



Europäisches Institut
für Stillen und Laktation

Essstörungen in der Schwangerschaft und Stillzeit: Erfahrungen aus der Praxis einer Still- und Ernährungsberaterin

Prof. h.c. Silvia Honigmann, IBCLC, Bsc Ernährung und Diätetik
MAS Gesundheitsförderung und Prävention

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge Eating Disorder
- Fallberichte
- Warum sprechen
Betroffenen nicht mit dem
Gesundheitsfachpersonal?



Anorexia nervosa (AN) / Magersucht

- Lebenszeitprävalenz: 1.7-3.6% (Dahlgren et al 2017)
- Ziel: Dünn sein – starker Gewichtsverlust und Untergewicht (BMI < 18 kg/m²)
 - Restriktives Essen
 - Aktive Massnahmen: exzessive Bewegung, Missbrauch von Laxantien und/oder Diuretika, selbstinduziertes Erbrechen
- Verzerrung des eigenen Körperbildes
- Auswirkungen auf die Gesundheit: Mangelerscheinungen (z.B. Ca, Fe, B12, Folsäure), Amenorrhoe, Osteoporose, Arrhythmien, Störungen im Elektrolytenaushalt usw....

Bulimia nervosa (Ess- Brechsucht)

- Lebenszeitprävalenz: 2.6% (Dahlgren et al 2017)
- Kreislauf aus Heisshungeranfällen und selbst ausgelöstem Erbrechen
- Wechselspiel zwischen Kontrolle und Kontrollverlust
- meist normalgewichtig, möchten jedoch schlanker sein
 - Hungern, unregelmässiges Essen
- Scham- und Schuldgefühle

Anorexie und Bulimie in der Schwangerschaft und Laktation

- Amenorrhoe (AN) / Oligomenorrhoe (BN) = Unfruchtbarkeit?
- Schlechtere Absorption von oralen Antikonzeptiva
- AN - Erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, Frühgeburtlichkeit, Komplikationen bei der Geburt, Sectiones, perinatale Mortalität
- BN - Erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, Frühgeburtlichkeit, Hyperemesis gravidarum und Gestationsdiabetes (Morgan, Lacey & Chung, 2006)
- Herausforderung durch den «neuen Mutter-Körper» - Beschränkung der Gewichtszunahme in der SS, ungesunde Obsession zur Gewichtsabnahme postpartal – Verschlechterung / Rückfall der Essstörung
- Herausforderung durch die neue Rolle als Mutter – Überforderung?
- Erhöhtes Risiko für Depression
 - 50% bei Frauen mit aktiven Essstörung
 - 29% bei Frauen nach Essstörung
 - 10% bei «gesunden» Frauen (Astrachan-Flechter et al., 2008)



The impact of maternal eating disorders on breastfeeding practices: a systematic review

Anna Kaß^{1,2} • Annica Franziska Dörsam^{1,2} • Magdalene Weiß³ • Stephan Zipfel^{1,2} • Katrin Elisabeth Giel^{1,2}

Received: 23 October 2020 / Accepted: 11 January 2021 / Published online: 8 April 2021

© The Author(s) 2021

Binge Eating Disorder (BED) = Anfallartiges Überessen

- Lebenszeitprävalenz: 3-3.6% (Dahlgren et al 2017)
- Wiederkehrende Essanfälle ohne gewichtsregulatorische Gegenmassnahmen (z.B. Hungern, Bewegung, Erbrechen)
- Kontrollverlust (hohes Tempo, unangenehmes Völlegefühl, alleine essen, Selbstvorwürfe)
- Betroffenen ist es häufig nicht bewusst, dass sie eine Essverhaltensstörung haben
- Adipositas (Typ-2-Diabetes, Überlastung von Herz, Gefässe, Gelenke...)

Binge Eating Disorder in Schwangerschaft und Laktation

- ▶ In der Schwangerschaft: Erhöhtes Risiko für Hypertonie, Präeklampsie, Gestationsdiabetes, Large for gestational age infants.....
- Beim Stillen?

Stillen und Adipositas

- Zahlreiche qualitative und quantitative Studien zeigen, dass Frauen mit Adipositas vermehrt Schwierigkeiten haben ihr Kind an der Brust anzusetzen und geeignete (bequeme) Stillpositionen zu finden.
- Häufiger Probleme mit «grossen» Brüsten und / oder «flachen» Mamillen (Katz et al. 2010).
- Frauen mit Adipositas entwickeln häufiger wundete Mamillen (Kair and Colaizy, 2016).
- Die Ansetzprobleme und die eingeschränkte Mobilität nach Sectio erschweren die ersten Tage pp (Yan-Shing Chang et al, 2019).
- Das Stillen ist oft über längere Zeit nur zu Hause möglich
 - Mit Hilfe von Kissen, Sessel usw..
- Barriere: Stillen in der Öffentlichkeit (Claesson et al., 2018)

Stillen und Adipositas

- Verzögertes Einsetzen der reichlicheren Milchbildung (Nommsen-Rivers et al. 2010)
- Verminderte sauginduzierte Prolaktin-Ausschüttung in den ersten Tagen postpartum (Rasmussen, Kjolhede (2004)
- Häufiger PCOS – negative Auswirkung auf die Milchbildung
- Häufiger Gestationsdiabetes – und entsprechende Frühernährung des Säuglings
- Häufigeres Empfinden nicht genügend Milch zu haben (Renfred et al, 2012)

Fallbericht: «Magdalena», 27 Jahre alt

- 1. Kind in der 33. SSW geboren
- Entlassung aus der Neonatologie nach 3 Wochen, Ernährung mit Muttermilch und Flasche
- Begleitung als Stillberaterin bei grossem Stillwunsch der Mutter
- Ziel «Stillen» wird nach 2 Wochen erreicht....innerhalb dieser Begleitung stellt Magdalena die Frage: *«wie viel Kalorien muss ich essen um genügend nahrhafte Milch zu produzieren und gleichzeitig etwas abzunehmen?»*
- 173 cm, prägravidisches Gewicht 55 kg (BMI 18.3/m²), Gewichtszunahme in der Schwangerschaft + 7 kg bis 30. SSW...danach..

Fallbericht «Denise», 35 Jahre alt

- ▶ Entbindung in der 40 SSW, gesunde Zwillinge 2.5kg und 2.8 kg schwer
- ▶ Viele Stillprobleme: ungenügende Milchbildung, schläfrige Säuglinge, beginnender Milchstau, Mastitis, Abstillen...
- ▶ Begleitung zu Hause zuerst als Still- und Ernährungsberaterin...
- ▶ Körperbild: die Patientin ist 164 cm gross, wiegte vor SS 51 kg (= BMI 18.9m²) und fühlte sich in Bezug auf ihr Gewicht «knapp wohl», am liebsten würde sie 1-2 kg weniger wiegen

«Denise» – Ihre Geschichte

- ▶ Entwicklung Bulimia nervosa im Alter von 18 Jahre
- ▶ Mehrere ambulante Therapien und eine 2-monatige stationäre Behandlung
- ▶ Danach folgen einige «relativ» stabile Jahre. Die Essstörung verändert sich - Starkes Bedürfnis schlank zu sein, gelegentlich kommen Episoden vor, die die Patientin als «emotionales / nervöses Essen» bezeichnet. Selten kommt es zu selbstinduziertem Erbrechen. Die Patientin beschreibt dies als Entlastungsversuch der starken Nausea
- ▶ 35 Jahre alt: Wunsch-Schwangerschaft

Warum sprechen Betroffenen oft nicht mit dem Gesundheitsfachpersonal?



Barriers to identifying eating disorders in pregnancy and in the postnatal period: a qualitative approach. Bye et al. 2018

Study 1: 101 Schwangere und Frauen postpartal mit Essstörung (aktiv oder in der Vergangenheit) wurden befragt

Study 2: Hebammen und Hebammen in Ausbildung wurden in Fokus-Gruppen befragt.

Study 1: Beschreibung Stichprobe

- Irgendwelche Symptome einer Essstörung während der Schwangerschaft erlebt
 - Nein 36%
 - Ja 64%
- Während der Schwangerschaft erlebte Essstörungssymptome:
 - 12% Kompensation (Purging) mit Erbrechen oder Laxantien
Abusus
 - 29% Essanfälle
 - 31% Kalorienrestriktion
 - 14% Exzessive Bewegung
 - 17% Untergewicht
- Informierte Fachkraft über die Essstörung
 - 26% Ja
 - 71% Nein

Stigma

- Viele Frauen berichteten, dass sie sich beschämt und verlegen fühlten und fürchteten, verurteilt zu werden
- *«Ich war laut meinem BMI übergewichtig. Ich dachte nicht, dass sie mir glauben würden, wenn ich ihnen sagen würde, dass ich ein tatsächliches Problem habe. Ich wurde von mehr als einem Gesundheitsexperten bevormundet, der versuchte, mich über Ernährung aufzuklären. Ich hatte den Eindruck, dass sie dachten, ich sei einfach faul und esse ständig Junkfood, obwohl das nicht der Fall war. Ich hatte das Gefühl, dass sie zu voreingenommen waren, um auf mich zuzugehen»*

Fehlende Gelegenheit

- Viele Betroffene waren der Meinung, dass es nur begrenzte und unzureichende Nachfragen durch medizinisches Fachpersonal gab:
- *"Sie haben nicht gefragt und es wurde nicht als Problem angesprochen".*
- *"Ich hatte nicht lange genug dieselbe Hebamme, um mit ihr zu sprechen, es war ziemlich stressig und beunruhigend»*

Vorliebe für Selbstmanagement

- Einige Frauen berichteten, dass sie ihre Essstörung nicht gegenüber einer medizinischen Fachkraft offenlegten, da sie keine fachliche Betreuung brauchten oder wollten und es vorzogen, ihre Störung selbst zu managen
- *"Ich spreche nicht gerne darüber. Ich habe schon sehr lange eine Art von Essstörung, die ein Teil von mir ist und niemanden sonst etwas angeht»"*

Momentane Essstörung Symptomatik

- Für einige Frauen war die Offenlegung abhängig von ihrem aktuellen psychischen Gesundheitszustand und der wahrgenommenen Notwendigkeit, einer medizinischen Fachkraft die Geschichte ihrer Essstörung mitzuteilen
- *«Ich dachte nicht, dass es relevant ist, da ich seit ein paar Jahren ok bin»*
- *«Es hat mich während meiner Schwangerschaft nicht beeinträchtigt, es hat geholfen»*
- *«Ich fühlte mich viel besser, als ich schwanger wurde».*

Krankheitsbewusstsein

- Für mehrere Frauen (insbesondere Frauen mit BED) war die Offenlegung der Essstörung davon abhängig, ob sie sich bewusst waren und zugaben, dass ihre Symptome die einer Essstörung waren.
- *"Ich habe erst jetzt wirklich erkannt, dass ich eine Essstörung habe, zu der Zeit, als ich schwanger war, war es mir nicht bewusst. Ich dachte einfach, ich sei ein gieriger Mensch».*

Study 2: Barrieren für das Fachpersonal

- Mangelndes theoretisches und praktisches Fachwissen über Essstörungen
- Verständnis für die eigene berufliche Rolle
- Persönliche Einstellung
- Stigma und Tabu

Take Home Message

- Die Mutterschaft kann einen Impuls zur Veränderung / Verbesserung darstellen
- Die Veränderungen des Körpers können grosse Ängste auslösen und eine Verschlechterung bzw. Rückfall der Essstörung bewirken
- Nach der Geburt besteht häufig die Obsession, das prägravidem Gewicht wiederzuerlangen
- Depression und Angststörungen kommen häufiger vor
- Viele betroffene Frauen sprechen nicht über die Essstörungen mit Fachpersonen, dennoch einige würden Hilfe brauchen
- Fachpersonen sollen die Probleme ansprechen und Hilfe anbieten