

Februar | février | febbraio

1 / 2016



Suchttherapie bei Essverhaltensstörungen?
Thérapie contre les addictions en cas de troubles du comportement alimentaire?
Terapia della dipendenza in caso di disturbi del comportamento alimentare?

Fortimel Compact

Nährstoffe in kompakter Form.

Des nutriments dans une forme plus compacte.



Für eine **bessere Compliance** Ihrer Patienten.*
Pour une meilleure compliance de vos patients.*



nur/
seulement
125 ml

Kleines Trinkvolumen – kompakte Nährstoffversorgung mit 125 ml (2,4 kcal/ml)

Petit volume à boire – apport compact de nutriments avec 125 ml (2,4 kcal/ml)



Überlegen im Geschmack – für mehr Abwechslung in 7 Geschmackssorten und einer neutralen Variante, besonders geeignet zur Anreicherung von herzhaften Speisen

Au goût supérieur – 7 arômes différents pour plus de diversité et une variante neutre, particulièrement indiquée pour enrichir des repas savoureux



Verbesserte, niedrige Viskosität – für ein noch angenehmeres Trinkgefühl**

Faible viscosité améliorée – pour une sensation encore plus agréable**

* im Vergleich zu herkömmlicher 200 ml Standard-Trinknahrung (Quelle: Hubbard et al: Proceedings of the Nutrition society [2010] 69 [OCE], E164)
En comparaison avec 200 ml d'une alimentation buvable conventionnelle standard (Source: Hubbard et al: Proceedings of the Nutrition society [2010] 69 [OCE], E164)

** Eine veränderte Fettsäurenkomposition trägt zu einer optimierten, niedrigeren Viskosität bei (Fortimel Compact: 70-85 mPa*s vs. Fortimel Compact 2.4: 50-65 mPa*s)
Une composition modifiée d'acides gras contribue à une plus faible viscosité optimisée (Fortimel Compact: 70-85 mPa*s versus Fortimel Compact 2.4: 50-65 mPa*s)



SVDE ASDD

Schon reserviert?

NutriDays 2016

8. + 9. April 2016 in Bern

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!

Berufspolitisches Diskussionsforum

Integrierte Versorgung: mit oder ohne uns? Einstiegsreferat durch Nadine Facchinetti, BAG

Anmeldeformular und weitere

Informationen unter: www.nutridays.ch

Déjà réservé?

NutriDays 2016

8 + 9 avril 2016 à Berne

Nous nous réjouissons de votre inscription!

Forum de discussion sur la politique professionnelle

*Les soins intégrés: avec ou sans nous?
Exposé d'introduction de Nadine Facchinetti, OFSP*

Le formulaire d'inscription et toutes les informations veuillez trouver sur: www.nutridays.ch

DEUTSCHSCHWEIZ

Editorial	2
Fachteil	4
Wort der Präsidentin	22
Verbandsinfo	24
Aktuelles	25
Fortbildung	29
Kursübersicht	32

SUISSE ROMANDE

Editorial	2
Rubrique professionnelle	10
Le mot de la présidente	22
Info de l'ASDD	24
Actualité	25
Formation continue	30
Vue d'ensemble des cours	32

SVIZZERA ITALIANA

Editoriale	2
Rubrica professionale	16
Parola della presidentessa	23
Info dell'ASDD	24
Attualità	25
Formazione continua	29
Panoramica dei corsi	32

Impressum

Offizielles Organ des SVDE / Organe officiel de l'ASDD / Organo ufficiale dell'ASDD

Herausgeber / Editeurs responsables / Editore responsabile
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététiciens-ne-s
Associazione Svizzera delle dietiste-i
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Tel. +41 (0)31 313 88 70, Fax +41 (0)31 313 88 99
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Redaktion / Rédaction / Redazione
SVDE ASDD, Manuela Begert, Altenbergstrasse 29,
Postfach 686, 3000 Bern 8, redaction@svde-asdd.ch

Stellenanzeiger + Inserate / Service d'emploi + Annonces / Offerte d'impiego + Annunci
SVDE ASDD, Sekretariat, Altenbergstrasse 29, Postfach 686,
3000 Bern 8

Abonnement / Abonnement / Abbonamento
Fr. 72.- / J., für SVDE-Mitglieder kostenlos, Ausland Fr. 85.- / J.
Fr. 72.- / an, gratuit pour les membres ASDD,
Etranger Fr. 85.- / an.
Fr. 72.- / anno, gratis per i soci ASDD, Estero Fr. 85.- / anno

Auflage / Tirage / Tiratura: 1150

Themen / Sujets / Temi

- 1/2016 Suchttherapie bei Essverhaltensstörungen?
Thérapie contre les addictions en cas de troubles
du comportement alimentaire?
Terapia della dipendenza in caso di disturbi
del comportamento alimentare?
- 2/2016 Substrate für die Wundheilung
Substrats pour la cicatrisation des plaies
Substrati per la cicatrizzazione delle ferite
- 3/2016 NutriDays / GV 2016 + Aktuelle Empfehlungen
zur Fettauswahl und zum Einsatz von Fetten
im Haushalt
NutriDays / AG 2016 + Recommandations actuelles
sur la sélection des matières grasses et l'utilisation
de ces dernières dans la cuisine domestique
NutriDays / AG 2016 + Raccomandazioni attuali
per la scelta e l'impiego dei grassi nella cucina
domestica
- 4/2016 Vitaminstatus-Erhebung im Spital –
nötig oder nur Kosten verursachend?
Evaluation du statut vitaminique à l'hôpital:
une nécessité ou une simple source de dépenses?
Rilevare lo status vitaminico in ospedale:
necessario o solo dispendioso?
- 5/2016 «Omics»-Technologien und die individualisierte
Ernährung
Technologies «omics» et nutrition personnalisée
Le technologie «omics» e la nutrizione
individualizzata
- 6/2016 Lebensmittelrecht und Nährwertdaten
Droit des denrées alimentaires et valeurs nutritives
Diritto in materia di derrate alimentari e
dati sui valori nutritivi

Redaktions- und Inserateschluss / Délais des insertions et de rédaction / Termine d'insertion et di redazione:
2/16: 11. März 2016, le 11 mars 2016, il 11 marzo 2016

Tariffdokumentation / Documentation tarifaire / Documentazione delle tariffe
www.svde-asdd.ch

Geschäftsstelle / Secrétariat / Segretariato
SVDE ASDD
Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Association suisse des diététiciens-ne-s
Associazione Svizzera delle dietiste-i
Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8
Tel. +41 (0)31 313 88 70, Fax +41 (0)31 313 88 99
service@svde-asdd.ch, www.svde-asdd.ch

Präsidentin / Présidente / Presidentessa
Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Vizepräsident/in / Vice-présidentes / Vice presidenti
Raphael Reinert
raphael.reinert@svde-asdd.ch
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

Vorstand / Comité / Comitato direttivo
Bildungsstandards / Standards de formation /
Standard formativi
Raphael Reinert
raphael.reinert@svde-asdd.ch
Adrian Rufener
adrian.rufener@svde-asdd.ch

Kommunikation / Communication / Comunicazione:
Barbara Richli
barbara.richli@svde-asdd.ch

**Tarifverhandlungen & DRG / Négociations tarifaires & DRG /
Negoziazione tariffaria & DRG**
Gabi Fontana
gabi.fontana@svde-asdd.ch

Serviceleistungen / Services / Servizio:
Brigitte Christen-Hess
brigitte.christen@svde-asdd.ch

Arbeitsstandards / Standards de travail / Standard lavorativi
Florine Riesen
florine.riesen@svde-asdd.ch

Titelbild / Photo de couverture / Illustrazione di copertina
Bild / image / immagine: fotolia

Druck / Impression / Stampa
Multicolor Print AG, Baar

ClimatePartner®
klimaneutral
Druck | ID: 11020-1305-1006



Gabriela von Rotz-Amstalden

BSc BFH, Ernährungsberaterin SVDE

BSc BFH, diététicienne ASDD

BSc BFH, dietista ASDD

Liebe Leserin, lieber Leser

Essverhaltensstörungen sind weit verbreitet und in der Prävalenz tendenziell steigend. Tatkräftig unterstützt wird dieses Verhalten durch die Mode-, Kosmetik- und Nahrungsmittelindustrie. Von den Medien bzw. den gesellschaftlichen Normen wird vorgegeben, was eine attraktive und erfolgreiche Person ausmacht: schlanke Figur, muskulös, mental stark und leistungsfähig. Die wenigsten Menschen entsprechen diesem Schönheitsideal. Gleichzeitig wird aufgezeigt, wie diesem «anormalen» Zustand beizukommen ist (Fitness, Kosmetik, Diäten, Schönheitsoperationen). Es wird damit suggeriert, dass jeder Makel leicht behoben werden kann – Mann/Frau muss «nur» wollen, nichts ist unmöglich! Dieser Dauerstress kann den Körper aus dem Gleichgewicht bringen, das Selbstvertrauen, die Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl vermindern. Wenn die Betroffenen immer weniger Möglichkeiten sehen, den (äusseren) Anforderungen gerecht zu werden, kann das Risiko für unangepasste Stressverarbeitung wie Essverhaltensstörungen, Rauchen, Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenkonsum steigen.

Unter Experten wird zunehmend über die Frage diskutiert, ob Essverhaltensstörungen Suchterkrankungen sind. Noch herrscht keine Einigkeit, aber es zeigt sich, dass Essverhaltensstörungen ein hohes Ausmass an Gemeinsamkeiten mit Suchterkrankungen aufweisen.

Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre und für's 2016 alles Gute.

Chères lectrices, chers lecteurs,

Les troubles du comportement alimentaire sont largement répandus et tendent à augmenter au niveau de leur prévalence. L'industrie de la mode, cosmétique et alimentaire favorise grandement de tels comportements. Les médias et les normes sociales nous dictent les canons de la beauté et du succès: il faut être mince, musclé, mentalement fort et performant. Très peu de personnes correspondent à cet idéal de beauté. Dans le même temps, on nous montre comment venir à bout de cet état «anormal»: fitness, cosmétiques, régimes, opérations de chirurgie plastique. On nous suggère ainsi qu'il est facile de remédier à chaque défaut. Il suffit de vouloir, et rien n'est impossible! Ce stress permanent peut déséquilibrer l'organisme et porter atteinte à la confiance en soi, à l'auto-motivation et à l'estime de soi. Lorsque les intéressé-e-s voient s'amenuiser les possibilités de satisfaire aux exigences (liées à l'apparence physique), le risque de gérer ce stress de manière inadaptée augmente, par exemple en adoptant de mauvais comportements alimentaires, en fumant, ou en consommant de l'alcool, des médicaments ou de la drogue.

Les expert-e-s débattent de plus en plus souvent pour savoir si les troubles du comportement alimentaire sont des maladies de la dépendance. Ils n'ont pas encore réussi à se mettre d'accord, mais il s'avère que les troubles du comportement alimentaire ont beaucoup de points communs avec les dépendances.

Je vous souhaite une lecture passionnante et une bonne continuation pour 2016.

Cara lettrice, caro lettore

I disturbi del comportamento alimentare sono ampiamente diffusi e la loro prevalenza è tendenzialmente in aumento. I comportamenti alla base di questi disturbi sono fortemente favoriti dall'industria della moda, dei cosmetici e dei prodotti alimentari. I media e la società stabiliscono i canoni per diventare una persona attraente e di successo: una silhouette slanciata, un fisico muscoloso, un carattere forte ed efficiente. La minoranza delle persone corrisponde a questo ideale di bellezza. Al tempo stesso, vengono indicati i mezzi per raggiungere questa condizione «anomala» (fitness, cosmetici, diete, interventi di chirurgia estetica). Si suggerisce così che qualsiasi difetto possa essere facilmente eliminato: l'uomo/la donna deve «solo» volerlo, nulla è impossibile! Questo stress continuo può squilibrare l'organismo e ridurre l'autostima, l'autoefficacia e la coscienza del proprio valore. Se gli interessati scorgono sempre meno possibilità di soddisfare i requisiti (esterni), aumenta il rischio di reagire allo stress in modo inadeguato con disturbi del comportamento alimentare, fumo e consumo di alcol, medicinali o droghe.

Sempre più gli esperti si chiedono se i disturbi del comportamento alimentare siano da considerarsi come dipendenze. Non esiste ancora univocità di opinioni ma è evidente che i disturbi del comportamento alimentare mostrino un elevato numero di analogie con le dipendenze.

Vi auguro un'interessante lettura e vi porgo i miei auguri per il 2016.

Maggi

NEW

Natürlich
mit **extra** viel
Gemüse



Mehr Informationen zu diesem Produkt finden Sie unter www.maggi.ch

Suchttherapie bei Essverhaltensstörungen?

In der Praxis zeigt sich, dass ein multidisziplinärer Therapieansatz in der Arbeit mit Suchtkranken empfehlenswert ist. Dadurch erweitert sich die Dimension der Behandlung (mental, physisch und sozial) und die Stärkung der verschiedenen Schutzfaktoren kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln gefördert und unterstützt werden. Da Essverhaltensstörungen viel gemeinsam mit Suchterkrankungen haben, findet diese Therapieform im Kompetenzzentrum für Essverhaltensstörungen, Adipositas und Psyche (KEA) praktische Anwendung.

Gabriela von Rotz-Amstalden, BSc, Ernährungsberaterin SVDE, MSc Suchtberatung und Prävention

Fazit der Masterthesis «Treffpunkt Kühlschrank. Essen zur Emotionsregulation und Stressreduktion».

Essverhaltensstörung oder Suchtverhalten?

Essen und Trinken sind eine sinnvolle, meist genuss- und lustbetonte Beschäftigung. Grundbedürfnisse werden damit befriedigt und es stellt sich ein physisches und psychisches Wohlbefinden ein. Was aber, wenn (Nicht-)Essen zum Zwang wird und den Alltag bestimmt?

Magersucht, Brechsucht, Fettsucht, Esssucht – im Volksmund ist «Sucht» im Zusammenhang mit Essverhaltensstörungen sehr gebräuchlich. Die Vermutung, dass Essen süchtig machen kann, liegt daher nahe. In der Realität gibt es einige Parallelen aber auch entscheidende Unterschiede zwischen Essverhaltensstörungen und stoffgebundenen Abhängigkeiten wie bei Alkohol, Nikotin, illegalen Drogen oder Medikamenten [1]. Einige Gemeinsamkeiten sind in der Tabelle unten mit ergänzenden Beispielen dargestellt.

Merkmale des Abhängigkeitssyndroms (stoffgebunden) mod. nach ICD-10-GM 2013	Merkmale von Essverhaltensstörungen mod. nach Kinzl et al. (2010) [2]
Kontrollverlust Beginn, Beendigung und Menge des Konsums nicht mehr unter Kontrolle	Kontrollverlust Betroffene hat angefangen zu essen, isst meist so lange, bis sie/er nicht mehr kann (ohne Hunger/trotz Sättigung), um dann zu erbrechen
Wiederholungszwang starker Wunsch oder Zwang zu konsumieren	Gedankliche Dauerbeschäftigung Beschaffung, Verzehr und Zubereitung von Nahrung bestimmen den Alltag
Abstinenzunfähigkeit Konsum mildert Entzugssymptome	Abstinenzunfähigkeit Starke Rückfallsneigung (keine totale Abstinenz möglich), Zwang, extrem viel/nichts zu essen
Toleranzentwicklung zunehmend höhere Dosis erforderlich für gleiche Wirkung	Toleranzentwicklung das «Normalgewicht» wird immer niedriger angesetzt
Psychische Abhängigkeit Qualvolle Unruhe, Angstzustände, depressive Zustände	Psychische Abhängigkeit Vermehrtes Essen zur Deckung narzisstischer Bedürfnisse oder Abwehr negativer Gefühle wie Angst
Interessenabsorption und (gelegentlich) gesellschaftlicher Abstieg Erhöhter Zeitaufwand zur Beschaffung der Substanz oder um sich von den Folgen zu erholen	Fortsetzen des essgestörten Verhaltens trotz negativer Konsequenzen Isolation, Freudlosigkeit, gesundheitliche/finanzielle Probleme, Angst, ...

Tab. 1.: Vergleich Suchtverhalten-Essensstörung (eigene Darstellung)

Entscheidende Unterschiede

Im Gegensatz zu stoffgebundenen Abhängigkeiten kommt es bei den Essverhaltensstörungen zu keinen körperlichen Entzugserscheinungen bei Normalisierung des Verhaltens. Der entscheidendste Unterschied besteht jedoch darin, dass auf das Suchtmittel «Essen» nicht gänzlich verzichtet werden kann. Jeder Mensch muss immer wieder essen!

Eine spezielle Situation findet sich dennoch bei Anorexia nervosa (AN). Diese Essverhaltensstörung unterscheidet sich erheblich von stoff(un)gebundenem Suchtverhalten. Küchenhoff (2006) beschreibt AN als eine «Hohlform der Sucht». Anorektiker/-innen sind nicht von einem Suchtmittel (Essen) abhängig, sondern von dessen Vermeidung [3].

Restriktive Anorektiker/-innen sind durch ihre starke Kontrollfixierung auch am seltensten von komorbidem Substanzmissbrauch betroffen im Gegensatz zu Frauen mit Bulimia nervosa (BN; ohne vorheriger AN). Je nach untersuchter Population mit Essverhaltensstörungen liegt die Prävalenz von komorbidem Substanzmissbrauch zwischen 3 und 52 % [4].

Komorbidität

Über Essstörungen und die komorbide Abhängigkeit von stoffgebundenen Substanzen liegen keine gesicherten epidemiologischen Daten vor. Bei einer Erstdiagnose von Essverhaltensstörung soll der Missbrauch oder die Abhängigkeit von Suchtmitteln bei 10 bis 30 % liegen. Wird als Erstdiagnose Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gestellt, liegt die Schätzung komorbider, manifester Essverhaltensstörung gar bei 20 bis 30 % [5]. Suchtmittel werden insbesondere von Frauen eingesetzt, um die Essstörung (besser) auszuhalten und deren Funktion zu unterstützen.

¹ Masterthesis kann bei der Autorin als PDF verlangt werden.

Medikamente, Drogen sowie nahrungsergänzende Präparate sind teuer, was zu Delinquenz (z.B. Diebstahl) verleiten kann, besonders dann, wenn bereits viel Geld für Essensbeschaffung (Binge-Eating Disorder, BED) ausgegeben wird. Dies kann wiederum zu einem völligen Kontrollverlust der (bereits vorher erschwerten) Impulsregulation führen. Als Bewältigungsstrategie können Essverhalten und Suchtmittel und/oder gar Selbstverletzung eingesetzt werden [5].

In der wissenschaftlichen Forschung wird zunehmend davon ausgegangen, dass Essverhaltensstörungen ein hohes Mass an Gemeinsamkeiten mit Suchterkrankungen aufweisen und auch eine Prädisposition für die Ausbildung einer Suchterkrankung im Sinne einer Verlagerung des Suchtmittels/-verhaltens darstellen können [2,6].

Psychische Begleitscheinungen und körperliche Folgen

Sehr häufig sind bei den Patientinnen/Patienten komorbide affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtmittelmissbrauch/-abhängigkeit oder Verhaltenssuchte vorhanden, oft begleitet von ausgeprägten körperlichen Folgen. So ist die Mangelernährung bei anorektischen oder bulimischen Personen erschreckend ausgeprägt und zeigt sich in schweren, potenziell lebensbedrohlichen Elektrolytstörungen, Herz- und Nierenfunktionsstörungen, ausgeprägtem Knochen- und Muskelschwund, Unreife/Unfruchtbarkeit bei langfristigem Hormonmangel und Störungen der Blutbildung mit Infektanfälligkeit. Bei adipösen Personen zeigen sich die körperlichen Folgen v.a. in Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, des Blutzucker- und Fettstoffwechsels, hormonellen Störungen, Magen-Darm-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie ebenso häufig in affektiven Störungen und sozialer Isolation.

Angebote in der Schweiz

Einzig im Kompetenzzentrum für Essverhaltensstörungen, Adipositas und Psyche (KEA) am Spital Zofingen wird ein ambulantes, multiprofessionelles und nachhal-

tiges Einzel- und Gruppenbehandlungskonzept von mindestens zwei Jahren Therapiedauer für Menschen mit Ess- und Gewichtsproblemen angeboten. Daneben gibt es vergleichbare ambulante Gruppentherapieangebote in verschiedenen Regionen der Schweiz für übergewichtige Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern.

Durch die Kombination der verschiedenen Disziplinen (medizinisches und psychiatrisches Assessment, psychologische Behandlung, Körperwahrnehmungs-, Bewegungs- und Physiotherapie sowie Ernährungsberatung) können individuell angepasste Empfehlungen für Essverhalten, körperliche Aktivität und Stressbewältigung gegeben und so einerseits die Entwicklung oder das Fortschreiten von Folgeerkrankungen verhindert werden; andererseits werden die Betroffenen gemäss dem salutogenetischen Ansatz zur Förderung und Erhaltung oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit angehalten.

Zielgruppen

Im KEA werden grundsätzlich Personen jeden Alters und beider Geschlechter behandelt, welche gemäss professioneller Zuweisung oder eigener Einschätzung an einer Störung des Essverhaltens mit Krankheitscharakter leiden.

Neben den klassischen Essverhaltensstörungen (AN und BN) werden auch Menschen mit Binge-Eating Disorder (BED) sowie Personen mit nicht näher bezeichneten (Night Eating, Sweet Eating usw.) oder verschiedenen Kombinationen von Essstörungen behandelt. Auch Personen mit primär somatischen Erkrankungen, welche sekundär eine Essverhaltensstörung entwickelt haben, werden am KEA betreut.

Therapieansatz im KEA

Für die Behandlung von Bulimia nervosa und Binge-Eating Disorder hat sich die kognitive Verhaltenstherapie als am effektivsten erwiesen. Allerdings liegen bei Anorexia nervosa nur wenige aussagekräftige Therapiestudien vor. Dennoch gibt es aber Hinweise, dass eine kognitive Verhaltenstherapie das Rückfallrisiko bei Erwachsenen – nach Erreichung des Normalgewichtes – vermindert [7].

Im KEA wird im multidisziplinären Team die oben erwähnte Therapieform angewandt. Damit können alle Fachpersonen der im KEA angebotenen Behandlungsbereiche an denselben Schutzfaktoren arbeiten und den Patientinnen/Patienten verschiedene Handlungsperspektiven aufzeigen. Für die Ernährungsberaterin/den Ernährungsberater eröffnet sich so die Möglichkeit, ebenfalls die Schutzfaktoren individuell zu fördern/zu unterstützen und auch indiziert präventiv zu arbeiten.

Wie in der Literatur empfohlen, wird im KEA bei der Therapie von Personen mit Essverhaltensstörungen ebenso auf eine positive Veränderung der Körperwahrnehmung abgezielt [4,8]. Eine Veränderung zeigt sich dann z.B. in der Bereitschaft für eine Verbesserung des Essverhaltens. Damit wird es eher möglich, «verbotene» Nahrungsmittel zu essen oder überhaupt das Essen zu geniessen. Dieses Ergebnis lässt darauf schliessen, dass die Körperwahrnehmung eine zentrale Rolle für den Behandlungserfolg spielt und als Therapieform in Kombination mit anderen Ansätzen möglicherweise noch stärker in den Vordergrund gerückt werden sollte.

Die soziale Unterstützung wird u.a. durch Gruppenangebote und gezielte Motivation zu Aktivitäten ausser Haus gefördert. Aus Sicht der Ernährungsberaterin/des Ernährungsberaters führen etwa. regelmässige gemeinsame Mahlzeiten zu Hause/am Arbeitsplatz zu sozialen Kontakten, wobei gleichzeitig die (Wieder-)Herstellung oder Verbesserung einer Tagesstruktur berücksichtigt wird.

Die Komplexität der Essverhaltensstörungen erfordert im klinischen Alltag eine hohe Methoden- und Sozialkompetenz der Fachpersonen, um die Patientinnen/Patienten gut zu führen und zu begleiten. Gerade für Personen mit Essverhaltensstörungen, die sich mehrheitlich über die Meinungen und wertenden Normen der Gesellschaft definieren, ist es äusserst wichtig, dass die Fachpersonen ihnen ohne Vorurteile gegenüberstehen. Die Behandlung der Patientinnen/Patienten bewegt sich damit im Spannungsfeld zwischen fordernder und fördernder Unterstützung und bedingt auch seitens des Personals ein hohes Ausmass an Selbstreflexion. Dazu wird in wöchentlichen Inter-

Gabriela von Rotz-Amstalden

Praxis für Ernährungsberatung
Oberwilerstrasse 6
6062 Wilen (Sarnen)
gabriela.vonrotz@zerb.ch
www.vonrotz-praxis.ch

visions- und regelmässigen Teamsitzungen den Mitarbeitenden des Kompetenzzentrums Gelegenheit zur Selbstreflexion und kritischen Auseinandersetzung mit der Arbeit geboten, die von allen sehr rege genutzt und auch als sehr hilfreich und unterstützend empfunden wird.

Präventive Zielsetzungen in der Praxis

Für die Prävention von Essverhaltensstörungen (sowie stoffgebundenen Suchterkrankungen) ist es unumgänglich, die Risiko- und Schutzfaktoren zu kennen, woraus sich nachfolgende Ziele – speziell zur indizierten Prävention – ableiten lassen [9]:

- Herausarbeiten, Aushalten und Auflösen von Ambivalenz.
- Entwicklung einer grösseren «Auswahl» von emotionalen Reaktionen.
- Kontakt zu eigenen Gefühlen und eigenem Körper verbessern.
- Gefühle wahrnehmen, differenzieren und verbalisieren.
- Alternative Bewältigungsstrategien entwickeln, statt Gefühle und Stress oder Probleme mit Essen (oder anderen Suchtmitteln, bzw. Verhaltensweisen) zu kompensieren.
- Selbstwertgefühl, Selbstachtung stärken.
- Fähigkeit erwerben/verbessern, eigene Bedürfnisse haben zu dürfen, diese wahrzunehmen und gegenüber anderen vertreten zu können.
- Entwicklung eines differenzierten Selbstkonzeptes = Selbstwertgefühl nicht nur von Figur, Gewicht und Aussehen abhängig machen.
- Gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten.
- Adäquate Wahrnehmung von Hunger und Sättigung.

Der Schwerpunkt der präventiven Zielsetzungen liegt eindeutig beim Essverhalten und der Körperwahrnehmung, wie die oben genannten Punkte auch zeigen.

Folgende Grundhaltung ist in der Beratung und Behandlung dienlich, um z.B. Selbstvertrauen, Eigeninitiative, Konfliktfähigkeit oder realistische Selbsteinschätzung zu fördern [10,11]:

- Ressourcenorientiertes Arbeiten.
- Nicht werten(!).
- (Kleinste) Bemühungen loben und nicht nur Erfolge.
- Anerkennung, Wertschätzung, Empathie entgegenbringen.
- Ermutigung, eigene Entscheidungen zu treffen, mit dem Risiko, andere zu enttäuschen.
- Dem/der Betroffenen die Verantwortung für seine/ihre Entscheidung überlassen!

Fazit

Essverhaltensstörungen sind weit verbreitet und in ihrer Prävalenz tendenziell steigend. Auffallend ist, dass Personen mit der gleichen Diagnose eine unterschiedliche Störung ihres Essverhaltens zeigen. Dadurch stellte sich die Frage nach Schutzfaktoren und Möglichkeiten der indizierten Prävention, die das Risiko für die Entwicklung von Essverhaltensstörungen verringern. Daraus entstand ein Empfehlungskatalog² für Ernährungsberaterinnen SVDE zur indizierten Prävention bei Patientinnen/Patienten mit Essverhaltensstörungen. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Förderung und Stärkung des Selbstwertgefühls sowie der Körperwahrnehmung gelegt. Ferner erweist es sich als hilfreich, den Betroffenen den Zusammenhang von Stress/Emotionen und dem Essverhalten bewusst zu machen und nicht zuletzt eine gesunde, angepasste Ernährung ohne Einschränkungen und Verbote anzustreben.

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Masterthesis und den Erfahrungen am KEA scheint es wünschenswert, dass weitere Kompetenzzentren/Arbeitsgemeinschaften mit interdisziplinärer Zusammenarbeit entstehen. Damit gäbe es mehr der (leider) dringend benötigten Therapieplätze und eine ganzheitlichere Betreuung der Betroffenen würde flächendeckend ermöglicht.

Literatur/ Bibliographie/Bibliografia

- [1] Poppelreuter, S./Gross, W. (Hrsg.) (2000): Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten. Weinheim: Beltz.
- [2] Kinzl, J. F./Biehl, W. (2010): Sind Essstörungen Suchterkrankungen? *Neuropsychiatrie*, 24 (3): 200–208.
- [3] Küchenhoff, J. (2006): (Mager-)Sucht und Ambivalenz – psychoanalytische Überlegungen. *SuchtMagazin* (5): 3–6.
- [4] Herpertz, S./de Zwaan, M./Zipfel, S. (2008): *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Heidelberg: Springer Medizin.
- [5] Isenschmid, B. (2007): *Essstörungen. Basiswissen, neue Erkenntnisse, Trends und Komplikationen*. Schweizerische Zeitschrift für Ernährungsmedizin (5): 13–21.
- [6] Meule, A. (2015): *Süchtig nach Essen: Substanzabhängigkeit oder Verhaltensproblem?*. aid (Hrsg.), Ernährung im Fokus (01–02): 12–19.
- [7] Blank Gebre, M. (2008): Kognitive Verhaltenstherapie bei Essstörungen. *Schweizerische Zeitschrift für Ernährungsmedizin* (1): 35–39.
- [8] Vocks, S./Legenbauer, T./Troje, N./Schulte, D. (2006): Körperbildtherapie bei Essstörungen. Beeinflussung der perzeptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente. *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34 (4): 286–295.
- [9] Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (2010): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. (3. vollständig überarbeitet und ergänzte Auflage). Bern: Hans Huber.
- [10] Institut Suchtprävention (2008): *x.act Essstörungen*. Linz.
- [11] Miller, W. R./Rollnick, S. (2004): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

² Empfehlungskatalog kann im NutriPoint eingesehen werden unter der Rubrik «Studien/Fachwissen/Wissenschaftliche Arbeiten von Mitgliedern (d)»

Vom Entdecken der Körpersprache

Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie für Menschen mit Essverhaltensstörungen und Adipositas

Katharina Picard, Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapeutin, Feldenkrais-Lehrerin

Wie können wir vermehrt auf Bedürfnisse und Signale des Körpers hören, sie in uns spüren und entsprechend handeln?

Ob dick oder dünn, ob in dichten oder lichten Zeiten: einen tieferen Zugang zu sich selbst zu finden, ist ein grundlegender Lebensprozess. Im eigenen Körper anzukommen, ihn zu bewohnen und beleben, ist wesentlich für alle: Was nährt mich? Wie kann ich meine Spannungen, Impulse und Emotionen regulieren? Diesen Fragen zu folgen, ist eine intensive Reise, bei der alle

Arten von Proviant und Ressourcen gefragt sind. Menschen, die zu viel, zu wenig, zwanghaft oder einseitig essen, erleben das Tag für Tag in ganz offensichtlicher Weise. Im Umgang mit den Themen Gesundheit, Entwicklung und Selbstfindung wird es für mich immer offensichtlicher, wie zentral ein akzeptierender, freundlicher und klarer Raum ist. Er bildet eine Art zweiten Körper um uns, stärkt die innere Ordnung und unterstützt unsere Orientierung nach aussen.

Im Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche (KEA) am Spital Zo-

lingen ist Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie integraler Bestandteil einer interprofessionellen Begleitung. Sie besteht weiter aus einem medizinischen Assessment, Verhaltenstherapie, Ernährungsberatung und Physiotherapie.

Sich behutsam annähern

Bei Essverhaltensstörungen und Adipositas schwingen meist frühe, prägende Erlebnisse mit oder sind massgeblich auslösende Faktoren. Die meisten Patientinnen und Patienten haben belastende Lebensgeschichten und sind aktuell auch in herausfordernden Situationen. Mit der Essthematik regulieren sie häufig Überforderungen und Verletzungen, um Erleichterung zu finden. Der Körper wird zuneh-



Für Genuss und Wohlbefinden.

Bei Lebensmittelunverträglichkeit: Coop Free From fördert das Wohlbefinden dank rund 85 gluten- und laktosefreien Produkten von Free From und Schär. Erhältlich sind sie in allen grösseren Coop Supermärkten sowie unter www.coopathome.ch

Verpassen Sie nichts und bestellen Sie den Ernährungsnewsletter: www.coop.ch/freefrom



Für mich und dich.

Katharina Picard

Bewegungspädagogik, Feldenkrais, Body-Mind Centering, Trauma- und Körperwahrnehmungstherapie.

Kurse, Seminare und Praxis in Bern, Weiterbildungen an Schulen und in Betrieben.

Klinische Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie am KEA Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche am Spital Zofingen.

www.katharinapicard.ch

mend als fremd und bedrohlich empfunden. In der Therapie ist behutsames, langsames Vorgehen angesagt. Erst lernen die Patientinnen/Patienten ihre persönlichen Ressourcen kennen. Sie erfahren, wie sie Spannung auf- und abbauen können. Sie üben, anwesend und empfänglich zu werden für ihre Stimmungen, Gefühle und Impulse. Die Patientinnen und Patienten erleben in der sicheren Therapiesituation, starker Erregung, Kampf- oder Fluchttendenzen, Dissoziation oder Erstarrung standzuhalten oder ihren Widerständen fühlend zu begegnen. Mit immer mehr Geschick lernen sie, ihre Aufmerksamkeit zu lenken und zu dosieren. Nach und nach beginnen sie, ihrem Empfinden wieder zu vertrauen. Sie nehmen die eigenen Bedürfnisse wahr, respektieren ihre Grenzen und finden eine Sprache und einen Ausdruck für das eigene Erleben. Wenn sie ihren eigenen Körper wieder mehr bewohnen, verändern sich oft auch ihre Symptome. Lange gespeicherte, dysfunktionale Tendenzen beginnen sich allmählich zu lösen.

Wissen allein reicht in diesem Prozess nicht aus. Um nachhaltige Veränderungen anzustossen, müssen die körperlichen Reaktionen und Impulse der Patientinnen/Patienten einbezogen werden.



Perspektivenwandel und Spielraum

Die Patientinnen/Patienten betrachten ihre belastende Situation fast immer aus der gleichen Perspektive: Alles dreht sich ums Essen. Deswegen thematisiere ich das Essen anfänglich kaum. In der Körperwahrnehmungstherapie lernen sie, die Auswirkungen ihrer tief verinnerlichten Glaubenssätze am eigenen Leibe zu spüren. Durch direktes Wahrnehmen der Empfindungen wächst die Bereitschaft, sich aus andern, vielleicht ungewöhnlichen Perspektiven zu betrachten. Patientinnen und Patienten, die sich auf diesen Prozess einlassen, berichten: «Ich bin zufriedener und fühle mich wohler. Zudem habe ich einiges in meinem Leben verändert.» Sie betrachten die Essthematik mehr und mehr als Teil ihres Lebens und widmen sich auch wieder anderen Dingen.

Dank der aktiven Auseinandersetzung mit sich und dem erweiterten Handlungsspielraum können sich die Patientinnen/Patienten allmählich von zwanghaften oder masslosen Verhaltens- und Essweisen verabschieden.

Wegweisende Elemente und Orientierungsmöglichkeiten

Mit Hilfe der Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie finden die Patientinnen/Patienten zum eigenen Wahrnehmen, Empfinden und Fühlen zurück. Dadurch können sich ihre Einstellungen und damit verbundenen Gedanken verändern. Die inhaltlichen Schwerpunkte der Therapie bilden:

- Innehalten und sich eine Pause gönnen
- Achtsamkeit und Akzeptanz
- Schwerkraft, Raum und Rhythmus
- Spannung, Spannkraft und Selbstregulation
- Kraft und Wirkung innerer Bilder und Vorstellungen
- Mit allen Sinnen: Innere und äussere Natur
- Kreativität als Sprache und Ausdruck für ihr Erleben

Die in der Therapiestunde gemachten Erfahrungen zu verkörpern und allmählich im Alltag zu integrieren, sind die Schlüssel



zu einer nachhaltigen Veränderung. Als Prozessbegleiterin unterstütze ich das Knüpfen eines tragfähigen und alltags-tauglichen Netzes. Das Erleben der Patientinnen und Patienten wird dadurch tiefer und reichhaltiger.

Empfohlene Literatur/Recommandations de lecture/ Bibliografia consigliata:

- Fogel, Alain (2013). *Selbstwahrnehmung und Embodiment in der Körperpsychotherapie, vom Gefühl zur Kognition*, Schattauer.
- Johnson, Don Hanlon, deutsche Hrsg. Rytz, Thea, *Klassiker der Körperwahrnehmung, Erfahrungen und Methoden des Embodiment*.
- Rothschild, Babette (2002). *Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis.
- Rytz, Thea (2010). *Bei sich und in Kontakt. Anregungen zur Emotionsregulation und Stressreduktion durch achtsame Wahrnehmung*. 3. überarb. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Rytz Thea / Wiesmann, Silvia Hrsg. (2013). *Essstörungen und Adipositas: Akzeptanz verkörpern, Formen körperorientierter Gruppentherapien*, Huber.
- Schmidt, Johannes B. (2008). *Der Körper kennt den Weg. Trauma – Heilung und persönliche Transformation*. München: Kösel.
- Sieben, Irene / Peters, Angelika (2008). *Das grosse Feldenkrais Buch*. Kreuzlingen/München: Irisana.
- Steinmüller, W. / Schaefer, K. / Fortwängler, M. (Hrsg.) (2001). *Gesundheit – Lernen – Kreativität. Alexander-Technik, Eutonie Gerda Alexander und Feldenkrais als Methoden zur Gestaltung somatopsychischer Lernprozesse*. Bern: Hans Huber.

Der multidisziplinäre Therapieansatz am Kompetenzzentrum für Essverhaltensstörungen, Adipositas und Psyche (KEA) – Was hat Essen denn mit der Psyche zu tun?

Laura Berni, MSc, Psychologin, Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche (KEA), Spital Zofingen

«Ich kann dann gar nicht mehr essen. Mein Vater sitzt da und schaut mich an, so erwartungsvoll. Und ich weiss, dass er wütend ist.» (Patientin, 20 Jahre)

«Ich gehe zum Kühlschrank, nehme alles heraus, was ich finden kann, und esse. Manchmal fühle ich mich wie in Trance. Erst im Nachhinein, wenn mir schlecht ist, realisiere ich, was ich alles gegessen habe. Als sei es jemand anderes gewesen. Dann schäme ich mich und denke, du bist so schwach.» (Patient, 46 Jahre)

Diese zwei Aussagen zeigen exemplarisch, dass Essen weitaus häufiger mit Gefühlen im Zusammenhang steht, als der blossen Stillung von Hunger oder der Sicherung des Überlebens zu dienen. Für Patientinnen und Patienten, die den Weg ins KEA finden, ist Essen, Nicht-Essen, Erbrechen oder extensives Sporttreiben oft die Lösung, weitaus Schlimmeres zu verhindern oder zu vermeiden. Beispielweise Gefühle, die verstören, erschrecken, gefangen nehmen oder so stark sind, dass Betroffene glauben, sie nicht aushalten zu können. Nicht selten ist die Funktion des Essens oder Hungerns, des Erbrechen oder Sporttreibens den Betroffenen nicht im Detail klar. Sie berichten beispielweise, dass Aussenstehende sie auf ihr Essverhalten ansprechen oder Familienmitglieder beginnen, sich Sorgen zu machen. Praktisch immer ist auch ein grosser Leidensdruck erkennbar, nicht zuletzt deshalb, weil Schuld und Scham bei den Betroffenen oft gross sind. So ist es wichtig, zu Beginn der Therapie mit den Patientinnen und Patienten ein Modell zu entwickeln, das es ihnen ermöglicht, ihre «Störung» zunächst als Lösung sehen zu dürfen. Das was für uns funktioniert, wird das sein, was wir immer wieder tun werden. Dabei geht es nicht

um Schuld und auch nicht darum, dass Patientinnen/Patienten sich willentlich Schaden zufügen wollen. Funktioniert ein Verhalten auf irgendeine Weise (z. B. Essen zur Milderung von schmerzhaften Gefühlen, Hungern zur Wiedererlangung von Kontrolle) wird durch die Ausschüttung von Dopamin das Belohnungssystem in unserem Gehirn aktiviert. Es geht uns besser. Zumindest kurzfristig. (Hier werden auch die Parallelen zur Sucht erkennbar. Suchttherapie bei Essverhaltensstörungen? Arbeit von G.v.Rotz; Ernährungsberaterin im KEA). Die langfristigen Kosten der «Lösung» sind den Betroffenen meist ebenfalls klar, sie haben aber keine anderen Strategien erlernt, die vergleichbar gut funktionieren. Wie bei jeder psychischen Erkrankung, wirken auch bei Essverhaltensstörungen Veranlagung und Umwelt zusammen. Es ist nach dem heutigen Forschungsstand davon auszugehen, dass nicht für jeden Essen, Hungern, Erbrechen oder Sporttreiben gleichermassen nützlich ist, um mit schwierigen Gefühlen und Gedanken umzugehen. Es braucht also eine gewisse Prädisposition, gepaart mit den Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens gemacht hat. So geht es am KEA einerseits um Klärung, also um gemeinsam ausgearbeitete Hypothesen in Bezug auf das Essverhalten, andererseits um die Bewältigung des Alltags und Hilfe bei der Entwicklung neuer Strategien. Von Seiten der Psychotherapie haben sich in der Behandlung von Essverhaltensstörungen verschiedene Therapieansätze als wirksam erwiesen. Im KEA kommen zwei davon zur Anwendung, der kognitiv-verhaltenstherapeutische sowie der systemische Ansatz. In der kognitiven Verhaltenstherapie geht es weitgehend darum, dass Erleben und Verhalten durch Kognitionen (Gedanken) beeinflusst werden und im

therapeutischen Prozess diese Kognitionen auf ihre Angemessenheit überprüft und allenfalls verändert werden sollen. Wenn dies geschieht, kann es möglich werden, dass sich Gefühle und Verhaltensweisen ebenfalls verändern oder bewusst ein anderer Umgang mit ihnen erlernt werden kann. Bei der systemischen Therapie rückt die Wechselwirkung zwischen Individuum und seinem sozialen Umfeld in den Mittelpunkt. Es wird davon ausgegangen, dass Symptome Ausdruck von zwischenmenschlichen, psychosozialen Konflikten sind, die auch als biologische Stressindikatoren angesehen werden können. Das Ziel systemtherapeutischer Arbeit ist es, stagnierende Entwicklungs- und Kommunikationsprozesse anzukurbeln, indem systemeigene Kräfte und Möglichkeiten aktiviert und unterstützt werden. Dies nicht nur bei Kindern oder Jugendlichen, sondern bei allen Patientinnen/Patienten. So werden oft Familienmitglieder, Partner oder andere wichtige Bezugspersonen in die Therapie mit einbezogen. Es entsteht ein Therapiesystem, das mit den Betroffenen als Experten ihres Erlebens und dem Therapeuten als Navigator versucht, verbindliche Kooperationen aller Beteiligten während der Therapiesitzung wie auch im Alltag zu fördern. Nicht selten ist es für Patientinnen und Patienten erst dann möglich, neue Strategien auszuprobieren, wenn sie sich genügend sicher fühlen oder merken, dass die «Lösung Krankheit» mit zu vielen Kosten verbunden ist. Dazu ist einerseits eine vertrauensvolle Therapiebeziehung unabdingbar, die erste korrektive Erfahrungen ermöglichen soll, andererseits ist der Einbezug wichtiger Bezugspersonen als Quelle von Sicherheit nicht hoch genug einzuschätzen.

Literatur siehe Seite 21

La thérapie contre les addictions est-elle indiquée en cas de troubles du comportement alimentaire?

Dans la pratique, il s'avère qu'une approche thérapeutique multidisciplinaire est recommandée dans le travail avec les personnes dépendantes. Elle permet en effet d'élargir le champ du traitement par rapport aux dimensions mentale, physique et sociale. De plus, le renforcement des différents facteurs de protection peut être encouragé et soutenu sous plusieurs angles. Comme les troubles du comportement alimentaire ont beaucoup de points communs avec les dépendances, cette forme de thérapie trouve des applications pratiques au centre de compétences pour les troubles du comportement alimentaire, l'obésité et le psychisme (Kompetenzzentrum für Essverhaltensstörungen, Adipositas und Psyche KEA).

Gabriela von Rotz-Amstalden, BSc, diététicienne ASDD, MSc Conseil en addiction et prévention

Conclusions du travail de master intitulé «Treffpunkt Kühlschrank. Essen zur Emotionsregulation und Stressreduktion.» (Rendez-vous devant le frigo: manger pour réguler ses émotions et réduire son stress)¹

Trouble du comportement alimentaire ou comportement addictif?

Boire ou manger est une occupation utile le plus souvent associée à l'envie et au plaisir. Elle permet de satisfaire des besoins fondamentaux et représente un bien-être physique et psychique. Mais que se passe-t-il lorsque le fait de manger, ou de ne pas manger, devient une contrainte et détermine notre quotidien?

L'anorexie, la boulimie et les autres troubles alimentaires se caractérisent par des comportements addictifs. Ce sont en effet des conduites de dépendance: les personnes qui souffrent de troubles du comportement alimentaire sont dépendantes de la nourriture. Dans la réalité, on note des points communs, mais aussi des différences importantes entre les troubles du comportement alimentaire et les dépendances à une substance telle que l'alcool, la nicotine, les drogues illégales ou les médicaments [1].

Le tableau n° 1 présente certains points communs, avec des exemples à l'appui.

Différences importantes

Contrairement aux dépendances liées à des substances, les troubles du comportement alimentaire n'entraînent aucune manifestation physique de privation en cas de normalisation du comportement. La différence essentielle réside toutefois dans le fait qu'il n'est pas entièrement possible de renoncer à la «nourriture» en tant que substance addictive. Une personne doit bien manger pour vivre!

L'anorexie nerveuse constitue néanmoins une situation particulière. Ce trouble du comportement alimentaire se différencie considérablement des autres comportements addictifs liés ou non liés à des substances. J. Küchenhoff (2006) décrit l'anorexie nerveuse comme une dépendance à un vide alimentaire («Hohlform der Sucht»). Les anorexiques ne sont pas dépendant-e-s à une substance addictive (la nourriture), mais à son absence, et l'anorexie est la plus paradoxale des addictions en ce sens qu'elle se rattache à son évitement [3].

De par leur fixation marquée sur le contrôle, les malades anorexiques restrictifs sont ceux qui sont le plus rarement concernés par l'abus comorbide de substances, contrairement aux femmes atteintes de boulimie nerveuse (sans antécédents d'anorexie nerveuse). Selon la population avec troubles du comportement alimentaire examinée, la prévalence d'abus comorbide de substances se situe entre 3 % et 52 % [4].

Dépendance comorbide

Aucune donnée épidémiologique vérifiée n'est disponible au sujet des troubles alimentaires et de la dépendance comorbide à des substances. Lors d'un premier diagnostic d'un trouble du comportement alimentaire, l'abus de stupéfiants ou la dépendance par rapport à ceux-ci semble se situer entre 10 % et 30 %. Lorsqu'un premier diagnostic de dépendance à l'alcool et aux médicaments est posé, l'estimation du trouble comorbide manifeste du comportement alimentaire se situe même entre 20 % et 30 % [5].

Les stupéfiants sont notamment utilisés par les femmes pour (mieux) supporter le trouble alimentaire et soutenir sa fonction.

Les médicaments, les drogues et les compléments alimentaires coûtent cher, ce qui peut conduire à la délinquance (p. ex.: vol), notamment lorsque des sommes d'argent importantes sont déjà dépensées pour acheter la nourriture (syndrome d'hyperphagie incontrôlée). Cela peut ainsi déboucher sur une perte de contrôle totale de la régulation des impulsions (d'ores et déjà perturbée précédemment). Le comportement alimentaire et le stupéfiant ou même l'automutilation peuvent alors être utilisés comme stratégie de maîtrise [5].

Dans la recherche scientifique, une hypothèse est émise de plus en plus fréquemment, selon laquelle les troubles du comportement alimentaire ont beaucoup de points communs avec les dépendances et peuvent constituer une prédisposition pour le développement d'une dépendance dans le sens d'un transfert du stupéfiant/comportement de dépendance [2,6].

Manifestations psychiques concomitantes et conséquences physiques

Les patient-e-s présentent très fréquemment des troubles affectifs comorbides, des troubles de la personnalité, des addictions comportementales, une dépendance

¹ Pour obtenir le travail de master en PDF, il faut s'adresser à l'auteure.

aux stupéfiants ou un usage abusif de ceux-ci, qui sont souvent accompagnés de conséquences physiques importantes. Ainsi, la malnutrition chez les personnes anorexiques ou boulimiques atteint un niveau effrayant et se manifeste par des troubles électrolytiques graves potentiellement mortels, des troubles des fonctions cardiaques et rénales, une fonte musculaire et osseuse importante, une impuberté/infertilité en cas de carence hormonale dans la durée et des troubles de la formation du sang avec une prédisposition aux infections.

Chez les personnes obèses, les conséquences physiques se traduisent notamment par des maladies du système cardiovasculaire, du métabolisme des sucres et des graisses, des troubles hormonaux, des maladies gastro-intestinales, des maladies de l'appareil respiratoire, de même que fréquemment aussi par des troubles affectifs et un isolement social.

Offres en Suisse

Seul le KEA de l'hôpital de Zofingue propose un concept thérapeutique multiprofessionnel en milieu ambulatoire, individuel ou en groupe, qui s'inscrit dans la durée (thérapie d'au moins deux ans) pour les personnes confrontées à des problèmes alimentaires et de poids. Il existe en parallèle des offres de thérapies de groupe ambulatoires comparables dans différentes régions de Suisse pour les enfants et les adolescent-e-s en surpoids, ainsi que leurs parents.

En combinant les différentes disciplines (évaluation médicale et psychiatrique, psychothérapie, physiothérapie, thérapie par le mouvement et la perception corporelle, ainsi que conseil diététique), il est possible de donner des recommandations adaptées individuellement relatives au comportement alimentaire, à l'activité physique et à la maîtrise du stress, de façon à empêcher d'une part le développement ou la progression de maladies concomitantes. D'autre part, les intéressé-e-s sont encouragé-e-s, de par l'approche salutogénétique, à promouvoir et préserver ou rétablir leur santé.

Caractéristiques du syndrome de dépendance (liée à une substance) mod. selon CIM-10-GM 2013

Perte de contrôle Début, fin et quantité de la consommation qui n'est plus contrôlée
Compulsion de répétition Besoin irrésistible de consommer
Incapacité de s'abstenir La consommation atténue les symptômes de privation
Développement de tolérances Des doses toujours plus grandes sont requises pour le même effet
Dépendance psychique Stress mental, état dépressif et angoissé
Absorption des intérêts et (parfois) dégringolade sociale Se procurer la substance ou se remettre des conséquences devient chronophage

Caractéristiques des troubles du comportement alimentaire mod. selon Kinzl et al. (2010) [2]

Perte de contrôle La personne a commencé à manger et souvent, elle mange jusqu'à ce qu'elle n'en puisse plus (sans avoir faim, malgré la satiété), pour aller vomir ensuite
Préoccupation constante L'achat, la consommation et la préparation des aliments déterminent le quotidien
Incapacité de s'abstenir Forte tendance à la rechute (pas d'abstinence totale possible), compulsion à manger énormément/à ne rien manger
Développement de tolérances Le poids «normal» ne cesse d'être abaissé
Dépendance psychique Manger davantage pour satisfaire ses besoins narcissiques ou se défendre contre des sentiments négatifs tels que la peur
Poursuite des troubles du comportement alimentaire malgré les conséquences négatives Isolement, absence de joie de vivre, problèmes de santé et financiers, angoisse, ...

Tab. 1: Comparaison entre le comportement addictif et les troubles du comportement alimentaire (présentation de l'auteure)

Groupes cibles

Dans le KEA se font soigner des personnes de tout âge, des hommes comme des femmes, qui souffrent d'un trouble du comportement alimentaire ayant le caractère d'une maladie et qui ont été adressées par une professionnelle de la santé ou sont venues de leur propre chef.

Outre les troubles classiques du comportement alimentaire (anorexie nerveuse et boulimie nerveuse), des personnes atteintes du syndrome d'hyperphagie incontrôlée et des personnes souffrant de troubles alimentaires non-précisés (night eating, sweet eating, etc.), ou encore de différentes combinaisons de ces troubles, sont traitées. Les malades somatiques ayant par ailleurs développé un trouble du comportement alimentaire sont également pris en charge au KEA.

Approche thérapeutique du KEA

Pour le traitement de la boulimie nerveuse et du syndrome d'hyperphagie incontrô-

lée, il s'est avéré que la thérapie la plus efficace est la thérapie cognitivo-comportementale. Pour l'anorexie nerveuse en revanche, il n'existe que peu de données probantes. Il semblerait toutefois qu'une thérapie cognitivo-comportementale réduit le risque de rechute chez les adultes une fois qu'ils/elles ont retrouvé leur poids normal [7].

Dans le KEA, la forme de thérapie mentionnée ci-dessus est appliquée au sein d'une équipe multidisciplinaire. De cette manière, toute-s les professionnel-le-s des domaines thérapeutiques proposés au KEA peuvent travailler sur les mêmes facteurs de protection et montrer aux patient-e-s différentes perspectives d'action. Pour le/la diététicien-ne, cela offre la possibilité de promouvoir/soutenir individuellement les facteurs de protection et d'effectuer un travail de prévention ciblé.

Conformément aux recommandations faites dans les ouvrages spécialisés, l'objectif de la thérapie entreprise au KEA pour les personnes présentant des troubles du comportement alimentaire est aussi d'ob-

tenir un changement positif dans la perception de leur corps [4,8]. Une modification consiste par exemple dans la volonté d'améliorer son comportement alimentaire. Ainsi, on commence à se permettre de manger des aliments «interdits» ou de savourer son repas. Ce résultat permet de conclure que la perception corporelle joue un rôle essentiel pour le succès du traitement et devrait si possible encore être mieux mise au premier plan en tant que forme de thérapie combinée à d'autres approches.

Le soutien social est entre autres encouragé par des offres de groupe et la motivation ciblée de participer à des activités à l'extérieur. Le/la diététicien-ne estime par exemple que des repas communs réguliers à la maison/au travail débouchent sur des contacts sociaux, l'établissement/le rétablissement ou l'amélioration d'une structure journalières étant dans le même temps pris en compte.

La complexité des troubles du comportement alimentaire dans le quotidien clinique requiert de grandes compétences sociales et méthodologiques des professionnel-le-s pour bien gérer et accompagner les patient-e-s. Pour les personnes ayant des troubles du comportement alimentaire, qui se définissent essentiellement au travers de l'opinion des autres et des normes valorisantes de la société, il est extrêmement important que l'approche des professionnel-le-s soit dénuée de tout préjugé. Le traitement des patient-e-s évolue ainsi entre exigence et encouragement dans la démarche de soutien et nécessite une bonne dose de réflexion sur soi de la part des professionnel-le-s. De plus, lors des séances d'interview hebdomadaires et des réunions d'équipe régulières, l'occasion est donnée aux collaborateurs/trices de réfléchir sur eux-mêmes et de porter un regard critique sur leur travail. Ils/elles en font toute-s usage et trouvent que cela est très utile et d'un grand soutien.

Objectifs préventifs dans la pratique

Pour la prévention des troubles du comportement alimentaire (et des dépendances liées à une substance), il est indispensable de connaître les facteurs de

risque et de protection, desquels il est possible d'inférer les objectifs ci-après, en particulier pour la prévention ciblée [9]:

- travailler sur l'ambivalence, la supporter et la résoudre;
- développer un plus grand «choix» de réactions émotionnelles;
- améliorer son contact avec ses propres sentiments et son propre corps;
- percevoir ses sentiments/émotions, les différencier et les verbaliser;
- développer des stratégies de maîtrise alternatives au lieu de compenser les émotions, le stress ou les problèmes par la nourriture (ou d'autres stupéfiants ou types de comportement).
- développer l'estime de soi, l'attention que l'on se porte;
- acquérir ou améliorer la capacité à avoir ses propres besoins, à les percevoir et à les faire valoir vis-à-vis des autres;
- développer un concept de soi différencié, autrement dit, ne pas uniquement faire dépendre l'estime de soi de sa silhouette, de son poids et de son apparence;
- développer un comportement sain sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique;
- percevoir de manière adéquate la faim et la satiété.

En ce qui concerne les objectifs préventifs, l'accent est clairement mis sur le comportement alimentaire et la perception du corps, comme le montrent les points susmentionnés.

L'attitude de base suivante est utile au niveau du conseil et du traitement, par exemple pour favoriser la confiance en soi, l'esprit d'initiative, la capacité à gérer les conflits ou l'auto-appréciation réaliste [10, 11]:

- privilégier une approche axée sur les ressources;
- ne pas juger(!);
- complimenter les (petits) efforts et pas seulement les succès;
- témoigner de la reconnaissance, de l'estime, de la considération et de l'empathie
- encourager à prendre ses propres décisions, au risque de décevoir les autres;
- laisser à l'intéressé-e la responsabilité de sa décision!

Gabriela von Rotz-Amstalden

Praxis für Ernährungsberatung
Oberwilerstrasse 6
6062 Wilen (Sarnen)
gabriela.vonrotz@zerb.ch
www.vonrotz-praxis.ch

Conclusion

Les troubles du comportement alimentaire sont largement répandus et tendent à augmenter au niveau de leur prévalence. Il est frappant de constater que des personnes ayant le même diagnostic présentent un trouble variable du comportement alimentaire. Cela soulève la question des facteurs de protection et des possibilités de prévention ciblée, qui réduisent le risque de développer des troubles du comportement alimentaire. Ce travail a débouché sur un catalogue de recommandations² pour les diététicien-ne-s ASDD concernant la prévention ciblée pour les patient-e-s présentant des troubles du comportement alimentaire. Lors de son élaboration, une attention particulière a été accordée à la promotion et au renforcement de l'estime de soi et de la perception de son propre corps. De plus, il s'avère utile d'amener les intéressé-e-s à prendre conscience du lien entre le stress ou les émotions et le comportement alimentaire, et surtout, à chercher à avoir une alimentation saine et adaptée, sans restrictions ni interdictions.

A partir des conclusions du travail de master et des expériences au KEA, la création d'autres centres de compétences/communautés de travail avec collaboration interdisciplinaire paraît souhaitable. Cela permettrait d'augmenter le nombre de places de thérapie (malheureusement) nécessitées de toute urgence et d'assurer une prise en charge plus globale des intéressé-e-s sur tout le territoire national.

Bibliographie voir page 6

² Le catalogue des recommandations peut être consulté dans NutriPoint à la rubrique «Studien/Wissenschaft/Wissenschaftliche Arbeiten von Mitgliedern (d)»

A la découverte du langage corporel

Thérapie par le mouvement et la perception corporelle pour les personnes présentant des troubles du comportement alimentaire et en cas d'obésité

Katharina Picard, thérapeute par le mouvement et la perception corporelle, enseignante Feldenkrais

Comment pouvons-nous écouter davantage les besoins et signaux de notre corps, les sentir à l'intérieur de nous-mêmes et agir en conséquence?

Que nous soyons gros ou minces, par temps clair ou par temps gris, accéder au plus profond de soi-même est un processus de vie fondamental. Prendre possession de son propre corps, l'habiter complètement et le sentir vivre est essentiel pour tout le monde: qu'est-ce qui me nourrit? Comment puis-je réguler mes tensions, impulsions et émotions? Aller au bout de ces questions est un voyage intense qui requiert toutes sortes de ressources et de nourritures. Les personnes qui mangent trop, trop peu, de manière compulsive ou déséquilibrée le vivent jour après jour de manière flagrante. En rapport avec les thèmes de la santé, du développement personnel et de la quête du moi, l'importance essentielle d'une pièce bien claire, aimable et propice à l'acceptation m'apparaît avec une évidence toujours plus grande. Elle forme une sorte d'enveloppe autour de nous, tel un deuxième corps, renforce l'ordre intérieur et favorise notre ouverture sur l'extérieur.

Au centre de centre de compétences pour les troubles du comportement alimentaire, l'obésité et le psychisme (Kompe-

tenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche KEA) de l'Hôpital de Zofingue, la thérapie par le mouvement et la perception corporelle fait partie intégrante d'une prise en charge interprofessionnelle. Celle-ci comprend également l'évaluation médicale, la thérapie comportementale, la diététique et la physiothérapie.

Une approche délicate

En cas de troubles du comportement alimentaire et d'obésité, des expériences précoces marquantes habitent le plus souvent la personne et sont le principal facteur déclencheur. La plupart des patient-e-s ont derrière eux une histoire pesante et vivent actuellement des situations difficiles. Pour réguler leur incapacité à gérer une situation et des blessures et ainsi soulager leur souffrance, il est fréquent qu'ils/elles aient recours à une conduite alimentaire particulière. Ils/elles perçoivent de plus en plus leur corps comme un élément étranger et menaçant. Pour la thérapie, une approche lente et délicate est donc indiquée. Il faut d'abord que les patient-e-s se familiarisent avec leurs ressources personnelles. Puis, ils/elles apprennent à gérer leurs tensions. Ils/elles s'exercent à accueillir leurs humeurs, leurs émotions et leurs impulsions. Les patient-e-s apprennent, dans un environnement thérapeutique encadré, à résister à leur excitation marquée, à leur tendance à lutter ou à fuir, à la dissociation ou à la stupeur, de même qu'à faire face à leurs oppositions en étant à l'écoute de leur ressenti. Avec une habileté de plus en plus grande, ils/elles apprennent à diriger et à doser leur attention (exercices de pleine conscience). Petit à petit, ils/elles recommencent à faire confiance à ce qu'ils/elles ressentent. Ils/elles perçoivent alors leurs propres besoins, respectent leurs limites et parviennent à mettre des

mots sur leur vécu. Une fois qu'ils/elles ont repris possession de leur propre corps et qu'ils/elles l'habitent à nouveau, il est fréquent que leurs symptômes changent eux aussi. Les tendances dysfonctionnelles développées de longue date commencent à se gommer progressivement.

Dans ce processus, le seul fait de savoir ne suffit pas. Pour provoquer des changements durables, les réactions physiques et les impulsions des patient-e-s doivent être intégrées.

Changement de perspective et marge de manœuvre

Les patient-e-s considèrent presque toujours leur situation pesante depuis la même perspective: tout tourne autour de l'alimentation. C'est pourquoi au début, j'aborde à peine le sujet. Lors de la thérapie de perception corporelle, les patient-e-s apprennent à ressentir sur leur propre corps les conséquences de leurs croyances intériorisées au plus profond d'eux-mêmes. La perception directe des sensations augmente la volonté de changer et peut-être d'examiner les choses sous une perspective inhabituelle. Témoignages de patient-e-s ayant accepté de suivre ce processus: «Ma satisfaction personnelle a augmenté et je me sens mieux. De plus, j'ai apporté des changements dans ma vie.» Ils/elles considèrent que le thème de l'alimentation est de plus en plus inhérente à leur vie et se consacrent également à nouveau à d'autres choses.

Katharina Picard

Pédagogie du mouvement, Feldenkrais, Body-Mind Centering, thérapie post-traumatique et de perception corporelle.

Cours, séminaires et cabinet à Berne, formations continues dans les écoles et les entreprises

Thérapie clinique par le mouvement et la perception corporelle au KEA de l'Hôpital de Zofingue.

www.katharinapicard.ch



En examinant activement ce qui se passe en eux-mêmes et grâce à la marge de manœuvre plus large dont ils/elles disposent, les patient-e-s peuvent alors se débarrasser peu à peu des modes d'alimentation et comportements compulsifs ou démesurés.

Pistes pour avancer et pour y voir plus clair

A l'aide de la thérapie de perception corporelle et du mouvement, les patient-e-s retrouvent leur propre perception, renouent avec leurs émotions et sentiments. De ce fait, leur état d'esprit et les idées qui s'y

rapportent peuvent changer.

La thérapie porte essentiellement sur les éléments suivants:

- marquer un temps d'arrêt et s'accorder une pause;
- pleine conscience et acceptation;
- effet de la pesanteur, espace et rythme;
- tension, force vitale et autorégulation;
- force et effet des images et représentations intérieures;
- en faisant appel à tous les sens: nature intérieure et extérieure;
- créativité en tant que langage et expression du vécu.

Incarner les expériences faites pendant la



séance thérapeutique et les intégrer progressivement dans son quotidien sont les clés d'un changement durable. En tant qu'accompagnatrice du processus, je soutiens le développement d'un réseau solide et adapté au quotidien. L'expérience des patient-e-s s'enrichit et gagne en profondeur.

Recommandations de lecture voir page 8

L'approche thérapeutique multidisciplinaire au KEA: quel est le lien entre alimentation et psychisme?

Laura Berni, MSc, psychologue, centre de compétences pour les troubles du comportement alimentaire, l'obésité et le psychisme (Kompetenzzentrum für Essverhalten, KEA) à l'Hôpital de Zofingue

« Je ne parviens plus du tout à manger. Mon père est assis à côté de moi, me regarde, les yeux tellement pleins d'espoir. Et je sais qu'il est en colère. »

(Une patiente âgée de 20 ans)

« Je vais au frigo, j'en sors tout ce que je trouve, et je me mets à manger. Parfois, j'ai l'impression d'être en transe. Ce n'est qu'après coup, quand je me sens mal, que je me rends compte de tout ce que j'ai mangé. C'est comme si cela avait été quelqu'un d'autre. Ensuite, j'ai honte et je me dis que je manque tellement de volonté. »

(Un patient âgé de 46 ans)

Ces deux affirmations montrent de manière exemplaire que le fait de manger est beaucoup plus souvent lié à un ressenti plutôt qu'au simple fait d'apaiser sa faim ou d'assurer sa survie. Pour les patient-e-s qui arrivent au centre de compétences KEA, le fait de manger, de ne pas manger, de se faire vomir ou de pratiquer le sport

de manière intensive est fréquemment la solution trouvée pour empêcher ou éviter le pire. Par exemple des sentiments ou émotions qui détruisent, qui effraient, qui paralysent ou qui sont si fortes que les personnes qui les ressentent ont l'impression qu'elles ne pourront pas les supporter. Il n'est pas rare que les personnes concernées ne comprennent pas clairement et en détail la fonction de manger à outrance, d'affamer son corps, de vomir ou de faire du sport. Elles racontent par exemple que des personnes extérieures les interpellent au sujet de leur comportement alimentaire ou que leurs proches commencent à s'inquiéter. Une grande souffrance est en outre pratiquement toujours perceptible, souvent à cause d'un sentiment de faute et de honte très marqué. D'où toute l'importance de développer avec les patient-e-s, au début de la thérapie, un modèle qui leur permet d'entrevoir dans un premier temps leur «trouble» comme une solution. Ce qui fonctionne pour nous sera

ce que nous ferons toujours. Dans ce mécanisme, il n'est pas question de faute, ni d'ailleurs de mal que les patient-e-s cherchent à se faire volontairement. Dès lors qu'un comportement fonctionne d'une quelconque manière (p. ex.: manger pour apaiser des sentiments douloureux, affamer son corps pour reprendre le contrôle), le système de récompense dans notre cerveau est activé par la sécrétion de dopamine. Nous allons mieux. Tout au moins à court terme. (À ce niveau, des parallèles avec la dépendance sont décelables. La thérapie contre les addictions est-elle indiquée en cas de troubles du comportement alimentaire? Travail de master de G. v. Rotz; diététicienne au KEA). Le plus souvent, les intéressé-e-s n'ont pas une idée claire de ce que leur coûte à long terme la «solution» qu'ils/elles ont développée, mais ils/elles n'ont appris aucune autre stratégie qui fonctionne «tout aussi bien». Comme pour toute maladie psychique, les troubles du comportement alimentaire sont produits avec le concours de la prédisposition et de l'environnement. Selon l'état actuel de la recherche, on peut supposer que le fait de manger exagéré-

ment, d'affamer son corps, de se faire vomir ou de faire du sport à l'excès ne remplit pas de la même manière pour chacun la fonction de gérer des émotions et sentiments difficiles. Il faut donc avoir une certaine prédisposition, associée aux expériences qui ont forgé une personne au fil de sa vie. Ainsi, les thérapeutes du KEA cherchent d'une part à trouver des explications, et donc des hypothèses communes par rapport au comportement alimentaire, et d'autre part à proposer leur aide pour maîtriser le quotidien et développer de nouvelles stratégies.

En psychothérapie, différentes approches thérapeutiques se sont avérées efficaces pour soigner les troubles du comportement alimentaire. Le KEA en utilise deux, l'approche de la thérapie cognitivo-comportementale et l'approche systémique. La thérapie cognitivo-comportementale part du principe que le vécu et le comportement sont influencés par des cognitions (pensées). Dans le processus thérapeu-

tique, il s'agit donc de vérifier ces cognitions quant à leur adéquation, et le cas échéant de les modifier. Ainsi, il devient possible que les émotions et les comportements se modifient également, ou qu'une autre manière de les gérer puisse délibérément être apprise. Dans la thérapie systémique, l'interaction entre l'individu et son environnement social occupe le premier plan. On part de l'hypothèse que les symptômes sont l'expression des conflits psychosociaux interpersonnels, qui peuvent également être considérés comme des indicateurs de stress biologiques. Le but du travail thérapeutique systémique est de relancer des processus de développement et de communication en stagnation en activant et en soutenant les forces et possibilités de son propre système, non seulement chez les enfants ou les adolescent-e-s, mais aussi pour l'ensemble des patient-e-s. Ainsi, les membres de la famille, le/la partenaire ou d'autres personnes de référence sont souvent impli-

qué-e-s dans la thérapie. Cela donne naissance à un système thérapeutique qui tente, avec la personne concernée en tant qu'experte de son vécu et le/la thérapeute en tant que guide, de promouvoir la coopération obligatoire de toutes les personnes impliquées pendant les séances de thérapie, mais aussi au quotidien. Il n'est pas rare qu'ensuite, les patient-e-s soient amené-e-s à de tester de nouvelles stratégies, lorsqu'ils/elles ont trouvé suffisamment d'assurance ou qu'ils/elles remarquent que la « solution maladie » est trop chère à payer. Pour cela, une relation thérapeutique basée sur la confiance est d'une part nécessaire, qui doit permettre les premières expériences correctives. D'autre part, on n'appréciera jamais assez l'implication de personnes de référence importantes comme source de sécurité.

Bibliographie voir page 21



Pour allier plaisir et bien-être.

Vous souffrez d'une intolérance alimentaire? Régalez-vous sans craindre les effets secondaires avec les quelque 85 produits sans lactose et sans gluten Coop Free From et Schär! Ils vous attendent dans tous les grands supermarchés Coop et sur www.coopathome.ch

Et pour être toujours au courant des nouveautés Free From, abonnez-vous à la newsletter «Alimentation» sur www.coop.ch/freefrom



Pour moi et pour toi.

Terapia delle dipendenze nei disturbi del comportamento alimentare?

La prassi dimostra che nel trattamento delle dipendenze è consigliabile un approccio terapeutico multidisciplinare. Pertanto si allarga la dimensione del trattamento (mentale, fisico e sociale) e il rafforzamento di diversi fattori protettivi può essere favorito e sostenuto da diversi punti di vista. Poiché i disturbi del comportamento alimentare hanno molto in comune con le dipendenze, questa forma terapeutica trova applicazione pratica presso il Centro di competenza per la presa a carico dei disturbi del comportamento alimentare, le adiposità e la psiche (KEA).

Gabriela von Rotz-Amstalden, BSc, dietista ASDD, MSc in consulenza e prevenzione delle dipendenze

Sintesi della tesi di laurea magistrale «Punto d'incontro: il frigorifero. Mangiare per regolare le emozioni e ridurre lo stress¹».

Disturbo del comportamento alimentare o comportamento di dipendenza?

Mangiare e bere sono attività funzionali, associate nella maggior parte dei casi al gusto e al piacere. Si soddisfano in questo modo dei bisogni fondamentali e si stabilisce un benessere fisico e psichico. Ma cosa accade quando l'assunzione di cibo (o il digiuno) diventano una compulsione e scandiscono la giornata?

La dipendenza dal digiuno (anoressia), la dipendenza dal vomito (vomito autoindotto), la dipendenza dai grassi (obesità), la dipendenza dal cibo (bulimia): nel linguaggio comune sono tutte manifestazioni associate a disturbi del comportamento alimentare. È pertanto ovvio dedurre che mangiare possa causare dipendenza. In realtà, vi sono alcuni paralleli ma anche sostanziali differenze fra i disturbi del comportamento alimentare e le dipendenze da sostanze come alcol, nicotina, droghe illegali o medicinali [1].

Alcune caratteristiche comuni, corredate di esempi, sono illustrate nella Tabella 1.

Differenze determinanti

Contrariamente alle dipendenze da sostanze, i disturbi del comportamento

alimentare non causano alcuna manifestazione fisica di astinenza durante la normalizzazione del comportamento. La differenza cruciale è comunque che alla sostanza «cibo» non si può rinunciare completamente. Ogni persona deve comunque mangiare!

Una situazione particolare si verifica tuttavia nell'anoressia nervosa (AN). Questo disturbo del comportamento alimentare si distingue notevolmente dal comportamento nelle dipendenze da sostanze. Küchenhoff (2006) descrive l'AN come una «Forma vuota di dipendenza». I soggetti anoressici non sono dipendenti da una sostanza bensì dal rifiuto della stessa [3].

Grazie alla loro forte fissazione sul controllo è estremamente raro che i soggetti anoressici restrittivi siano interessati da comorbidità in termini di abuso di sostanze, contrariamente alle donne affette da Bulimia Nervosa (BN, in assenza di precedente AN). A seconda della popolazione in esame affetta da disturbi del comportamento alimentare, la prevalenza di comorbidità in termini di abuso di sostanze si attesta fra il 3 e il 52 % [4].

Dipendenza comorbida

Non sono disponibili dati epidemiologici certi sui disturbi del comportamento alimentare e sulla dipendenza da sostanze. Sembra che a una prima diagnosi dei disturbi del comportamento alimentare, l'abuso o la dipendenza da sostanze si attesti fra il 10 e il 30 %. Se alla prima diagnosi si stabilisce una dipendenza da alcol o medi-

camenti, l'ipotesi di disturbo comorbido manifesto del comportamento alimentare si attesta addirittura fra il 20 e il 30 % [5].

Le sostanze vengono assunte dalle donne prevalentemente per sopportare (meglio) il disturbo del comportamento alimentare e supportarne la funzione.

I medicinali, le droghe e gli integratori alimentari sono costosi e ciò può indurre alla delinquenza (per esempio, furto), soprattutto quando si spende molto denaro per l'acquisto di cibo (Binge-Eating Disorder, BED). Ciò può portare a sua volta a una totale perdita del controllo della regolazione degli impulsi (già difficile in precedenza). Come strategia di gestione si possono adoperare i disturbi del comportamento alimentare e le sostanze e/o persino l'autolesionismo [5].

Nell'ambito della ricerca scientifica si ritiene sempre più che i disturbi del comportamento alimentare abbiano numerose analogie con le dipendenze e che possano rappresentare anche una predisposizione all'insorgenza di una dipendenza, nel senso di un radicamento della dipendenza/del comportamento [2,6].

Manifestazioni psichiche collaterali e conseguenze fisiche

Molto spesso, nei/nelle pazienti si verificano disturbi affettivi comorbidi, disturbi della personalità, abuso di/dipendenza da sostanze o dipendenze comportamentali, spesso accompagnate da conseguenze fisiche manifeste. E così, la scarsa nutrizione nelle persone anoressiche o bulimiche è spaventosamente evidente e si manifesta in gravi squilibri elettrolitici, potenzialmente letali, in insufficienze cardiache e renali, in atrofia ossea e muscolare, immaturità/sterilità in caso di carenza ormonale di lunga durata e disturbi dell'ematopoiesi con predisposizione alle infezioni.

Nelle persone obese le conseguenze fisiche si manifestano fra l'altro con patologie del sistema cardiocircolatorio, del metabolismo glicemico e lipidico, disturbi ormo-

¹ La tesi di laurea magistrale può essere richiesta in formato PDF all'autrice.

Caratteristiche della sindrome da dipendenza (correlata a sostanze) mod. secondo ICD-10-GM 2013	Caratteristiche dei disturbi del comportamento alimentare mod. secondo Kinzl et al. (2010) [2]
Perdita del controllo inizio, fine e quantità del consumo non più sotto controllo	Perdita del controllo la persona interessata inizia a mangiare e, nella maggior parte dei casi, continua a mangiare fino a non poterne più (senza fame/nonostante sia sazia), per poi vomitare
Compulsorietà forte desiderio o compulsione a consumare	Occupazione continua del pensiero l'acquisto, il consumo e la preparazione di alimenti scandiscono la quotidianità
Incapacità di astinenza il consumo mitiga i sintomi di astinenza	Incapacità di astinenza forte tendenza alla ricaduta (non è possibile un'astinenza completa), compulsione a mangiare moltissimo/nulla
Sviluppo della tolleranza dosi sempre maggiori, necessarie per lo stesso effetto	Sviluppo della tolleranza il «peso normale» viene fissato gradualmente più in basso
Dipendenza psichica irrequietezza con sofferenza, stati di paura, stati depressivi	Dipendenza psichica aumento dell'assunzione di cibo a copertura di necessità narcisistiche o per difendersi da sensazioni negative come la paura
Perdita di interessi e (occasionalmente) ritiro sociale aumento della quantità di tempo trascorsa per acquistare la sostanza o per riprendersi dalle conseguenze dell'assunzione della stessa	Prosecuzione del comportamento da disturbo alimentare nonostante le conseguenze negative isolamento, infelicità, problemi di salute/economici, paura, ecc.

Tab. 1: Confronto fra i comportamenti nelle dipendenze e i disturbi del comportamento alimentare (illustrazione propria)

nali, patologie gastrointestinali, patologie dell'apparato motorio e altrettanto frequentemente con disturbi affettivi e di isolamento sociale.

Offerte in Svizzera

Soltanto nel Kompetenzzentrum für Essverhaltensstörungen, Adipositas und Psyche (KEA) presso lo Spital Zofingen viene offerto un approccio terapeutico individuale o di gruppo duraturo e ambulatoriale di tipo multidisciplinare, della durata di almeno due anni, destinato a persone con problemi di comportamento alimentare e di peso. Esistono inoltre, in diverse regioni della Svizzera, analoghe offerte terapeutiche ambulatoriali di gruppo per bambini e adolescenti sovrappeso e per i loro genitori. Grazie alla combinazione delle diverse discipline (valutazione medica e psichiatrica, trattamento psicologico, terapia della consapevolezza del corpo e del movimento e fisioterapia nonché consulenza nutrizionale) possono essere forniti consigli individuali per il comportamento alimentare,

l'attività fisica e la gestione dello stress, evitando da una parte lo sviluppo o la progressione di patologie conseguenti e promuovendo dall'altra per gli interessati l'approccio salutogenetico, volto a favorire e mantenere o ripristinare la loro salute.

Gruppi target

Nel KEA vengono trattate in linea di principio le persone di tutte le fasce d'età che, secondo valutazione professionale o propria, soffrono di un disturbo del comportamento alimentare di natura patologica. Accanto ai classici disturbi del comportamento alimentare (AN e BN), vengono trattati anche individui con Binge-Eating Disorder (BED) e soggetti con disturbi del comportamento alimentare non meglio definiti (Night Eating, Sweet Eating ecc.) o con diverse combinazioni degli stessi. Presso il KEA vengono assistite anche persone con patologie somatiche primarie che hanno sviluppato un disturbo del comportamento alimentare secondario.

Approccio terapeutico presso il KEA

Nel trattamento della bulimia nervosa e del Binge-Eating Disorder si è rivelata maggiormente efficace la terapia cognitivo-comportamentale. Per l'anoressia nervosa sono disponibili solo pochi studi efficaci sulle terapie. Esistono tuttavia indicazioni che una terapia cognitivo-comportamentale riduce il rischio di ricadute negli adulti, dopo il raggiungimento del peso normale [7].

Presso il KEA, il team multidisciplinare impiega la suddetta forma terapeutica. In questo modo, gli specialisti delle discipline offerte presso il KEA lavorano sugli stessi fattori protettivi e mostrano alle/ai pazienti diverse prospettive terapeutiche. Per le dietiste/i dietisti si apre così la possibilità di promuovere/supportare i fattori protettivi e anche di elaborarli in via preventiva.

Come consigliato nella letteratura specialistica, presso il KEA la terapia di persone con disturbi del comportamento alimentare è mirata anche a un cambiamento positivo della consapevolezza del proprio corpo [4,8]. Un cambiamento emerge poi per esempio nella disponibilità al miglioramento del comportamento alimentare. Aumenta così la probabilità di consumare alimenti «proibiti» o di gustare il cibo. Questo risultato porta a concludere che la consapevolezza del proprio corpo svolge un ruolo fondamentale per il successo terapeutico e che è auspicabile un maggiore impiego della stessa, come forma terapeutica associata ad altri approcci.

Il supporto sociale viene promosso fra l'altro attraverso offerte di gruppo e motivazione mirata ad attività extradomiciliari. Dal punto di vista delle dietiste e dei dietisti, i pasti consumati regolarmente in compagnia a casa/al lavoro portano a contatti sociali, favorendo contemporaneamente la creazione, il ripristino o il miglioramento della struttura della giornata.

Nella quotidianità della pratica clinica, la complessità dei disturbi del comportamento alimentare necessita di elevate competenze metodologiche e sociali degli specialisti per guidare e assistere bene le/i pazienti. Proprio per le persone affette da disturbi del comportamento alimentare,

che si definiscono maggiormente attraverso le opinioni e le norme di valutazione della società, è importantissimo che gli specialisti si avvicinino a loro senza pregiudizi. Il trattamento delle/dei pazienti si muove pertanto al limite fra il sostegno esigente e il sostegno stimolante e implica un elevato livello di autoriflessione da parte del personale. A tal fine, nel corso delle riunioni settimanali di aggiornamento e delle riunioni periodiche del team, viene offerta ai collaboratori del Kompetenzzentrum l'opportunità di autoriflessione e autocritica sul proprio lavoro, che viene ritenuta da tutti molto stimolante e utile.

Finalità preventive nella prassi

Per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare (come per le dipendenze da sostanze) è inevitabile conoscere i fattori di rischio e di protezione, dai quali

si possano ricavare gli obiettivi successivi, soprattutto per una prevenzione mirata [9]:

- Elaborazione, sopportazione e soluzione di ambivalenze.
- Sviluppo di una maggiore «scelta» di reazioni emotive.
- Miglioramento del contatto con le proprie sensazioni e il proprio corpo.
- Percezione, differenziazione e verbalizzazione delle sensazioni.
- Sviluppo di strategie alternative di gestione, invece di compensare le sensazioni e lo stress o i problemi con il cibo (o con altre sostanze o comportamenti).
- Rafforzamento della percezione del proprio valore, dell'autostima.
- Acquisizione/Miglioramento della capacità di poter avere proprie esigenze, di percepirle e affermarle nei confronti degli altri.
- Sviluppo di un concetto di sé differenziato = rendere la percezione del proprio va-

lore indipendente dalla figura, dal peso e dall'aspetto.

- Sano comportamento alimentare e motorio.
 - Adeguata percezione di fame e sazietà.
- Il fulcro degli obiettivi di prevenzione risiede soprattutto nel comportamento alimentare e nella consapevolezza del proprio corpo, come mostrato nei punti precedenti.
- L'atteggiamento di base qui di seguito descritto è utile nella consulenza e nel trattamento, per esempio per favorire la fiducia in sé, l'iniziativa propria e la capacità di conflitto o un'autovalutazione realistica [10,11]:
- Lavoro orientato alle risorse.
 - Non esprimere valutazioni(!).
 - Lodare qualsiasi sforzo (anche i più piccoli) e non solo i successi.
 - Manifestare riconoscimento, considerazione, empatia.



Per benessere, ma di gusto!

Per chi soffre di intolleranze alimentari: grazie a più di 85 prodotti senza glutine e senza lattosio Free From e Schär, il gusto è ora sinonimo di benessere! Tutti i prodotti sono in vendita nei grandi supermercati Coop o su www.coopathome.ch

Abbonatevi alla nostra newsletter con tante informazioni interessanti su un'alimentazione sana ed equilibrata: www.coop.ch/freefrom



Per me e per te.

- Sollecitazione a prendere le proprie decisioni con il rischio di deludere gli altri.
- Lasciare all'interessato/a la responsabilità delle sue decisioni.

Conclusione

I disturbi del comportamento alimentare sono ampiamente diffusi e la loro prevalenza è tendenzialmente in aumento. È interessante notare che persone con la stessa diagnosi manifestino un diverso disturbo del comportamento alimentare. È quindi emersa la necessità di fattori di protezione e di possibilità di prevenzione mirata che riducano il rischio di sviluppo di

disturbi del comportamento alimentare. Ciò ha portato alla creazione di un catalogo di raccomandazioni² per le dietiste e i dietisti ASDD, volto alla prevenzione mirata nelle pazienti e nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare. È stata posta particolare attenzione alla promozione e al consolidamento della percezione del proprio valore e alla consapevolezza del proprio corpo. Si è inoltre rivelato utile rendere gli interessati consapevoli del nes-

² Il catalogo delle raccomandazioni può essere visionato presso il NutriPoint sotto la rubrica «Studien/Wissenschaft/Wissenschaftliche Arbeiten von Mitgliedern (d)»

so fra stress/emozioni e comportamento alimentare e, non ultimo, puntare su un'alimentazione adeguata, sana, senza limiti e divieti.

In base ai dati contenuti nella tesi di laurea magistrale e alle esperienze presso il KEA, sembra auspicabile la creazione di ulteriori centri di competenza/gruppi di lavoro con collaborazione multidisciplinare. Sarebbero così disponibili ulteriori centri terapeutici (purtroppo) urgentemente necessari che consentirebbero ovunque un'assistenza completa agli interessati.

Bibliografia sulla pagina 6

Scoprire il linguaggio del corpo

La terapia della consapevolezza del corpo e del movimento negli individui affetti da disturbi del comportamento alimentare e da obesità

Katharina Picard, terapeuta della consapevolezza del corpo e del movimento, insegnante del metodo Feldenkrais

In che modo possiamo ascoltare sempre più i bisogni e i segnali del nostro corpo, sentirli dentro di noi e agire di conseguenza?

Grassi o magri, in tempi critici o positivi: conoscere meglio se stessi è un processo di vita fondamentale. Arrivare al proprio corpo, viverlo e vivacizzarlo è fondamentale per tutti: Cosa mi nutre? Come posso regolare le mie tensioni, i miei impulsi e le mie emozioni? Dare seguito a queste domande rappresenta un viaggio intenso, che richiede un ricco bagaglio di ogni genere di vivere e risorse. Le persone che mangiano troppo, troppo poco, compulsivamente o in maniera squilibrata vivono evidentemente questa sensazione giorno dopo giorno. Nella gestione di temi come la salute, lo sviluppo e la scoperta di se stessi diviene per me sempre più evidente la fondamentale importanza di un ambiente accogliente, cordiale e sereno. Esso crea una sorta di secondo corpo intorno a noi, rafforza l'ordine interiore e supporta il nostro orienta-

mento verso l'esterno.

Presso il Centro di competenza per la presa a carico del comportamento alimentare, l'obesità e la psiche (KEA) dello Spital Zofingen, la terapia della consapevolezza del corpo e del movimento è parte integrante di un'assistenza interprofessionale. Comprende inoltre una valutazione medica, la terapia comportamentale, la consulenza nutrizionale e la psicoterapia.

Avvicinarsi con cautela

I disturbi del comportamento alimentare e le obesità risalgono nella maggior parte dei casi a esperienze precedenti che hanno lasciato il segno o sono state fattori scatenanti determinanti. La maggior parte delle pazienti e dei pazienti ha storie di vita pesanti e sta ancora vivendo situazioni difficili. Spesso con il cibo compensano stress e ferite, per trovare sollievo. Il corpo viene percepito sempre più come estraneo e minaccioso. Nella terapia è indicato un procedere cauto e lento. In un primo momento,



le/i pazienti imparano a conoscere le proprie risorse, imparano a gestire le tensioni. Si esercitano a essere presenti e accoglienti nei confronti dei loro stati d'animo, sentimenti e impulsi. Nella situazione protetta della terapia, le pazienti e i pazienti imparano ad affrontare una forte agitazione.

Katharina Picard

Pedagogia del movimento, Feldenkrais, Body-Mind Centering, Terapia post-traumatica e della consapevolezza del corpo.

Corsi, seminari e studio a Berna, formazione continua in scuole e aziende.

Terapia clinica della consapevolezza del corpo e del movimento presso il KEA, Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche (KEA), di Spital Zofingen.

www.katharinapicard.ch

ne, istinti di lotta o di fuga, dissociazione o irrigidimento oppure a gestire con consapevolezza le proprie resistenze. Imparano a indirizzare e dosare con crescente perizia la loro attenzione. Gradualmente, iniziano a fidarsi di nuovo delle loro percezioni. Sono consapevoli dei propri bisogni, rispettano i propri limiti e trovano un linguaggio e un'espressione per la propria esperienza. Vivendo di nuovo maggiormente nel proprio corpo, spesso cambiano anche i sintomi. Le tendenze disfunzionali, a lungo sedimentate, iniziano finalmente a scomparire. In questo processo non è sufficiente soltanto sapere. Per produrre cambiamenti duraturi occorre comprendere le reazioni corporee e gli impulsi della/del paziente.

Cambiamento di prospettiva e libertà di movimento

Le/i pazienti guardano quasi sempre la loro situazione difficile dalla stessa prospettiva: tutto ruota intorno al cibo. Pertanto, in un primo momento, affronterò a malapena il tema del cibo. Nel corso della terapia della consapevolezza del corpo imparano a sentire gli effetti delle loro con-

vinzioni profonde sul proprio corpo. Attraverso la percezione diretta delle sensazioni aumenta la disponibilità a cambiare, a prendere in considerazione altre prospettive, forse inusuali. Le pazienti e i pazienti che si sottopongono a questo processo riferiscono: «Sono più soddisfatta/o e mi sento meglio. Inoltre, ho cambiato alcune cose nella mia vita.» Considerano sempre più il tema del cibo come una parte della loro vita e ricominciano a dedicarsi ad altre cose.

Grazie al confronto attivo con se stessi e con la libertà di movimento ampliata, le/i pazienti possono finalmente liberarsi di comportamenti e abitudini alimentari di tipo compulsivo e smodato.

Elementi guida e possibilità di orientamento

Con l'ausilio della terapia della consapevolezza del corpo e del movimento, le/i pazienti ritrovano la propria consapevolezza, sensibilità e percezione. Possono così cambiare i loro atteggiamenti e i pensieri a essi correlati. I contenuti fondamentali della terapia sono:



- Fermarsi e godersi una pausa
- Attenzione e accettazione
- Forza di gravità, spazio e ritmo
- Tensione, tonicità e autoregolazione
- Forza ed efficacia delle immagini interiori e dei pensieri
- Con tutti i sensi: natura interiore ed esterna
- Creatività come linguaggio ed espressione per le loro esperienze

Dare corpo alle esperienze fatte nel corso della seduta terapeutica e integrarle nella quotidianità sono la chiave per un cambiamento duraturo. Come assistente nel processo, favorisco la creazione di una rete solida e adatta alla quotidianità. Le esperienze dei/delle pazienti divengono più profonde e ricche.

Bibliografia consigliata sulla pagina 8

L'approccio terapeutico multidisciplinare presso il KEA: Qual è il nesso fra l'alimentazione e la psiche?

Dott.ssa Laura Berni, psicologa, Kompetenzzentrum für Essverhalten, Adipositas und Psyche (KEA), Spital Zofingen

«E poi, non riesco più a mangiare. Mio padre sta lì, seduto di fronte a me e mi fissa con impazienza. E io so che è arrabbiato.»
(Paziente donna, 20 anni)

«Vado al frigorifero, tiro fuori tutto ciò che trovo e mangio. Talvolta mi sento come in trance. Solo dopo, quando mi sento male, mi rendo conto di tutto ciò che ho mangiato. Come fosse stata un'altra persona. Poi mi vergogno e penso: quanto sei debole!»
(Paziente uomo, 46 anni)

Queste due testimonianze mostrano in maniera esemplare che molto spesso l'alimentazione è legata a sensazioni che non hanno la mera funzione di placare la fame o assicurarsi la sopravvivenza. Per le pazienti e i pazienti che approdano al KEA, l'alimentazione, l'assenza di alimentazione, il vomito e l'eccessiva pratica sportiva rappresentano spesso la soluzione per impedire o evitare il peggio. Per esempio sentimenti che distruggono, spaventano, tengono prigionieri o sono così forti da indurre

le persone che ne sono colpite a credere di non potercela fare. Non di rado la funzione dell'alimentazione o del digiuno, del vomito o della pratica dello sport non è del tutto chiara agli interessati. Essi riferiscono per esempio che gli esterni fanno loro domande sulle loro abitudini alimentari o che i familiari iniziano a preoccuparsi. In pratica si percepisce sempre anche una grande sofferenza, non ultimo per l'entità dei sensi di colpa e di vergogna degli interessati. È pertanto importante all'inizio della terapia sviluppare con le/i pazienti un modello che consenta loro di riuscire a vedere il loro «disturbo» innanzitutto come soluzione.

Ciò che per noi funziona, sarà ciò che rifa-remo sempre. Non si tratta di colpa né del fatto che le/i pazienti vogliano farsi del male intenzionalmente. Se un comporta-mento funziona in qualche modo (per esempio, mangiare per mitigare sensazio-ni dolorose, digiunare per riconquistare il controllo), si attiva nel nostro cervello il si-stema di ricompensa attraverso il rilascio di dopamina. Ci sentiamo meglio. Almeno temporaneamente. (Qui emergono i paral-leli con la dipendenza. Terapia della dipen-denza nei disturbi del comportamento ali-men-tare? Paper di G.v.Rotz; dietista presso il KEA). La maggior parte degli interessati è consapevole dei costi a lungo termine della «soluzione» ma spesso non conosce altre strategie che possano funzionare allo stesso modo. Come per ogni malattia psi-chica, anche nei disturbi del comporta-mento alimentare contribuiscono la predi-sposizione e l'ambiente. Allo stato attuale della ricerca si deve ritenere che non per tutti mangiare, digiunare, vomitare o pra-ticare sport siano di aiuto alla stessa maniera per gestire stati d'animo o pensie-ri negativi. Occorre dunque una determi-nata predisposizione, associata a esperien-ze che l'essere umano ha fatto nel corso della propria vita. Pertanto, presso il KEA si interviene da un lato per fare chiarezza, cioè formulare ipotesi sul comportamento alimentare elaborate congiuntamente, dall'altro per gestire la quotidianità e for-nire un aiuto per lo sviluppo di nuove stra-tegie.

Sul versante della psicoterapia diversi ap-procci terapeutici si sono rivelati efficaci nel trattamento dei disturbi del comporta-mento alimentare. Presso il KEA ne vengo-no impiegati due: l'approccio terapeutico cognitivo-comportamentale e l'approccio sistemico. La terapia cognitivo-comporta-mentale è incentrata prevalentemente sulla tesi che l'esperienza e il comporta-mento subiscano l'influenza delle cogni-zioni (pensieri), la cui adeguatezza deve essere verificata nel corso del processo terapeutico apportando le modifiche con-seguenti. Quando ciò accade possono cambiare anche le sensazioni e i compor-tamenti o si può apprendere un'altra mo-dalità di gestione. La terapia sistemica è incentrata sull'interazione fra l'individuo e il suo ambiente sociale. Si parte dal pre-supposto che i sintomi siano espressione di conflitti interpersonali, psicosociali, che possono essere considerati anche come in-dicatori biologici di stress. L'obiettivo del lavoro della psicoterapia sistemica è quello di incentivare i processi stagnanti di svi-luppo e comunicazione, attivando e sup-portando le forze e le possibilità proprie del sistema. E questo non solo nei bambini o nei giovani bensì in tutte/i le/i pazienti. Così, vengono spesso coinvolti nella tera-pia i familiari, i partner o altre persone di riferimento importanti. Ne deriva un siste-ma terapeutico che, con l'interessato/a in qualità di esperto delle proprie esperienze e il terapeuta in qualità di navigatore, cer-ca di favorire cooperazioni vincolanti tra

tutti gli interessati sia durante la seduta terapeutica sia nella quotidianità. Non di rado, per le pazienti e i pazienti è possibile sperimentare nuove strategie solo nel mo-mento in cui provano una sufficiente sicu-rezza o notano che la «soluzione malattia» è legata a eccessivi costi. A questo scopo è fondamentale da una parte un rapporto terapeutico di fiducia, che consenta le pri-me esperienze correttive, dall'altra parte è da considerarsi altrettanto importante il coinvolgimento di importanti persone di riferimento che fungano da fonte di sicu-rezza.

Literatur/Bibliographie/Bibliografia

- Jacobi, C., Thiel, A., Paul, T. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa*. (3., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Legenbauer, T. & Vocks, S. (2006). *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Heidelberg: Springer.
- Liechti J. (2008). *Magersucht in Therapie. Gestaltung therapeutischer Beziehungssysteme*. Heidelberg: Carl Auer.
- Munsch, S. & Hilbert, A. (2015). *Übergewicht und Adipositas. Fortschritte der Psychotherapie*. Hogrefe.
- Pudel V. (2003). *Adipositas. Fortschritte der Psychotherapie*. Hogrefe.
- Rüfer M. (2012). *Erfasse komplex, handle einfach. Systemische Psychotherapie als Praxis der Selbstorganisation – ein Lernbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- v.Schlippe A. & Schweitzer J. (2009). *Systemische Interventionen*. (2.Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wunderer, E. & Schnabel, A. (2008). *Interdisziplinäre Essstörungstherapie*. Weinheim und Basel: Beltz.



Gabi Fontana

Präsidentin
Présidente
Presidentessa



Liebes Mitglied

Seit einem Jahr haben wir eine neue Website. Diese moderne und einfach zu handhabende Version scheint bei Ihnen auch viel Gefallen zu finden, haben wir doch deutlich mehr Besuche auf der SVDE-Website als früher. Auf den frei zugänglichen Seiten befinden sich vor allem Informationen zum SVDE und zur gesetzlich geregelten Bildung; im geschützten Mitgliederbereich stellen wir exklusiv für Mitglieder berufs- sowie bildungsbezogene Informationen und gesetzliche Grundlagen zur Verfügung.

Nach wie vor wird an der Website gearbeitet, damit diese optimal genutzt werden kann. Diese Arbeiten werden von den Mitarbeitenden unserer Geschäftsstelle vorgenommen, ohne dass wir bei der Benutzung ein Defizit feststellen können. Herzlichen Dank an die Mitarbeitenden der Geschäftsstelle für diesen unermüdlichen Einsatz!

Anfang 2016 ist nun auch der NutriPoint aufgeschaltet worden. Im neuen Design unterstützt uns der NutriPoint in der Verrichtung unserer täglichen Arbeit. Die einen oder anderen von Ihnen erinnern sich sicher noch an unser Praxishandbuch. Der NutriPoint ist die erweiterte, moderne Version davon. Damit das Erstellen und Bearbeiten des NutriPoint überhaupt möglich ist, sind wir auf Fremdgelder von Partnern und Sponsoren angewiesen. Ersichtlich werden die jeweiligen Unterstützer in sogenannten Bannern. Auch diese können angeklickt werden und führen direkt zu themenbezogenen Informationen des jeweiligen Partners.

Noch sind nicht zu allen Themen die entsprechenden Informationen erstellt und aufgeschaltet sowie alle Teile übersetzt. Nach und nach wird der NutriPoint wachsen und sich entwickeln – noch viel stärker als die Website, ist der NutriPoint «work in

progress» ein Gemeinschaftswerk unseres Berufsstandes. Momentan tragen v.a. die Fachgruppen dazu bei, indem sie uns allen die neusten Erkenntnisse aus ihrem Themenfeld zukommen lassen. Aber auch jede/r Einzelne von uns kann mithelfen, den NutriPoint zu ergänzen: Haben Sie neue Erkenntnisse oder sind Sie auf einen interessanten Link gestossen, teilen Sie uns das doch mit und/oder diskutieren Sie in den Foren darüber. Damit sind alle Mitglieder des SVDE auf dem gleichen Wissensstand. Das erhöht die Qualität unserer Arbeit und macht uns gegen aussen stark.

Der regelmässige Besuch auf NutriPoint lohnt sich, um à jour zu bleiben!

Chère membre, cher membre

Voici un an que notre nouveau site Internet est en service. Apparemment, cette version moderne et intuitive vous plaît beaucoup, et la fréquentation du site Internet de l'ASDD est nettement meilleure qu'avant. Les pages librement accessibles renferment surtout des informations sur l'ASDD et la formation réglementée légalement, alors que dans la zone réservée aux membres, nous mettons à votre disposition de façon exclusive les bases légales et des informations sur la profession et la formation.

Nous continuons à travailler sur le site web afin de l'optimiser sans cesse ses

contenus et sa convivialité. Cette tâche incombe aux collaborateurs/trices de notre secrétariat, qui interviennent avant même que des manques ne puissent être constatés au niveau de l'utilisation. Un grand merci pour leur engagement infatigable! Début 2016 a marqué la mise en ligne de NutriPoint. Avec son nouveau design, NutriPoint nous sert d'outil pour l'accomplissement de notre travail quotidien. Certain-e-s d'entre vous se souviennent sûrement encore de notre manuel pratique. En fait, NutriPoint en est une version moderne élargie. Pour l'élaboration et la mise à jour de NutriPoint, nous ne pouvons

nous passer du financement de nos partenaires et sponsors. Ces derniers apparaissent dans ce que l'on appelle les bannières. En cliquant sur celles-ci, vous pouvez accéder directement aux informations thématiques du partenaire correspondant.

Des informations spécialisées n'ont pas encore été développées et publiées sur tous les sujets, de même que toutes les parties n'ont pas encore été traduites. NutriPoint s'étoffera et s'enrichira progressivement, car plus encore que notre site Internet, il est un ouvrage en devenir constant et une réalisation commune de

notre profession. Pour le moment, ce sont surtout les groupes spécialisés qui contribuent à son développement en nous faisant parvenir les dernières découvertes de leur champ thématique. Toutefois, quiconque peut nous aider à compléter le

contenu NutriPoint: si vous avez connaissance de nouveaux résultats ou que vous êtes tombé-e sur un lien intéressant, ne manquez pas de nous le communiquer ou d'en discuter sur les forums. Cela permettra aux membres de l'ASDD d'égaliser leur

niveau de connaissances et d'améliorer la qualité de leur travail, ainsi que d'être fort-e-s à l'extérieur.

Pour être au fait des choses, cela vaut la peine de consulter régulièrement NutriPoint!

Cari membri,

Da un anno abbiamo un nuovo sito web, più moderno e di facile utilizzo, che sembra essere di vostro gradimento, visto il netto aumento di persone che lo hanno consultato. Le pagine a libero accesso presentano soprattutto informazioni sull'ASDD e sul corso di formazione in dietista disciplinato dall'Ordinanza sull'assicurazione malattie OAMal; nelle pagine protette riservate ai membri mettiamo a vostra esclusiva disposizione informazioni e basi legali relative alla professione e alla formazione.

I collaboratori del nostro segretariato continuano a lavorare al sito web per ottimizzarne ulteriormente le possibilità d'utilizzo e ciò senza che nell'uso quotidiano sia riscontrabile alcun deficit. A loro il nostro sentito ringraziamento per l'infaticabile impegno!

Ad inizio 2016 è stato finalmente messo online anche NutriPoint. Con un nuovo design, NutriPoint ci è d'aiuto nello svolgimento del nostro lavoro quotidiano. Tra voi ci sarà sicuramente chi si ricorda ancora del nostro manuale pratico: NutriPoint è la sua versione ampliata e moderna. La creazione e l'elaborazione di NutriPoint sono possibili solo grazie all'aiuto economico esterno di partner e sponsor. Questi sostenitori sono visibili nei rispettivi banner, sui quali è possibile cliccare per essere indirizzati direttamente alle informazioni del partner concernenti il tema in questione. Al momento non sono ancora state create e messe online informazioni relative a tutti i temi e non tutte le pagine sono già disponibili sia in tedesco che in francese. Con il tempo NutriPoint crescerà e si svilupperà. NutriPoint è ancora più un «work in pro-

gress» del sito web: un'opera collettiva della nostra categoria professionale. Attualmente, al suo sviluppo contribuiscono soprattutto i gruppi di specialisti che ci inoltrano tutte le più recenti conoscenze riguardanti il loro ambito tematico. Ma anche ognuno di noi può contribuire ad arricchire NutriPoint: se siete a conoscenza di nuove informazioni, di nuovi dati o avete trovato un link interessante, fatecelo sapere e/o discutetene nei forum. Così tutti i membri dell'ASDD disporranno delle stesse conoscenze, aumentando la qualità del nostro lavoro e rafforzando la nostra posizione verso l'esterno.

Vale la pena di consultare regolarmente NutriPoint e restare così aggiornati!

Vernehmlassung Berufsordnung abgeschlossen

Im Namen der Berufsordnungskommission möchte ich mich herzlich bedanken für die zahlreichen Rückmeldungen zu unserer Berufsordnung.

Die Berufsordnungskommission wird nun die Vernehmlassungsantworten diskutieren, allfällige Anpassungen machen und Erklärungsbedarf ermitteln.

An der GV 2016 wird die so fertig gestellte Berufsordnung vorgestellt und zur Genehmigung unterbreitet.

Beatrice Conrad Frey

Consultation sur le code de déontologie clôturée

Au nom de la commission de déontologie, je tiens ici à vous remercier pour tous les retours que vous nous avez adressés au sujet du code de déontologie.

La commission de déontologie va maintenant discuter des réponses résultant de la consultation, effectuer les adaptations nécessaires et déterminer le besoin d'éclaircissements.

Le code de déontologie ainsi préparé sera présenté et soumis à approbation lors de l'AG 2016.

Beatrice Conrad Frey

Conclusa la consultazione del codice deontologico

A nome della commissione di deontologia desidero ringraziarvi di cuore per i numerosi commenti e i preziosi suggerimenti formulati in merito al nostro codice deontologico.

La commissione di deontologia discuterà ora le risposte scaturite dalla consultazione, apporterà le modifiche necessarie e vi comunicherà se vi sono eventuali punti che richiedono ulteriori chiarimenti.

La versione definitiva del codice deontologico sarà presentata e sottoposta ad approvazione nell'Assemblea generale 2016.

Beatrice Conrad Frey

EMfit – Qualitätslabel für Kursleitende im Bereich Gesundheitsförderung

EMfit ist ein Qualitätslabel für Kursleitende, welche im Bereich der Gesundheitsförderung Kurse anbieten. Interessierte SVDE-Mitglieder können sich dazu unter www.emfit.ch registrieren bzw. ein persönliches Nutzerkonto bei myEMfit einrichten. Diese kostenpflichtige Registrierung ermöglicht SVDE-Mitgliedern, ihre Referate, Kurse und Workshops, welche sie im Bereich der Gesundheitsförderung anbieten, mit einem Qualitätslabel zu versehen. Ernährungsberater/innen SVDE geben damit aber auch ihren Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmern die Möglichkeit, Zuschüsse zu ihren gesundheitsfördernden Kursen aus der privaten Zusatzversicherung zu erhalten.

Seit 1. Januar 2016 arbeitet die Helsana-Gruppe mit EMfit zusammen. Somit leistet Helsana Beiträge für gesundheitsfördernde Referate und Kurse, sofern diese durch die Helsana anerkannt sind und von Kursleiterinnen und Kursleitern mit dem EMfit-Qualitätslabel in Rechnung gestellt werden. Davon profitieren alle Kursteilnehmer/innen, die bei Helsana eine private Zusatzversicherung SANA oder COMPLETA abgeschlossen haben, sowie die Kunden der Progrès, Sansan, Avanex, KLuG und der Krankenkasse Stoffel Mels.

Falls Sie sich noch nicht für die EMfit-Liste freigeschaltet haben, können Sie das jetzt tun: www.myemfit.ch.

Das erforderliche Passwort können Sie ganz einfach durch Eingabe Ihrer E-Mail-Adresse und EMfi anfordern. Dies gilt auch für den Fall, falls Sie bereits bei myEMfit freigeschaltet sind, Ihr Passwort aber vergessen haben.

MEfit: le label de qualité pour les animateurs/animatrices de cours dans le domaine de la promotion de la santé

MEfit est un label de qualité pour les animateurs/trices qui proposent des cours dans le domaine de la promotion de la santé. Les membres de l'ASDD qui sont intéressé-e-s peuvent s'enregistrer sous www.mefit.ch, et créer ensuite leur compte d'utilisateur dans myMEfit. Cet enregistrement est payant et permet aux membres de l'ASDD de munir d'un label de qualité les exposés, les cours et les ateliers qu'ils/elles proposent dans le domaine de la promotion de la santé. De cette manière, les diététicien-ne-s ASDD offrent la possibilité aux personnes qui assistent à leurs cours, exposés ou ateliers de bénéficier de contributions de la part de leur assurance complémentaire privée pour leurs activités dans le domaine de la promotion de la santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, le Groupe Helsana collabore avec MEfit. Ainsi, Helsana verse une participation pour les exposés et les cours de promotion de la santé dès lors qu'elle les a reconnus et qu'ils sont facturés par des animateurs/trices munis du label de qualité MEfit. Pour bénéficier de cette prestation, il faut avoir conclu auprès d'Helsana une assurance complémentaire SANA ou COMPLETA. Les clients des caisses-maladie Progrès, Sansan, Avanex, KLuG et Stoffel Mels sont également concernés.

Si vous ne vous êtes pas encore enregistré-e sur la liste MEfit, vous pouvez le faire maintenant: www.mymefit.ch.

Vous pouvez obtenir le mot de passe requis de manière très simple en entrant votre adresse e-mail et votre numéro MEfit. Cela vaut également pour le cas où vous avez déjà activé votre compte auprès de myMEfit, mais que vous avez oublié votre mot de passe.

MEfit – Marchio di qualità per animatori di corsi nell'ambito della promozione della salute

MEfit è un marchio di qualità per animatori che propongono corsi nell'ambito della promozione della salute. I membri interessati dell'ASDD possono registrarsi al sito www.mefit.ch rispettivamente aprire un conto utente personale myMEfit. Questa registrazione a pagamento permette ai membri dell'ASDD di esporre un marchio di qualità per i propri corsi, le conferenze e i workshop proposti nell'ambito della promozione della salute. In questo modo dietiste e dietisti ASDD danno anche la possibilità ai partecipanti ai loro corsi di ricevere, da parte dell'assicurazione complementare privata, contributi ai costi per i corsi nell'ambito della promozione della salute.

Dal 1° gennaio 2016 il gruppo Helsana collabora con MEfit. Helsana concede quindi i contributi ai costi per corsi e conferenze per la promozione della salute, a condizione che questi siano riconosciuti da Helsana e vengano fatturati da animatori e animatrici di corsi muniti di marchio di qualità MEfit. Ne beneficiano tutti i partecipanti ai corsi che hanno sottoscritto con Helsana un'assicurazione complementare privata SANA o COMPLETA e i clienti di Progrès, Sansan, Avanex, KLuG e della cassa malati Stoffel Mels.

Se non vi siete ancora iscritti alla lista MEfit, potete farlo adesso: www.mymefit.ch. Per richiedere la password necessaria basta inserire il vostro indirizzo e-mail e il numero MEfit. Potete seguire la stessa procedura anche se vi siete già iscritti a myMEfit ma avete dimenticato la vostra password.

Beratungssektion diabetesschweiz

Grüezi

Kennen Sie die Beratungssektion **diabetes-schweiz**? Nein, dann unbedingt den Artikel weiter lesen, sonst verpassen Sie etwas. Sie kennen uns und sind ein Mitglied der Beratungssektion, cool.

Sie kennen uns, finden aber keinen Gefallen an der Beratungssektion? Dann melden Sie sich bitte, wir nehmen Ihre Anregungen gerne auf.

Wir, vier Ernährungsberater/innen, und vier Diabetesberater/innen, bilden zusammen mit einem Facharzt den Vorstand der Beratungssektion **diabetesschweiz**.

Die Beratungssektion ist eine Sektion der Schweizerischen Diabetes-Gesellschaft,

oder neu **diabetesschweiz**. Unser Ziel ist es, eine laufende Verbesserung der Schulungen und Beratungen der an Diabetes mellitus erkrankten Personen zu erreichen. Einmal jährlich organisieren wir eine Jahrestagung mit aktuellen Themen und qualifizierten Referenten. Dank der Interdisziplinarität des Vorstandes und der Tagungsteilnehmern bieten wir eine ideale Plattform an, um sich auszutauschen und fördern somit auch ein besseres Verständnis unter den Berufsgruppen.

Unseren Mitgliedern bieten wir einen mehrsprachigen Fachordner, welcher online aufgeschaltet ist. Aktuell ist gerade eine Ergänzung des Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern zwischen 6 bis 12 in

Arbeit. Sie finden Kohlenhydrat Schätzübungen, schön illustrierte Arbeitsblätter und vieles mehr in unserem Fachordner. Wir sind nicht politisch aktiv, pflegen aber gute Kontakte zu anderen Berufsverbänden.

Haben wir Sie neugierig gemacht?

Besuchen Sie unsere Homepage www.diabetesschweiz.ch/beratungssektion.

Wir würden uns über Ihre Teilnahme an der Jahrestagung im April 2016 in Olten freuen.

Bis dahin grüsst Sie herzlich

Der Vorstand der Beratungssektion diabetesschweiz

Groupe consultation et enseignement diabètesuisse

Bonjour

Connaissez-vous le groupe **diabètesuisse** consultation et enseignement?

Non, alors continuez de lire l'article, sinon, vous allez passer à côté de quelque chose. Vous nous connaissez et êtes déjà membre, parfait.

Vous nous connaissez déjà mais n'y voyez pas d'intérêt? Alors prenez contact avec nous si vous avez des remarques à nous transmettre.

Nous, 4 diététicien(ne)s et 4 infirmières-conseil en diabétologie formons, avec un médecin spécialisé le comité du groupe ASD pour la consultation et l'enseignement.

Nous sommes une section ordinaire de l'Association Suisse du Diabète, nouvellement **diabètesuisse**. Notre objectif est d'aspirer à l'amélioration constante de l'enseignement et de la consultation pour toutes personnes ayant du diabète.

Nous sommes actuellement surtout présents en Suisse alémanique. Nous organisons une fois par année une conférence à Olten à un prix défiant toute concurrence sur des thèmes actuels avec des référents qualifiés et de qualité. Grâce à l'interdisciplinarité du comité et des membres, c'est la plateforme idéale pour échanger et promouvoir une meilleure compréhension et collaboration entre les deux groupes professionnels. Les orateurs s'expriment uniquement en bon allemand.

Nos membres ont un accès online à notre classeur professionnel français, allemand, et une partie en italien. Actuellement, le chapitre diabète chez l'enfant entre 6 et 12 ans est en préparation. Vous y trouverez aussi des feuilles de travail pour l'estimation des glucides et bien plus encore. Le groupe romand ASDD spécialisé en diabétologie a déjà collaboré avec nous pour la mise en place ou la traduction de documents du classeur.

Nous ne sommes pas actifs politiquement parlant mais soignons le contact avec nos 2 associations professionnelles respectives ASDD et GICID.

Avons-nous piqué votre curiosité?

Venez visiter notre site internet www.diabetesschweiz.ch/beratungssektion/fr.

Nous serions ravis de vous compter parmi nous lors de notre conférence annuelle (en bon allemand) ce 22 avril à Olten.

Jusque là, amicalement

Le comité du groupe de consultation et d'enseignement diabètesuisse

Nachdiplomstudium: Individualisierte Ernährungstherapie

Eine Weiterentwicklung der Vitalstofftherapie

«Der Mensch ist das Resultat seines Stoffwechsels.» Das heisst, dass sowohl denken, fühlen und handeln aus dem komplexen Zusammenspiel von Organen, Mikroorganismen und verschiedenen Ord-

Lebens- und Gesundheitslage Ihres Patienten optimieren können.

Das Ziel dieser Weiterbildung ist es, fundiertes naturwissenschaftliches Wissen verbunden mit erfahrungsheilkundlichen

- Blutwerte im Zusammenhang mit Zivilisationskrankheiten
- Ernährungsheilkundliche Ansätze in der Praxis auch in Kombination mit Nahrungsergänzungsmitteln und orthomolekular-medizinischen Ansätze bei Zivilisationskrankheiten
- Empfehlenswerte Präparate auf dem Schweizer Markt
- Superfood und Nahrungsergänzungen bei Zivilisationskrankheiten
- Wann sind Nahrungsergänzungen angebracht und wann ist die Einnahme kontraproduktiv

Diese Weiterbildung bringt Ihnen Sicherheit in der Beratung und Begleitung von komplexen Stoffwechselentgleisungen und Zivilisationskrankheiten.

Unser Konzept beruht auf der Basis der LOGI-anti-entzündlichen Ernährung, ergänzt mit unterstützenden Massnahmen der Organharmonisierung, im Ausgleich von Mangelzuständen und in der Ausleitung von Stoffwechselrückständen.



nungsprinzipien in unserem Körper entstehen. Alles in unserem Körper beruht auf biochemischen Reaktionen. Gerät das biochemische Zusammenspiel aus dem Gleichgewicht, stellen sich Veränderungen der Gefühle und des Befindens ein, aus denen sich psychische und körperliche Krankheiten entwickeln können. Damit wir gesund und leistungsfähig bleiben, muss daher der Körper mit allen erforderlichen Vitalstoffen versorgt sein, um seine Aufgaben optimal erfüllen zu können. Doch wie soll unsere Ernährung zusammengestellt sein, damit der Körper all diese Vitalstoffe in ausreichender Menge erhält?

Wir zeigen/lehren in diesem Nachdiplomstudium, wie Sie als Therapeut mit individuellen Ernährungsansätzen die aktuelle

Erkenntnissen praxisnah zu vermitteln. Schwerpunkte dieser Weiterbildung sind:

- Vertiefte Sichtweise für Makronährstoffe entwickeln
- Erkennen neuer Herausforderungen an den Stoffwechsel, Stressbelastungen und Metabolismus
- Grundlagen der verschiedenen Stoffwechselentgleisungen wie chronische Entzündungen, neuroendokrinologische Entgleisungen
- Vertiefung zu Wissensinhalten von Vitaminen, Mineralien und sekundären Inhaltsstoffen
- Konstitutionstheorien im Zusammenhang mit Ernährung und Krankheitsbildern
- Labordiagnostika wie Haar-, Stuhl-, Speichelanalysen

Nhk / Institut für integrative Naturheilkunde

Nachdiplomstudium:

Individualisierte Ernährungstherapie

Datum: Dienstag, 10. Mai 2016 bis
Dienstag, 6. Juni 2017

Ort: NHK, Militärstrasse 90,
8004 Zürich

Leitung: Sybille Binder

Anmeldung: www.nhk.ch/startdaten

1. Internationaler Kongress für Ernährung und Therapie bei gastroenterologischen Erkrankungen (GASTRODIET)

Dominique Scherrer, Kantonsspital Frauenfeld; Beatrice Schilling, Baden; Silvia Maissen und Caroline Kiss; Universitätsspital Basel

Die australische Monash-Universität betreibt in Prato, Italien, eine Partner-Universität. Dort fand vom 1.–3. November 2015 unter der Leitung von Prof. Dr. med. Peter Gibson und seinem australischen Team der 1. internationale Kongress für Ernährung und Therapie bei gastroenterologischen Erkrankungen statt.

Schwerpunkt dieses ersten GASTRODIET-Kongresses bildete die Therapie des Reizdarmsyndroms mit dem FODMAP-Konzept und dessen Umsetzung im Alltag. Weitere Themen waren die Glutensensitivität, Analysemethoden von FODMAPs, Mikrobiom, Hypnotherapie usw.

Über den Einfluss der Low FODMAP Diet auf die Darmflora sowie den Umgang mit den Patientinnen und Patienten, welche nicht von dem FODMAP-Konzept profitieren können, wurde rege diskutiert.

Unter anderem wurde aufgezeigt, dass die Aussagekraft der H₂-Atemtests nicht unbestritten ist: Neuere, kleinere Studien zeigen beispielsweise auf, dass sich ca. 30 % der positiven Fruktose-Atemtests bei er-

neuter Testung nach einiger Zeit in ein negatives Resultat wandeln.

Der relativ kleine, erste Kongress hatte den grossen Vorteil, dass alle Referenten selber Erfahrung im Forschungsbereich und/oder in der Umsetzung des Konzeptes haben. Insgesamt reisten dazu rund 100 Fachpersonen an. Davon waren die Hälfte Dietitians. Die Schweiz war mit 8 Ernäh-

rungsberaterinnen gut vertreten. Wir schätzten den Austausch mit anderen gleichgesinnten Ernährungsfachpersonen aus aller Welt und sind mit einigen neuen Erkenntnissen und vielen Ideen zurückge-
reist.

Die Referate und die Diskussionen haben gezeigt, dass wir in der Schweiz auf einem guten Weg sind. Wir wenden die neuesten Erkenntnisse an und sind, wie empfohlen, daran, die Ernährungsberater/-innen zum Thema FODMAP zu schulen.



Kongress DPMITT 2016 zum Thema Interprofessionalität – Realität oder Mythos

Interview mit Ulrich von Allmen, Direktor Pflege/MTT, Inselspital, Universitätsspital Bern

1. Interprofessionalität ist zurzeit «en vogue» – warum machen Sie ebenfalls einen Kongress zu diesem Thema?

Das Thema ist zu Recht en vogue. Die Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten erfordert aufgrund der Komplexität ihrer Erkrankungen, sozialen Situationen und der medizinischen Spezialisierung eine interprofessionelle Versorgung.

Heute gibt es dazu punktuell gute Projekte oder schon eine tatsächlich gelebte, interprofessionelle Praxis. Diese ist aber noch keine Selbstverständlichkeit und Kultur.

2. Wie steht es heute mit der Interprofessionalität in Ihrem Arbeitsumfeld?

Bei uns wird interprofessionelle Zusammenarbeit noch immer häufig mit Inter-

disziplinarität verwechselt. Interdisziplinarität ist die Zusammenarbeit von Mitarbeitenden aus verschiedenen Fachrichtungen, z. B. von Kardiologen und Onkologen; diese erfolgt aber nicht notwendigerweise unter verschiedenen Professionen. Interprofessionalität meint hingegen den Schulterschluss der verschiedenen Professionen (Zusammenarbeit der Berufsgrup-

pen ohne hierarchische Hemmschwellen, gute Gestaltung der Schnittstellen) mit dem Ziel, die Patientinnen und Patienten «aus einer Hand» zu versorgen und zu betreuen.

3. Was läuft national und international punkto Interprofessionalität?

Interprofessionalität ist effektiv ein internationales Thema in Praxis, Bildung und Forschung, welches auch national auf politischer und klinischer Ebene vorangetrieben wird. So lanciert z.B. die Gesundheitsdirektorenkonferenz ab 2017 ein Programm

zu Förderung der Interprofessionalität, mit dem finanzielle Mittel in Millionenhöhe für entsprechende Projekte zur Verfügung gestellt werden.

Am Kongress werden renommierte nationale und internationale Referentinnen und Referenten verschiedener Professionen ihre Vorgehensweisen und Erfahrungen darstellen und reflektieren.

4. Was passiert mit Wissen und Erkenntnissen des Kongresses?

Der Kongress soll die Teilnehmenden über den internationalen Stand informieren

und sie motivieren, die eigene interprofessionelle Praxis zu reflektieren, selber interprofessionelle Zusammenarbeit aufzubauen oder hierfür neue Wege einzuschlagen. Zudem können und sollen aus innovativen Ideen und Beispielen zukunftsgerichtete Vorhaben in der Praxis entstehen.

Der Kongress findet am 4. und 5. März 2016 im Inselspital, Universitätsspital Bern, im Auditorium Ettore Rossi statt. Details finden Sie auf der Website www.dpmitt.insel.ch/de/veranstaltungen.

Die Fahrt mit Christine

Abschiedssymposium für Prof. Dr. phil. nat. Christine Römer-Lüthi

Sonja Nafzger und Silvia Honigmann, im Namen der Berner Fachhochschule Gesundheit, Disziplin Ernährung und Diätetik

Dr. Christine Römer-Lüthi hat per Ende Juli 2015 den Bachelor-Studiengang in Ernährung und Diätetik an der Berner Fachhochschule in Richtung (Fast-)Ruhestand verlassen. Als BSc-Studiengangsleiterin, Dozentin, frühere Schulleiterin HF und Fachexpertin in der Weiterbildung prägte sie die Bildungslandschaft sowie den Beruf von Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern. Und so kamen verschiedenste Gäste sowie Referentinnen und Referenten aus ihren Netzwerken am Abend des 23. Oktobers 2015 zusammen, um sie im Rahmen eines Symposiums und anschliessenden Apéros offiziell und gebührend zu verabschieden.

Unter dem Motto «Die Fahrt mit Prof. Dr. phil. nat. Christine Römer-Lüthi» begaben wir uns gedanklich noch einmal an Bord ihres Schiffes und erlebten rückblickend einige wichtige Stationen ihrer Arbeit für die Ausbildung der Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater. Von 1980 an, als sie an der Schule für Diätassistentinnen des Inselspitals Bern Biochemie unterrichtete, über ihre Rückkehr, als sie im Jahr 1997 die Leitung der Höheren Fachschule

für Ernährungsberater und Ernährungsberaterinnen und damit das Ruder übernahm. Dank der steten Bestrebungen zu einer höheren Ausbildungsqualität, einem schnelleren Ausbildungstempo sowie der Optimierung wichtiger bildungsstrategischer Verbindungen, gelang es Christine Römer-Lüthi, im Jahr 2007 mit ihrem «Schiff» auf Hochschulstufe zu landen. Hier angekommen, nahm sie ihre «Besatzung» bei jedem ihrer Schritte zur Entwicklung eines hochschultauglichen Curriculums mit, liess Bologna dabei nie aus den Augen, nahm die Forschung mit an Bord, stärkte die Bekanntmachung der Expertise von Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberatern an Kongressen und durch Publikationen und strebte immer wieder neue Ufer an. So verkündete sie im Jahr 2011 mit der Unterschrift der ersten Diplomierungsunterlagen das Ziel «BSc in Ernährung und Diätetik» als erreicht und gab das neue Ziel der Entwicklung des Masters of Science bekannt.

Liebe Christine: Wir sind aufgebrochen und nehmen auf direktem Kurs neue Projekte in Angriff. Deine ehemalige Besat-

zung sowie Deine Gäste an Bord danken dir für dein Werk. Du hast uns nach jedem Sturm wieder in den sicheren Hafen geführt. Deine Visionen und dein unermüdliches Engagement suchen ihres Gleichen. Wir wünschen dir für deine Weiterfahrt von Herzen viele Momente, die dich erfrischen, Sonnenstrahlen, die dich wärmen und sanfte Wogen, die dich stets wieder dorthin tragen, wo du am liebsten bist.



Gesundheitsziele mit Motivation und Willenskraft versehen Modulare Weiterbildung mit dem ZRM® – 7-tägiger Kurs



Gerade in der Gesundheitsberatung gibt es ein bekanntes Phänomen: Klienten wissen, was sie machen müssten, damit es ihnen besser geht, tun es aber trotz Leidensdruck nicht. Die Ursache liegt demnach nicht in mangelhaftem Wissen, sondern an der fehlenden Motivation und einem schwachen Durchhaltewillen. Gerade bei langfristigen Ernährungsumstellungen ist eine starke Willenskraft von zentraler Bedeutung.

Das Zürcher Ressourcen Modell wurde an der Universität Zürich entwickelt und bietet wissenschaftlich fundierte und in der Praxis erprobte Coaching-Technik zur Entwicklung motivierender Ziele. Diese basieren auf neuesten hirnbioologischen Erkenntnissen darüber, wie Motivation im Gehirn erzeugt werden kann und erwünschte Verhaltensmuster zuverlässig aktiviert werden können.

In der modular aufgebauten Weiterbildung lernen Sie Ihre Klienten aktiv und erfolgreich dabei unterstützen zu können, selbstbestimmte Gesundheitsziele zu entwickeln. Sie erfahren zudem, wie eingeschliffene alte Verhaltensmuster durch neue erwünschte Muster erfolgreich ersetzt werden können.

Möchten Sie erst einen Einblick in das ZRM-Modell gewinnen, bietet sich das Basisseminar an (2 Tage: 27. + 28.10. 2016).

Das Zürcher Ressourcen Modell-ZRM® wurde von Maja Storch und Frank Krause an der Universität Zürich entwickelt.

Datum: 01./02. März 2016, 26./27. April 2016, 31. Mai und 1. Juni 2016, 19. August 2016
Ort: Bern

Nutrition Care Process and Terminology (NCPT) Standardisierte Sprache (Umsetzung in der Praxis)



Kursbeschreibung:

Der Nutrition Care Process wurde 2002 von der American Dietetic Association entworfen und etabliert. Es handelt sich dabei um einen standardisierten Ablauf in der Dokumentation zur Verbesserung der Effizienz und Qualität in der Betreuung von Patienten.

IDNT steht für International Dietetics and Nutrition Terminology, eine gemeinsame standardisierte Sprache in der Ernährung und Diätetik. Der NCP und die IDNT zusammen bieten ein international einheitliches und strukturiertes Vorgehen, das erlaubt, die Qualität der Ernährungsberatung/-therapie zu überprüfen und zu verbessern.

Das Formulieren der Ernährungsdiagnose ist ein wichtiger und für viele ein noch ungewohnter Schritt im ernährungstherapeutischen Prozess. Er beinhaltet die Identifikation und Benennung eines oder mehrerer Ernährungsprobleme und das PES-Statement (Problem, Etiology, [Signs &] Symptoms). Die Behandlung der Ernährungsdiagnose fällt in die Zuständigkeit und Verantwortung unserer Profession.

Die Referentinnen sind Mitglieder in der SVDE-Steuergruppe NCPT und IDNT zur Implementierung des IDNT in der Schweiz und haben NCP/IDNT bereits teilweise in ihren Praxisalltag integriert.

Ziel (zu erwerbende Kompetenzen)

Die Teilnehmenden

- ... kennen die Prozessschritte des NCP und den Aufbau International Dietetics & Nutrition Terminologie
- ... können die IDNT (Zugang via NutriPoint des SVDE) als Nachschlagewerk benützen
- ... verstehen die Notwendigkeit von eigenen, berufsspezifischen Diagnosen
- ... erlernen die Struktur zur Formulierung einer Ernährungsdiagnose und wie diese kritisch evaluiert werden kann und formulieren anhand ihres Fallbeispiels eine Ernährungsdiagnose

Datum: 15. April 2016
Ort: Basel

Social Media macht nicht blöd! twitter und LinkedIn sinnvoll und effektiv nutzen



Die positiven Rückmeldungen nach der Durchführung des Kurses im Frühjahr 2015 veranlassen uns, den Kurs 2016 ein weiteres Mal anzubieten.

Die Vernetzung innerhalb der Berufsgruppe wie auch mit potenziellen Kunden läuft vermehrt über elektronische Kanäle. Entsprechend benötigen Ernährungsberaterinnen Wissen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden. In diesem Workshop gewinnen Sie einen kompakten Überblick über die gängigsten Social-Media-Plattformen und deren Einsatzmöglichkeiten.

Vertieft werden Sie sich anschliessend mit den Netzwerken twitter und LinkedIn auseinandersetzen. Nutzen Sie twitter als Themenseismograf, Informationsquelle, Newsticker, Dialogermöglicher, Marketing-Instrument.

Machen Sie daraus, was Sie wollen! Wir lernen im Workshop wie Sie starten und was es zu beachten und zu entdecken gibt. Schritt für Schritt.

LinkedIn ist das weltweit grösste Business-Netzwerk. Knüpfung geschäftlicher Kontakte, Bewerben und Rekrutieren, interessante Fachinhalte entdecken und selber posten, an den zahlreichen Expertenforen teilnehmen oder auch nur zuhören. Wir verschaffen uns einen Überblick über die verschiedenen Elemente, lernen was ein gutes persönliches Profil ausmacht und welche Funktionen für Ihre individuelle Situation nützlich sind.

Datum: 18. Mai 2016
Ort: Olten

Fachtagung Nephrologie



Am Vormittag steht der Patient mit chronischer Niereninsuffizienz ohne Ersatzverfahren im Fokus. Welche ernährungstherapeutischen Interventionen sind notwendig? Wie beurteile ich die Laborwerte? Was muss ich bezüglich medikamentöser Therapie beachten? Diese und weitere Fragen werden im Theorie- und Praxisteil geklärt. Am Nachmittag steht der bariatrische Patient mit der NI als Risikofaktor für den chirurgischen Eingriff im Zentrum sowie Patienten mit Nierensteinen als Folge der Bariatrie.

Die Weiterbildung wird in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Nephrologie Deutschschweiz gestaltet.

Datum: 31. Mai 2016
Ort: Winterthur

**Weitere Informationen sowie das Anmeldeformular finden Sie unter:
www.svde-asdd.ch | Bildung | Fort- und Weiterbildung | SVDE-Kurse**

Maladie cœliaque, sensibilité non cœliaque au gluten et FODMAPs



Contenu

Nous vous proposons au cours de la première journée de:

- faire le point sur l'évolution de la maladie cœliaque ainsi que sur les perspectives de traitements,
- différencier maladie cœliaque et sensibilité non cœliaque au gluten et connaître les approches nutritionnelles spécifiques à chacune d'elles,
- travailler sur les ingrédients susceptibles de contenir du gluten, connaître les aspects législatifs dans le domaine, les méthodes de dosage du gluten dans les aliments et les modifications des glutens dans le blé.

Au cours de la seconde journée, nous vous proposons:

- une mise au point concernant le microbiote: ses rôles dans le maintien de la santé et du bien-être, les mécanismes susceptibles de le perturber ou de le moduler,
- une présentation du concept FODMAPs: tests de dépistage de l'intolérance, alimentation pauvre en FODMAPs, prise en charge et suivi.

Objectifs

La vogue du sans gluten et du sans lactose gagne du terrain, phénomène qui va de pair avec l'augmentation des troubles fonctionnels digestifs (TDF). Ce phénomène du «sans» exprime des préoccupations alimentaires et diététiques sur lesquelles, comme professionnels de la nutrition, nous devons nous pencher. Ces TDF, chroniques, ont un impact direct et indirect sur la vie socio-professionnelle et la santé et péjorent la qualité de vie. Ils engendrent de nombreuses prises en charge médicales et alternatives. Ainsi, des connaissances actualisées sur la maladie cœliaque, la sensibilité non cœliaque au gluten et le concept FODMAPs sont essentielles pour guider nos patients.

Si hier, la maladie cœliaque était surtout diagnostiquée chez l'enfant, aujourd'hui on la dépiste de plus en plus chez l'adulte, et son seul traitement actuel est l'alimentation excluant le gluten de façon stricte.

Les FODMAPs ou hydrates de carbone à chaîne courte rapidement fermentescibles, constituent une approche émergente qui viserait une amélioration de la symptomatologie digestive lors de syndrome du côlon irritable.

Dates: 9 + 10 mars 2016

Lieu: Lausanne

Mindfulness et mindful eating



Contenu

Sera précisé ultérieurement.

Objectifs

Jon Kabat Zinn définit la pleine conscience comme étant l'état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment.

A ce jour, plusieurs types d'interventions basées sur la pleine conscience sont validés par la recherche scientifique et le domaine est en plein essor. Par exemple, plusieurs études ont démontré que la méditation en pleine conscience diminue les crises alimentaires et les compulsions.

La pleine conscience est une pratique qui se développe dans les interventions des professionnels de la nutrition, en combinaison à d'autres outils.

La formation proposée ici est une introduction à la pleine conscience, développant trois axes:

1. une présentation des modèles théoriques
2. des applications concrètes en lien avec les problématiques alimentaires
3. des expériences personnelles et des exercices pratiques

Date: 20 mai 2016

Lieu: Lausanne

Hormones et régulation pondérale 3^{ème} volet: Hormones sexuelles



Contenu

- Hormones féminines: effets sur la composition corporelle et le comportement alimentaire.
- Lecture critique d'un article de référence.
- Syndrome prémenstruel, ménopause, syndrome des ovaires polykystiques: symptômes, étiologies, traitements, prises en charge nutritionnelles.
- Traitements hormonaux substitutifs: indications en 2016.
- Hormones masculines: effets sur la composition corporelle et le comportement alimentaire.
- Andropause et nutrition.

Objectifs

De nombreux facteurs influencent le comportement alimentaire et la régulation pondérale. Cette année, la session proposée a pour but de clarifier l'impact des hormones sexuelles sur la composition corporelle, dans différentes phases de la vie.

Objectifs de la formation

- Développer des connaissances sur la physiologie des hormones sexuelles et leurs implications sur la régulation pondérale.
- Evaluer de façon critique un article académique concernant les répercussions sur la composition corporelle d'un traitement hormonal substitutif.
- Acquérir des connaissances spécifiques sur le syndrome prémenstruel, la ménopause, le syndrome des ovaires polykystiques.
- Acquérir des connaissances sur les thérapies nutritionnelles en cas de troubles hormonaux.
- Développer des connaissances sur l'andropause.

Date: 9 juin 2016

Lieu: Lausanne

**Veillez vous inscrire sur:
www.hesge.ch/heds
Formation continue | Sessions
courtes | Nutrition et diététique**

Ernährung in der Onkologie:

Gewichtsverlust ist ein Thema!

Gerade für Krebspatienten ist es wichtig, sich ausreichend zu ernähren und so den Körper selbst sowie die körpereigenen Abwehrkräfte zu stärken. Besonders gilt es, ungewollten Gewichtsverlust zu vermeiden bzw. gegenzusteuern, um die Belastungen der Krebstherapie besser zu ver-

kraften. Dabei sollte der Ernährungszustand bereits zu Beginn einer Krebsbehandlung so gut wie möglich sein.

GEWICHTSVERLUST IST EINE HÄUFIGE BEGLEITERSCHENUNG VON KREBS

Die Prävalenz des Gewichtsverlusts beträgt bis zu 80 %, abhängig von der Primärtumorart [1]. Um die Ansprechraten der Chemotherapie zu verbessern, sollte der Gewichtsverlust reduziert werden. Studien zeigen, dass bei 9 von 12 Tumorarten die Überlebensrate bei Patienten ohne Gewichtsverlust signifikant besser ist [2]. Gerade in der frühen Behandlungsphase sind Tumorpatienten besonders motiviert, selbst am Behandlungserfolg mitzuwirken. Das eigene Körpergewicht bietet einen guten Ansatzpunkt, um aktiv zu werden. Jedoch ist es

für viele Tumorpatienten nicht einfach, das Gewicht stabil zu halten oder zuzunehmen. Gründe dafür sind Appetitverlust und frühes Sättigungsgefühl, Malabsorption, Hypermetabolismus, Übelkeit und Erbrechen, Veränderungen des Geschmacksempfindens oder Entzündungen im Mund- und Rachenraum.

Eine frühzeitige und intensive Ernährungsintervention bei Tumorpatienten wird von führenden europäischen Fachgesellschaften in den Leitlinien empfohlen (z.B. ESPEN*) [3,4]. Das innovative Fortimel Compact erweist sich hierbei als die einfachere Lösung für Tumorpatienten, ihre Energie- und Nährstoffaufnahme zu erhöhen und Gewichtsverlust entgegenzuwirken.

Die Vorteile:

- Kompakte Nährstoffversorgung mit 125 ml (300 kcal und 12 g Eiweiß pro Flasche)
- In 7 Geschmacksvarianten und einer neutralen Variante zur Anreicherung von Speisen
- Hilft, den Gewichtsverlust zu reduzieren und die Chemotherapie optimal zu unterstützen

[1] Laviano A, Meguid MM: Nutrition 1996; 12: 358–71.

[2] DeWys WD, Begg C, Lavin PT et al: Am J Med 1980; 69: 491–7.

[3] Arends J et al: ESPEN Guidelines on Enteral nutrition. Non-surgical oncology Clin Nutr, 2006; 25(–): 245–249.

[4] Van Cutsem E, Arends J: Eur J Oncol Nurs 2005; 9 Suppl 2: S51–63.

* Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)



KURSÜBERSICHT VUE D'ENSEMBLE DES COURS PANORAMICA DEI CORSI

Weitere Informationen der folgenden Veranstaltungen finden Sie auf www.svde-asdd.ch (Bildung > Fort- und Weiterbildung > Kursübersicht). Die Kursübersicht wird ständig aktualisiert und mit weiteren Veranstaltungen ergänzt.

Pour plus d'informations concernant les manifestations suivantes, consultez www.svde-asdd.ch (Formation > Formation continue et post-graduate > vue d'ensemble des cours). La vue d'ensemble des cours est régulièrement actualisé et complété avec les nouvelles manifestations.

Per maggiori informazioni sui prossimi eventi consultate www.svde-asdd.ch. La panoramica dei corsi è costantemente aggiornata e completata con altri importanti avvenimenti.

Datum Date Data	Ort Lieu Luogo	Veranstaltung Manifestation Manifestazione	SVDE-Punkte Points ASDD Punti ASDD
24.02.–01.06.2016	Bern	In aller Munde: Essen und Ernährung – Collegium generale, Universität Bern	–
25.02.–04.03.2016	Basel	Umwelt und Gesundheit – Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut	–
25.02.2016	Bern	1 st Kidney Stone Symposium 2016 – Swiss Kidney Stone Cohort	1
01.03.–19.08.2016	Bern	Gesundheitsziele mit Motivation und Willenskraft versehen – SVDE ASDD	8
02.03.2016	Zollikerberg	Ernährungskonzept für nephrologische Patienten – Fresenius Kabi (Schweiz) AG	1
03.03.2016	Zürich	Erkrankungen des Pankreas – Stadtspital Triemli	1
04.03.–05.03.2016	Bern	Kongress für Gesundheitsberufe 2016 – «Interprofessionalität – Realität oder Mythos»? Inselspital Bern	3
05.03.2016	Zürich	17. öffentliches IKP-Symposium: Depression, Schlaf und Körper – Interaktionen und Therapien Institut für Körperzentrierte Psychotherapie IKP	2
09.03.–10.03.2016	Genève	Maladie cœliaque, sensibilité non cœliaque au gluten et FODMAPs – HEdS Genève et SVDE ASDD	4
14.03.2016	Zürich	Ernährung und Bewegungsapparat – NHK	–
17.03.2016	Zürich	Siebttes Zürcher Adipositasymposium – Universitätsspital Zürich	1
18.03.2016	Winterthur	GESKES-Zertifikatskurs «Ernährung auf der Intensivstation» Modul I – GESKES	2
04.04.2016	Zürich	Ernährung und Lymphsystem – NHK	–
07.04.2016	St. Gallen	4. Ostschweizer Adipositasymposium – Ostschweizer Adipositaszentrum	2
08.04.–09.04.2016	Bern	NutriDays 2016 – SVDE ASDD	4
15.04.2016	Basel	Nutrition Care Process and Terminology (NCPT) – Standardisierte Sprache (Umsetzung in der Praxis) – SVDE ASDD	2
16.04.2016–16.03.2019	Schliengen (D)	Erste Weiterbildung zum tiefenpsychologischen Ernährungsberater Akademie für Beratung und Philosophie. S. Mannhardt	–
20.04.2016	Olten	Motivierende Gesprächsführung – Kurzinterventionen – SoMICE Sàrl	2
21.04.2016	Zürich	7. TEN Symposium «Unser Hirn braucht Helden» – NHK	2
22.04.2016	Olten	Jahrestagung Beratungssektion diabetesschweiz – diabetesschweiz	1
28.04.2016	Bern	Praxisausbilder/innen Tagung Frühling 2016 – Bern, BSc Studiengang Ernährung und Diätetik	1
18.05.2016	Bern	Moderne Klinische Ernährung – Darmgeschichten – Inselspital Bern	2
18.05.2016	Olten	Social Media macht nicht blöd! – twitter und LinkedIn sinnvoll und effektiv nutzen – SVDE ASDD	2
20.05.2016	Genève	Mindfulness et mindful eating – HEdS Genève et SVDE ASDD	2
31.05.2016	Winterthur	Fachtagung Nephrologie – SVDE ASDD	2
02.06.–03.06.2016	Olten	Motivierende Gesprächsführung – Grundkurs – SoMICE Sàrl	2
03.06.–04.06.2016	Ecublens / Lausanne	Diabète Update Refresher – Forum pour la formation médicale	4
06.06.2016	Zürich	Ernährung bei Frauenkrankheiten – NHK	2
09.06.2016	Genève	Hormones et régulation pondérale – HEdS Genève et SVDE ASDD	2
10.06.2016	Nottwil	1. Jahrestagung der SSNS – SSNS	2
11.07.2016	Zürich	Diabetes Typ 3 und Ernährung – NHK	–
03.08.2016	Schliengen (D)	Schwierige Kinder sind Kinder, die Schwierigkeiten haben Praxis für Ernährungstherapie. Sonja Mannhardt	1
01.09.2016	Bern	SGE-Fachtagung – SGE	2
09.09.2016	Bern	Qualitätstag 2016 – diabetesschweiz	1
13.09.2016	Bern	Swissmilk Symposium – Ernährungstrends – Swissmilk	2
23.09.2016	Olten	Motivierende Gesprächsführung – Aufbaukurs – SoMICE Sàrl	2
25.10.2016	Olten	I. Ernährungsfachkongress Mikronährstoffe 2016; Mikronährstoffsupplementation: Für alle sinnvoll? Burgerstein Foundation	2

Natürlich gesund essen

Die Ernährungspyramide



Flyer
zum Abgeben

Poster
zum Aufhängen

Kartenset
zum Beraten

Für das Beratungsgespräch

- **Die Ernährungspyramide als Poster**
(CHF 3.00) Art.-Nr. 141153D
- **Die Ernährungspyramide als Kartenset**
Pro Stufe eine Schautafel mit Mengenangabe und Portionengrösse.
(gratis) Art.-Nr. 141155D
- **Abreissblock «Der ideale Teller»**
(gratis) Art.-Nr. 141156D

Zum Abgeben

- **Die Ernährungspyramide als Flyer**
(gratis) Art.-Nr. 141119D
- **Die Ernährungspyramide als Pocket-Guide**
(gratis) Art.-Nr. 141154D

Jetzt bestellen:

webbestellungen@swissmilk.ch
oder Telefon 031 359 57 28



News-Service gratis abonnieren

Interessiert an News aus der Ernährungswissenschaft? Dann abonnieren Sie jetzt den Newsletter für Ernährungsfachleute:
www.swissmilk.ch/nutrition
> Publikationen.



Schweiz. Natürlich.



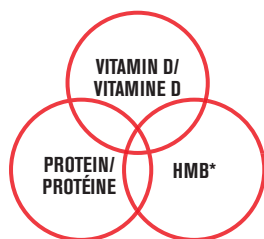
swissmilk



Lassen Sie sich von
Ensure® Plus Advance bewegen
*Laissez-vous emporter
par Ensure® Plus Advance*



*schneller, mobiler
mobile, plus rapide*



Die Kraft die Muskelmasse macht

Ein Maximum an Protein – Zusätzlicher Vorteil durch den funktionellen Metaboliten HMB* und einen erhöhten Gehalt an Vitamin D. Erhält nachweislich die Muskelmasse und Muskelkraft.

La force qui augmente la masse musculaire

Un maximum de protéines – Des avantages supplémentaires grâce au métabolite actif HMB* et une teneur accrue en vitamine D. A démontré son efficacité pour entretenir la masse et la force musculaire.

*β-Hydroxy-β-Methylbutyrat / β-hydroxy-β-méthylbutyrate

