
- Erfahrung des Untergrundes (in verschiedenen Lagen), Gewicht abgeben

Wo bin ich?

- Standfestigkeit / Stopps einbauen - sich fragen
- Zentrierungsübungen (Atemtherapie)
- Gehen und sich wahrnehmen über alle Sinne
- Bewegen und Geschwindigkeit

Wie stehe ich in Beziehung?

- Grenzen spüren durch eigenes Berühren, untersch. Berührungsqualitäten
- Berührt und bewegt werden von der Therapeutin / anderen

Wo gehe ich hin?

- Miteinander sprechen und schweigen (klären, ein- und zuordnen: Vergangenes reflektieren, Zukünftiges planen, den Augenblick wahrnehmen)

Behandlungsverlauf Körperwahrnehmungstherapie

- K. kommt anfänglich skeptisch und zurückhaltend in die Körperwahrnehmungstherapie. Sie ist ambivalent zwischen Autonomie und Beziehungswunsch und hat viele gute Gründe, gegen Erwachsene misstrauisch zu sein, ... erst recht, wenn es hier um den Körper gehen soll!
- So kommt dem Beziehungsaufbau lange eine absolut prioritäre Rolle zu und erfordert von der Therapeutin viel Fingerspitzengefühl, Kreativität und Authentizität. Es kann zunächst nicht auf körpertherapeutische Interventionen im engeren Sinne fokussiert werden.
- Ressourcenexploration in Gesprächen und Waldspaziergängen ergibt zum Beispiel auch eine Tanzlektion von der Patientin zur Therapeutin, welche beidseits Spass macht.
- Allmählich werden Atembehandlungen möglich. Die Patientin liegt mit Decke auf der Liege und wird bewegt und berührt. Anfänglich wird jede Bewegung und Massnahme angekündigt, begründet, und dicht verbal begleitet um dem hohen Wunsch nach Kontrolle und Orientierung entgegen zu kommen.
- K. ist erstaunt, wie sie sich danach und währendem neu erfahren kann.
- Allmählich wird diese Eigenwahrnehmung benannt und reflektiert. Mit der Versprachlichung der Wahrnehmungen, welche sonst unbemerkt bleiben, entwickelt K. mehr Bewusstheit für sich selber in diesem Moment, was sich im Verlauf positiv auf ihr gesamtes Selbstbewusstsein auswirkt.

Physiotherapie

Ablauf Physiotherapie

1. Anamnese mit Fokus auf körperliche Problematik, wenn möglich mit Aktivität verknüpft
2. Körperliche Befunderhebung (strukturelle Defizite im Bezug auf Problematik suchen)
3. Behandlung

Physiotherapie

Anamnese:

- Schmerzen in beiden Knien beim Turnen nach 20 Minuten, bis VAS 6/10, dumpf, rund um Knie, turnt reduziert weiter, Beschwerden seit ca. 1 Jahr vorhanden, in den letzten 6 Monaten zunehmend
- Ausser Schulsport keine körperliche Aktivitäten
- Ziel Pat: 45min im Turnunterricht mitturnen können; Gewichtsabnahme (möglichst schnell, möglichst viel)

Befundaufnahme:

- Inspektion: Auffälligkeiten Stand und Gang → Genu valgum bds, plumpes Gangbild, Hyperextension KG im Stand
- Beweglichkeit: Kniegelenke beidseits frei beweglich
- Kraft: M. Quadriceps bds. M4, Ischiocrurale Mm. bds. M4-

Behandlungsverlauf Physiotherapie

Die Behandlung orientiert sich an den strukturellen Auffälligkeiten und den Zielen der Patientin.

- Haltungsschulung im Stand/Gang, Beinachsentraining während Aktivität
- Kraftaufbau der unteren Extremität (zuerst mit Eigenübungen für zu Hause, später Integration in medizinische Trainingstherapie); Integration von Rumpf und oberer Extremität im Verlauf
- Aufgrund Wunsch der Gewichtsreduktion zusätzlich Ausdauertraining
Cave: Ausdauertraining aktiviert katabole Prozesse = Abbauprozesse; in erster Linie ist bei dieser Pat. Muskelaufbau = anaboler Prozess wichtig, um die Schmerzen in körperlichen Aktivitäten zu lindern. Aus diesem Grund sollten Krafttraining und Ausdauertraining an unterschiedlichen Tagen durchgeführt werden, ansonsten werden die verschiedenen Prozesse direkt wieder aufgehoben.

Physiotherapie

Wichtige interdisziplinäre Aspekte in der Physiotherapie:

- Psychologische Gespräche werden der Psychotherapie überlassen, in der Physiotherapie mehr Aktivität integrieren
- Zusammenarbeit mit Ernährungsberatung: Ist der Energiebedarf abgedeckt? Nimmt die Patientin genug Eiweiss zu sich, um einen Muskelaufbau (und somit Gewichtsreduktion) erreichen zu können?

Physiotherapie - Aktuelle Studienlage

-12 wöchiges Aerobic Training, 3x pro Woche (60-90 Minuten Gehen/Velofahren/Rennen) bringt mehr bezüglich BMI/Körperfettanteil/Magermasse/usw. im Vergleich zu reinem Krafttraining (Fernandez-Garcia et al. 2020)

-Studie im Bezug auf der Auswirkung von Spezifisches Krafttraining für Hüft- und Kniemuskulatur und neuromuskuläres Training (Gleichgewicht) 2x pro Woche für 45-60 Minuten bei übergewichtigen Jugendlichen mit Knie Valgus/Varusproblematiken wird durchgeführt, Studienprotokoll mit den Übungen ist bereits online ersichtlich (Horsak et al. 2015)

-Ausdauertraining 3x pro Woche (50min gehen und rennen) im Vergleich zu kombinierten Kraft- und Ausdauertraining 3x pro Woche für 60min zeigen die gleichen positiven Auswirkungen auf Körperfettreduktion und metabolische Risikofaktoren (Alves Monteiro et al. 2015)

-Kalorienreduktion zeigt keinen Einfluss auf die Auswirkungen von Krafttraining bei älteren übergewichtigen Patienten (Nicklas et al. 2015)

Literatur

- Overview | Eating disorders: recognition and treatment | Guidance | NICE
- 051-0261_S3_Esstöerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf (awmf.org)
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41.
- Fairburn CG (2007) Eating disorders: a transdiagnostic protocol. In: Barlow DH (ed) *Clinical handbook of psychological disorders* (4th edn). Guilford, New York
- José Carlos Fernandez-Garcia et al.: Longitudinal Study of Body Composition and Energy Expenditure in Overweight or Obese Young Adults. *Scientific Reports*. 2020
- Brian Horsak et al.: The effects of a strength and neuromuscular exercise programme for the lower extremity on knee load, pain and function in obese children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central*. 2015
- Paula Alves Monteiro et al.: Concurrent and aerobic exercise training promote similar benefits in body composition and metabolic profiles in obese adolescents. *BioMed Central*. 2015
- Barbara J. Nicklas et al.: Effects of resistance training with and without caloric restriction on physical function and mobility in overweight and obese older adults: a randomized controlled trial. *American Society for Nutrition*. 2015

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Fragen?
- Anmerkungen?