



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Science

-Bachelorthesis-

**Entwicklung und erste Überprüfung eines
Schulungskonzepts zur Stabilisierung des
Essverhaltens bei Patienten mit Essstörungen**

Zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science

Ökotrophologie

Vorgelegt von: Nele Dahms

Matrikelnummer: 2086107

Erstprüfer: Prof. Dr. Joachim Westenhöfer

Zweitprüferin: Prof. Dr. Annegret Flothow

Abgabe: Hamburg, 16. Dezember 2014

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	III
Danksagung	4
1. Einleitung.....	5
2. Stand der Forschung	7
2.1. Klinische Diagnose	7
2.2. Beschreibung der Krankheitsbilder	9
2.2.1. Anorexia nervosa.....	9
2.2.2. Bulimia nervosa	12
2.3. Anschlussmaßnahmen an einen stationären Klinikaufenthalt	14
2.3.1. Nachsorge	15
2.3.2. Aktuelle Nachsorgesituation in Norddeutschland	16
3. Konzeptentwicklung.....	17
3.1. Setting	17
3.1.1. Wohngruppe des Rauhen Hauses	17
3.1.2. Projektteilnehmer.....	18
3.2. Intervention.....	19
3.2.1. Grundlagen.....	19
3.2.2. Vorbereitung.....	19
3.2.3. Projektaufbau und Durchführung	22
4. Methoden.....	41
4.1. Einführung	41
4.1. Forschungsdesign	41
4.2. Untersuchungsleitende Hypothese	41
4.3. Angaben zur Stichprobe	42
4.4. Untersuchungszeitraum	43

4.5. Operationalisierung.....	43
4.6. Gütekriterien	47
4.7. Durchführung der Intervention	48
4.8. Statistische Auswertung.....	48
5. Ergebnisse.....	50
5.1. Charakteristik der Stichprobe.....	50
5.2. Beteiligung.....	51
5.3. Auswertung der Befragung	51
5.3.1. FEV-R.....	52
5.3.2. Zusatzfragebogen.....	54
5.4. Hypothesenüberführung	56
6. Diskussion	57
6.1. Beteiligung.....	57
6.2. FEV-R.....	58
6.3. Zusatzfragebogen.....	59
6.4. Grenzen der Untersuchung.....	60
7. Fazit und Ausblick.....	63
Zusammenfassung	64
Abstract	65
Literaturverzeichnis.....	LXVI
Eidesstattliche Versicherung.....	LXIX
Anhang	LXX
Anhang A: Ergebnisse.....	LXX
Anhang B: Fragebögen	LXXV
Anhang C: Handouts	LXXX

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien AN und BN nach DSM-IV (Sass und Houben 1998, S. 613–625)	8
Tabelle 2: Normwerte unterteilt in Quintilsbereiche (Westenhöfer 1992, S. 172).....	45
Tabelle 3: Ergebnisse des FEV-R Fragebogens nach Verhaltensaspekten	52
Tabelle 4: BMI-Mittelwerte im Vorher-Nachher-Vergleich.....	53
Tabelle 5: Ergebnisse des Zusatzfragebogens nach Verhaltensaspekten.....	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebnis des Drei-Komponenten-Modells	35
Abbildung 2: Anwesenheit der Teilnehmer	51

Danksagung

Diese Bachelorarbeit wäre ohne die Hilfe und Zusammenarbeit mit vielen Mitwirkenden nicht möglich gewesen. Deshalb spreche ich allen Beteiligten meinen Dank aus.

Im Besonderen bedanke ich mich bei den Bewohnern der Wohngruppe des Rauhen Hauses, die sich für die freiwillige Teilnahme an meinem Projekt entschieden und engagiert mitgearbeitet haben. In diesem Rahmen konnte ich erste Erfahrungen als Schulungsleiterin sammeln und viele wichtige Erkenntnisse gewinnen. Durch die mir entgegengebrachte Offenheit und das Vertrauen sind viele interessante Gespräche entstanden, die mir die Krankheitsbilder der Essstörungen verdeutlicht haben.

Mein weiterer Dank geht an das Kollegium der Wohngruppe, insbesondere an meine Betreuerin, Susen Barth. Durch ihre Mithilfe und Unterstützung konnte ich viel über die Arbeit mit essgestörten Menschen lernen und das Projekt meiner Bachelorarbeit erfolgreich realisieren.

Außerdem danke ich meinem Bachelorbetreuer, Herrn Prof. Dr. Westenhöfer, der mir mit seinem Fachwissen und hilfreichen Ratschlägen immer zu Seite stand.

Hamburg, 16. Dezember 2014

Nele Dahms

1. Einleitung

Essstörungen sind gekennzeichnet durch schwere Störungen des Essverhaltens. Zu den unterschiedlichen Formen zählen Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und Binge Eating Disorder (Sucht nach Essanfällen). Das Hauptmerkmal des gestörten Essverhaltens wird durch eine weitere charakteristische Eigenschaft ergänzt: die psychische Störung. Die Psyche des Betroffenen ist Auslöser und gleichzeitig aufrechterhaltener Faktor der Essstörung. Da die Ätiologie der Krankheitsbilder nicht einheitlich bestimmt werden kann, gilt es, die therapeutische primär Behandlung auf die Heilung der Symptome auszurichten.

Insbesondere für die Anorexia nervosa gilt der stationäre Klinikaufenthalt bei einer eindeutig diagnostizierten Essstörung in der Regel als geeignete Behandlung. Die Anzahl der Kliniken für psychosomatische Erkrankungen und das Behandlungsangebot der jeweiligen Institutionen sind vielseitig. Während des Klinikaufenthaltes soll bestenfalls die Gewichtsnormalisierung, die Therapie des gestörten Essverhaltens und psychotherapeutische Versorgung erfolgen. Die Nachsorge, genauer die Wiedereingliederung der Patienten nach einem stationären Aufenthalt in einer Einrichtung mit strengen und vorgegebenen Rahmenbedingungen, stellt den Schwerpunkt dieser Ausarbeitung dar. Für kurzfristige verhaltenstherapeutische Methoden als Anschlussbehandlung konnte die wissenschaftliche Wirksamkeit bereits herausgestellt werden (Jacobi et al. 2008, S. 37). In den langfristigen Bereich fällt die Wirksamkeit von (dauerhaften) Nachsorgeangeboten, die vor allem für Anorexia nervosa -Patienten bisher nicht ausführlich mittels Studien erforscht sind (Schnebel und Wunderer 2008, S. 81). Die erste Studie, welche die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Anorexia nervosa auch für ambulante Settings untersucht, ist die deutsche Multicenter-Studie ANTOP (Anorexia Nervosa Treatment of Out Patients) (Zipfel et al. 2014).

Das Interesse für diese Ausarbeitung ist während des Praxissemesters in der Nachsorgeeinrichtung des Rauhen Hauses für junge Menschen mit Essstörungen entstanden. Es ergab sich die Möglichkeit, ein eigenes Schulungskonzept mit ernährungstherapeutischen Themen zu entwickeln und hierbei Inhalte des Ökotrophologiestudiums anzuwenden sowie Praxiserfahrungen der Einrichtung einzubinden. Dabei haben sich die Bewohner freiwillig für die Teilnahme an den Schulungseinheiten zur Verfügung gestellt und somit konnte eine Interventionsstudie durchgeführt werden. Mittels zweier Fragebögen, die die Stabilisierung des Essverhaltens operationalisieren, kann ein Prä-Post-Vergleich stattfinden. Die Auswertung der eingesetzten Fragebögen erfolgt mit dem Statistikprogramm SPSS. In dieser Bachelorarbeit wird untersucht, welche Auswirkungen die Durchführung eines

Schulungskonzepts mit ernährungstherapeutischen Themenkomplexen auf die Stabilisierung des Essverhaltens der Patienten mit den Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa hat. Ziel dieser Ausarbeitung soll ein Anstoß für die Umsetzung von Schulungskonzepten in ähnlichen Nachsorgesettings sein.

Das Konzept ist für Betreuungseinrichtungen, Wohngruppen oder Gruppenberatungen und für die Durchführung von Ökotrophologen oder Diätassistenten konzipiert. Der Aufbau dieser Arbeit beginnt mit der Darstellung des aktuellen Forschungsstands. Nachdem die klinischen Diagnosen von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vorgestellt werden, folgt eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Krankheitsbilder. Der theoretische Teil wird durch die Erläuterung von Anschlussmaßnahmen nach einem Klinikaufenthalt und einer Einschätzung der Nachsorgesituation in Norddeutschland ergänzt. Nachfolgend wird die Konzeptentwicklung, bestehend aus dem Setting und der Intervention, vorgestellt. Die detaillierte Vorgehensweise der Themen- und Konzeptentwicklung sowie der Projektaufbau und die Durchführung der einzelnen Schulungseinheiten bilden den Schwerpunkt dieser Ausarbeitung. Die abschließenden Kapitel *Methode* und *Ergebnisse* stellen die Rahmenbedingungen der Intervention sowie deren statistischen Auswertung dar. Abschließend folgt die kritische Bewertung und Diskussion der Ergebnisse unter Berücksichtigung der aufgestellten Hypothese. Durch das Fazit wird eine zukunftsweisende Bewertung des Schulungskonzepts gegeben.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter. Um den Lesefluss nicht zu stören wird im Folgenden jeweils die Kurzform der Essstörung, Anorexia nervosa (Anorexie) und Bulimia nervosa (Bulimie) verwendet.

2. Stand der Forschung

Die theoretische Hinführung zur Entwicklung eines Schulungskonzeptes zur Stabilisierung des Essverhaltens von Patienten mit einer Essstörung beginnt mit der Diagnose der Krankheitsbilder Bulimie und Anorexie sowie der Beschreibung des jeweiligen Krankheitsverlaufs und den Behandlungsmethoden.

2.1. Klinische Diagnose

Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden mehrere unterschiedliche Krankheitsbilder subsumiert. Die bekanntesten sind die Anorexie nervosa (Anorexie) und Bulimia nervosa (Bulimie) aber auch die Binge Eating Disorder im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen sowie die atypischen Essstörungen, die die Kriterien einer spezifischen Essstörungen nicht erfüllen (Hölling 2007). Auf die Binge Eating Disorder und die atypischen Formen wird nicht genauer eingegangen, da dies den Umfang dieser Ausarbeitung überschreiten würde und diese Krankheitsbilder bei der untersuchten Stichprobe nicht vorliegen. Die Themenzusammenstellung des Projekts zur Stabilisierung des Essverhaltens ist auf die Bedürfnisse von Patienten mit Anorexie und Bulimie angepasst. Außerdem findet die Intervention in einem auf Anorexie und Bulimie orientierten Setting statt.

Es gibt zurzeit zwei „Klassifikationssysteme“, in denen die Definitionen von Essstörungen formuliert werden. Die Inhalte der *International Classification of Diseases (ICD-10)* der WHO und der *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* der American Psychiatric Association sind ähnlich, weichen aber an manchen Stellen voneinander ab. Zudem haben sich die Definitionen dieser Krankheitsbilder in den letzten 20 Jahren sehr verändert und unterliegen ständiger Änderungen. Bulimie wurde beispielsweise erst 1980 in die DSM-Kriterien aufgenommen. Vorher war das Krankheitsbild nicht bekannt. (Schnebel und Wunderer 2008, S. 21–25).

Die folgende Tabelle 1 gibt einen kurzen Überblick über die Kriterien einer Anorexie und Bulimie nach DSM-IV. Da die neueste Fassung der DSM-V bisher offiziell nur in englischer Sprache vorliegt, wird aus der vorherigen Version zitiert. Um eine jeweilige Essstörung diagnostizieren zu können, müssen die folgenden Charakteristika erfüllt sein:

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien AN und BN nach DSM-IV (Sass und Houben 1998, S. 613–625)

Diagnostische Kriterien nach DSM-IV	
Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
<ul style="list-style-type: none"> • Extreme Gewichtsabnahme (15% des Ausgangsgewichts) 	<ul style="list-style-type: none"> • Wiederholte Episoden von Essanfällen, bei denen es zu einer großen Aufnahme kalorienreicher, leicht verzehrbaren Nahrung innerhalb einer bestimmten Zeitspanne kommt
<ul style="list-style-type: none"> • Die Weigerung, das Minimum des für Alter und Größe normalen Körpergewichts zu halten 	<ul style="list-style-type: none"> • Das Gefühl, das Essverhalten während der Essanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können
<ul style="list-style-type: none"> • Körperschemastörung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompensationsverhalten: wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme entgegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Fasten oder übermäßige sportliche Aktivität
<ul style="list-style-type: none"> • Extreme Angst vor einer Gewichtszunahme oder dem Dickwerden 	<ul style="list-style-type: none"> • Andauernde übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht
<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrhoe bei Frauen 	<ul style="list-style-type: none"> • Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer AN auf und Essanfälle sowie unangemessenes Kompensationsverhalten kommen mindestens drei Monate lang und 2x in der Woche vor
Untertypen	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Restriktiver Typus</i>: keine Essanfälle oder kein Purgingsverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Nicht-Purging-Typus</i>: einer Gewichtszunahme wird mit anderen unangemessenen Maßnahmen gegengesteuert: Fasten, übermäßige körperliche Betätigung

<p>➤ <i>Purging-Typus</i>: regelmäßige Essanfälle und Purging-Verhalten</p>	<p>➤ <i>Purging-Typus</i>: regelmäßiges Erbrechen oder der Missbrauch von Medikamenten wird als Kompensationsmaßnahme angewendet</p>
---	--

Zur detaillierten Beschreibung der diagnostischen Kriterien wird an dieser Stelle auf entsprechende Fachliteratur verwiesen (zum Beispiel: Handbuch Essstörungen und Adipositas, Herpertz de Zwaan, Zipfel, Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2008).

Der fließende Übergang zwischen den Krankheiten, die atypischen Formen der Essstörungen und geringfügige Unterschiede zwischen den oben genannten Bewertungskriterien erschweren eine genaue Diagnostik. Die entscheidende Gemeinsamkeit ist, dass aus dem existentiell notwendigem Bedürfnis und der Funktion des Essens ein Problem mit erheblichen somatischen, psychischen und oftmals auch sozialen Konsequenzen entstanden ist (Hölling 2007).

Eine Komorbidität mit anderen Krankheiten kommt häufig vor, besonders mit depressiven Störungen und dysphorischen Stimmungslagen (Johnson und Larson 1982), Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, sowie Selbstverletzungsdrang (Johnson et al. 1984).

2.2. Beschreibung der Krankheitsbilder

Da die Ätiologie der Anorexie und Bulimie nicht eindeutig bestimmt werden kann (Pudel und Westenhöfer 2003, S. 226 und 240; Fichter 1989; Laessle 1990), folgt eine Darstellung der Symptomatik, des Krankheitsverlaufes und abschließend der Behandlungsansätze. Sie bilden die Grundlage für das entwickelte Schulungskonzept.

2.2.1. Anorexia nervosa

2.2.1.1. Epidemiologie

Essstörungen sind meist lang dauernde Erkrankungen, die bereits frühzeitig beginnen. Über die Prävalenz von Essstörungen gibt es jedoch wenig genaue Daten.

Ausschlaggebend hierfür sind Probleme der Stichprobenauswahl, der diagnostischen Instrumente und auch der Psychodynamik der Betroffenen. Unabhängig davon ist eindeutig, dass das Risiko für diese Störung in der Bevölkerung keineswegs gleich verteilt ist (Franke 2004, S. 8). Nach Daten aus den 90er Jahren beträgt die Prävalenz für Anorexie bei den 14- bis 24-Jährigen etwa 0.3% beziehungsweise 1 %. Speziell für Deutschland existieren keine neueren Erhebungen. Für die Risikogruppe der 15- bis 35-

jährigen Frauen wird in den S3- Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von Essstörungen in Deutschland im Jahr 2010 die Prävalenz mit 0.4% angegeben (Herpertz 2011, S. 15). Die Prävalenzzahlen von Frauen liegen für Essstörungen erheblich höher als bei Männern. Der Anteil der Männer, der wegen einer Anorexie in Behandlung kommt, ist geringer, als es nach dem bevölkerungsepidemiologischen Zahlen zu erwarten wäre (Herpertz 2008, S. 39).

2.2.1.2. Symptomatik

Das zentrale Merkmal der Anorexie ist die Verweigerung der Aufnahme einer bedarfsgerechten Nahrungsmenge. Das Essverhalten kann auch als extrem gezügelt beschrieben werden, was eine strenge und extrem knappe Kalorienzufuhr oder das Auslassen von Mahlzeiten beinhaltet. Lebensmittel werden in Gruppen wie „gut“ und „erlaubt“ oder „verboten“ und „schlecht“ eingeteilt. Neben dieser starken Beschränkung der Nahrungsaufnahme versuchen Patienten ihr Gewicht beispielsweise durch Erbrechen, den Missbrauch von Laxantien und Diuretika oder durch exzessiven Sporteinheiten zu senken. Da die Essstörung oftmals in der Adoleszenz ausbricht (siehe Kapitel 2.2) bewirkt der Gewichtsverlust eine Stagnation der natürlichen Wachstumsentwicklung des Körpers (Pudel und Westenhöfer 2003, S. 217). Aufgrund der Körperschemastörung empfinden sich Patienten des trotz offensichtlichen Untergewichts als zu „dick“. Die Furcht an Gewicht zuzunehmen gilt als zentrales psychopathologisches Merkmal einer Anorexie. Therapeutische Behandlungen können oftmals erst einige Zeit nach dem Krankheitsausbruch beansprucht werden, da jegliches Krankheitsbewusstsein fehlt oder Störungen verleugnet werden.

Körperliche Folgeerscheinungen des Gewichtsverlusts und der Mangelernährung sind:

- Absinken der Körpertemperatur und des Blutdrucks
- Verlangsamung des Pulses
- Bildung von Lanugobehaarung (Haarflaum)
- Amenorrhoe bei Mädchen/ Frauen
- Libido- und Potenzverlust bei Jungen /Männern
- Ausbleiben der pubertätsverbunden Veränderungen

(Pudel und Westenhöfer 2003, S. 218)

Sofern das Essverhalten und das Gewicht normalisiert sind, tritt die Pubertätsentwicklung verzögert ein.

2.2.1.3. Krankheitsverlauf

In den vergangenen 100 Jahren wurden mehr als 300 Studien zum mittel- und langfristigen Verlauf der Anorexie durchgeführt. Eine umfassende Zusammenfassung von 119 Studien führte Steinhausen im Jahr 2002 durch. Das Ergebnis, welches aufgrund fehlender Kontrollbedingungen vom Autor selbst bemängelt wird, kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Gewichtsnormalisierung bei rund 60% der Patienten,
- Einsetzen der regulären Menstruation bei 57% der Patienten,
- Normalisierung des Essverhaltens bei 46,8% der Patienten,
- Hohe psychische Komorbidität mit begleitenden Persönlichkeitsstörungen bei 60% der Probanden(insbesondere affektiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Schizophrenie, Substanzenabusus)

Bei der Hälfte der Patienten kann eine vollständige Genesung verzeichnet werden. Bei der anderen Hälfte kommt es zu einem chronischen Verlauf mit zum Teil erheblicher Morbidität und Mortalität.

Die Aufteilung der Patienten in zwei Altersgruppen ermöglichte die Auswertung hinsichtlich eines unterschiedlichen Genesungsverlaufes. Generell hatte die Gruppe der Ersterkrankten vor dem 17. Lebensjahr einen besseren Verlauf als die im Mittel ältere Vergleichsgruppe (Steinhausen 2002).

Obwohl die meisten Anorexie-Patienten in intensiver Behandlung eine adäquate Gewichtszunahme erzielen konnten, verweist die Untersuchung von Carter et al. (2004) auf Rückfallraten von bis zu 35%. Basierend auf unterschiedlichen Definitionen für einen Rückfall und eine variable Länge des Beobachtungsintervalls ergaben bisherige Studien, dass die höchste Rückfallgefahr innerhalb des ersten Jahres nach stationärer Behandlung nachzuweisen ist (Carter et al. 2004). Hinzu kommt, dass Anorexie-Patientinnen neben der Gruppe der Suchterkrankten die höchste Mortalitätsrate aufweisen (Herpertz 2008, S. 46).

Anhand der Metaanalyse von Steinhausen 2002 konnte dargestellt werden, dass rund 5% der Patientinnen an den Folgen der Anorexie versterben (Steinhausen 2002). Im internationalen Vergleich liegen die Mortalitätsraten bei der Anorexie zwischen 0,5-1% pro Jahr (Herpertz 2008, S. 46).

2.2.1.4. Behandlungsansätze

Die Behandlung einer Anorexie sollte auf zwei Ebenen stattfinden.

1. Wiederherstellung eines normalen Körpergewichts

2. Bearbeitung aller psychologischen und psychosozialen Faktoren die zur Aufrechterhaltung der Essstörung beitragen

Die Wiederherstellung biologisch-physiologischen Regulationsmechanismen stellt eine der wichtigsten Grundlagen für den Genesungsprozess dar. Ein normalisiertes Körpergewicht ist die Voraussetzung für weiterführende Behandlungsansätze, da der Hungerzustand der Patienten mit kognitiven Verzerrungen verbunden ist (Pudel und Westenhöfer 2003, S. 230). Üblicherweise werden die beiden obengenannten Ebenen während eines stationären Klinikaufenthaltes bearbeitet. In welcher Form das therapeutische Programm in Kliniken durchgeführt wird, ist jedoch unterschiedlich. In der Schlussphase der stationären Aufenthalte sollte dem Thema der Entlassung Aufmerksamkeit geschenkt werden. Den Patienten wird es ermöglicht, die mit der Heimkehr in das gewohnte Umfeld verbundenen Ängste und Schwierigkeiten anzusprechen. Es soll ein fließender Übergang in eine ambulante Nachsorgetherapie geschaffen werden, um Unterstützung bei der Auseinandersetzungen mit dem Alltag und den ursprünglich auslösenden Bedingungen der Essstörung zu ermöglichen (Pudel und Westenhöfer 2003, S. 232).

Aufgrund des Mangels an kontrollierten Studien und vieler methodischer Probleme, kann keine genaue Angabe über den erfolgreichsten Behandlungsansatz erfolgen. Die kognitive Verhaltenstherapie erwies sich als die „Therapieform der Wahl“ (Serfaty et al. 1999). Aus diesem Grund wird in Kliniken oder Therapien häufig dieser Behandlungsansatz verfolgt.

2.2.2. Bulimia nervosa

2.2.2.1. Epidemiologie

Die Bulimie ist eine typische Erkrankung in den Industrienationen. Sie setzt Nahrungsüberfluss voraus. Neuere interkulturelle Studien stützen jedoch die Vermutung, dass auch in Nichtindustrieländern die Verbreitung der Bulimie annähernd so hoch ist wie in Deutschland (Hoek und van Hoeken 2003). Im Rahmen von wissenschaftlichen Untersuchungen an Stichproben in Deutschland wurden Häufigkeiten von 0.7 bis 1.7 % ermittelt (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011, S. 9). Auch diese Essstörung wird bei Männern seltener als bei Frauen festgestellt. Das Alter des Erkrankungsgipfels liegt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr (Franke 2004, S. 8).

2.2.2.2. Symptomatik

Das Hauptsymptom, welches sich aus der griechischen Bezeichnung „Ochsenhunger“= Bulimia ableiten lässt, ist das wiederholte Auftreten von Essanfällen. Die Häufigkeit kann

zwischen mehrmals am Tag bis einmal pro Woche reichen. Die aufgenommenen Kalorien pro Essanfall liegen hierbei zwischen durchschnittlich 3.000- 4.000 kcal (Paul et al. 1984; Paul und Pudel 1985; Mitchell et al. 1986). Bulimische Patienten essen sehr wenig oder fasten, bis die Phase des gezügelten Essens durch einen Essanfall unterbrochen wird. Ähnlich wie bei der Anorexie werden die Lebensmittel in „gut“ und „schlecht“ unterteilt. In gezügelten Phasen wird stark auf den ausschließlichen Verzehr „guter“ Lebensmittel geachtet, bei Essanfällen wird hingegen hauptsächlich auf die „verbotenen“ Nahrungsmittel zurückgegriffen (Paul und Pudel 1985). Ein weiteres Merkmal der Patienten mit einer Bulimie ist das Kompensationsverhalten nach einem Essanfall (Paul et al. 1984). Überwiegend soll durch herbeigeführtes Erbrechen, die Einnahme von Laxantien, Diuretika oder übermäßige sportliche Aktivitäten die Gewichtszunahme verhindert werden (Russell 1989). Eine zusätzliche Belastung stellt der Versuch des Geheimhaltens des krankhaften Verhaltens, welches selbst als „unnormal“ erkannt wird, dar (Pudel und Westenhöfer 2003, S. 233).

Vergleichbar mit der Psychopathologie der Anorexie stehen ebenso die krankhafte Furcht vor dem Dicksein, die übersteigerte Sorge um das Gewicht und die Figur im Vordergrund. Das Gewicht liegt bei der Bulimie allerdings meist im Normalbereich.

Aufgrund des Essverhaltens und der Kompensationsmaßnahmen können folgende medizinische Auffälligkeiten beschrieben werden:

- Verletzungen des Handrückens (durch die Stimulation des Würger reflexes)
- Entzündungen oder Verletzungen der Speiseröhre
- Anschwellen der Speiseröhre
- Schädigung des Zahnschmelzes
- Elektrolytstörungen, die zusätzlich Herz-Rhythmusstörungen, Muskellähmungen, Nierenversagen sowie epileptische Anfälle zur Folge haben können.
(Mitchell und Pomeroy 1989; Russell 1989, 1979)

Eine depressive Symptomatik kann ebenfalls als komorbides Krankheitsbild auftreten.

2.2.2.3. Krankheitsverlauf

Im kurzzeitigen Verlauf zeigen Patienten mit Bulimie in ungefähr 30-50% der Fälle eine Remission nach 6-12 Monaten. Langfristig, nach 9-12 Jahren, stellt sich ein Fortschritt bei 70% der Patienten ein. In Verbindung mit der Symptomverbesserung steht eine intensive langandauernde Therapie. Eine zeitliche Stabilität der Symptomverbesserung der Bulimie ist nach 5-6 Jahren zu beobachten (Herpertz 2008, S. 49). Viele Patienten mit Bulimie beenden die Behandlung mit weiterhin bestehenden ernsthaften Essstörungssymptomen. Langfristig bleiben diese Patienten in pathologischen Essmustern und kognitiven

Denkschemata, welche in mehr als 15-20 % der Fälle auch nach mehr als 10 Jahren die Diagnose einer nicht näher bezeichneten oder atypischen Essstörung rechtfertigen würden (Herpertz 2008, S. 50).

Zur Mortalität von Bulimie im Verlauf der Krankheit können keine standardisierten Prozentsätze genannt werden. In Metaanalysen variieren die Ergebnisse zwischen 0 bis 20,8%. Eine erhöhte Sterblichkeit aufgrund eines bulimischen Verhaltens konnte bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden (Herpertz 2008, S. 50).

2.2.2.4. Behandlungsansätze

Ausgehend von dem funktionalen Modell, welches das Element des selbst-perpetuierenden Teufelskreises der Bulimie beinhaltet, lassen sich mehrere Ansätze für therapeutische Interventionen definieren.

Das Ernährungsmanagement zielt auf eine Modifizierung des gezügelten Essverhaltens ab. Wesentliche Prozesse dieser Behandlungsform sind die Selbstbeobachtung des Essverhaltens, die Vermittlung von Informationen über psychologische und physiologische Mechanismen und Regulation des Essverhaltens. Außerdem soll das normale, ungezügelte Essverhalten schrittweise eingeübt werden (Beumont et al. 1989, S. 262–273). Da neben dem gestörten Essverhalten, Defizite in der Stress- und Problembewältigungsfähigkeit auftreten, sollen diese mittels bewährter verhaltenstherapeutischer Standardverfahren behandelt werden (Feldhege und Krauthan 1979; Pudiel und Westenhöfer 2003, S. 245). Das Ziel ist es, durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien die verzerrten, irrationalen Annahmen und Überzeugungen zu den Themen Essen, Nahrungsmittel, Gewicht und Figur zu verändern (Fairburn 1985, S. 160–192). Die Therapieforschung hat für die verhaltenstherapeutischen sowie kognitiv-behavioralen Ansätze die bestmöglichen Heilungschancen aus der Bulimie ergeben. Als „first choice treatment“ wird die kognitive Verhaltenstherapie erwähnt, da diese einen interpersonalen Ansatz enthält und das schnellere Erreichen von Verbesserungen herausgestellt werden konnte (Jacobi et al. 2008, S. 40).

2.3. Anschlussmaßnahmen an einen stationären Klinikaufenthalt

Das in Kapitel 3 dargestellte Schulungskonzept knüpft an die „Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen“, veröffentlicht von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, an. Dieser Leitfaden verdeutlicht, wie ein umfassendes Versorgungsangebot nach dem heutigen Stand der Wissenschaft gestaltet werden sollte, um betroffenen und gefährdeten Menschen zielgerichtet und ausreichend helfen zu

können. Im Vordergrund steht die Krankheit zu überwinden oder sie gar nicht erst entstehen zu lassen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011, S. 11). Im Folgenden wird Bezug auf die Versorgungsstruktur der Nachsorge genommen, um darzustellen, welchen Rahmen wissenschaftlich evaluierte Leitlinien für diesen Behandlungskomplex empfehlen.

2.3.1. Nachsorge

Die Nachsorge umfasst alle Maßnahmen, die im Anschluss an eine planmäßig durchgeführte Behandlung als Rückfallprophylaxe erforderlich sind. Dabei ist davon auszugehen, dass die Nachsorge erst dann einsetzt, wenn die Betroffenen sowohl stationär als auch ambulant alle notwendigen medizinischen und psychotherapeutischen Maßnahmen des Behandlungssystems durchlaufen haben. Die Nachsorge dient der Wiedereingliederung und Integration in das alltägliche Leben. Dieser Bereich ist von großer Bedeutung, da Rückfälle auch nach erfolgreicher Behandlung häufig auftreten und von Betroffenen als persönliches Versagen erlebt werden. Auch das familiäre Umfeld geht nach einer erfolgreichen stationären Behandlung von einer abgeschlossenen Heilung aus. Sofern keine qualifizierte Nachsorge beansprucht wird, ist eine erneute professionelle Hilfe in Form eines weiteren stationären Klinikaufenthaltes oftmals absehbar (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011, S. 24). Um diese Entwicklung zu verhindern, werden folgende Ziele in der Nachsorge angestrebt:

- Stabilisierung und Aufrechterhaltung des bisherigen Therapieerfolges
- Verhinderung von Rückfällen
- Krisenintervention
- Verhinderung oder Verminderung des Risikos eines Übergangs in andere psychische Störungen oder einer Chronifizierung
- Lebenshilfe bei primärer krankheitsbedingter, ungenügender Sozialisation
- Berufliche und soziale Integration
- Förderung der Selbstständigkeit insbesondere bei Jugendlichen
- Unterstützung der familiäre Bewältigung der Krankheit zu unterstützen

Nachfolgemaßnahmen erfolgen in geeigneten Institutionen wie: Kliniken, Beratungsstellen, qualifizierten Praxen, Spezialambulanzen, Einrichtungen der Jugendhilfe (zum Beispiel die Wohngruppe des *Rauhen Hauses*) oder durch spezialisierte Ökotrophologen und Therapeuten oder Selbsthilfegruppen. Durch Workshops, Trainings und Seminare können ernährungstherapeutische Themen und Inhalte vermittelt werden, die zur Nachsorge geeignet sind. Die Dauer und Intensität der Nachfolgemaßnahmen

hängen dabei von den individuellen Ressourcen der Betroffenen ab (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2011, S. 23–24).

2.3.2. Aktuelle Nachsorgesituation in Norddeutschland

Gegenwärtig mangelt es an regionalen Institutionen mit qualifizierten, transparenten Nachsorgeangeboten. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet einen übersichtlichen Internetauftritt zum Thema „Essstörungen“ an. Zu dem Thema der Nachsorge in Wohngruppen werden Einrichtungen nach Postleitzahlen aufgelistet (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2014). Es stehen deutschlandweit 23 Wohneinrichtungen, in denen Betroffene stationär aufgenommen und entsprechend ihrer Bedürfnisse begleitet werden, zur Verfügung. Im Bereich Norddeutschland sind acht Wohngruppen angesiedelt, die eine stationäre Nachsorge gewährleisten können. Ebenso informiert der Bundesfachverband für Essstörungen e.V. auf dessen Internetseite über überregionale Kontaktdaten von Mitgliedern. Im Postleitzahlenbereich 2000 werden fünf Wohngruppen, neun Beratungsstellen und vier Therapeuten beziehungsweise zwei Ökotrophologinnen, die sich auf Essstörungen spezialisiert haben, empfohlen. Für eine qualifizierte Nachsorge sind diese die entsprechenden Anlaufstellen (Bundesfachverband Essstörungen e.V. 2014)

Die Voraussetzung für das Auffinden passender Einrichtungen oder Fachpersonen für die Nachsorge von Patienten mit einer Essstörung ist eine Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen. Über Empfehlungen von Kliniken, Krankenkassen, Psychotherapeuten oder Beratungsstellen können passende Nachsorgestellen kontaktiert werden.

Aus der Praxis der Wohngruppe des Rauhen Hauses wird eine hohe Nachfrage von Bewerbern für einen Wohngruppenplatz bestätigt. Daraus kann die Annahme aufgestellt werden, dass das Angebot der stationären Nachsorgeeinrichtungen, speziell im Großraum Hamburg, nicht der Nachfrage entspricht. In Hamburg stellt die Wohngruppe des Rauhen Hauses mit ihrer Auslastung von zehn Plätzen, die einzige auf Essstörungen spezialisierte Einrichtung dar.

3. Konzeptentwicklung

Mit dem Hintergrund der dargestellten theoretischen Grundlagen, wurde im Rahmen dieser Ausarbeitung ein Schulungskonzept zur Nachsorge von Patienten mit einer Essstörung entwickelt. Es folgt die Darstellung des Settings, der Grundlagen und der Vorbereitung der Intervention. Ein detaillierter Projektablauf schließt das Kapitel „Konzeptentwicklung“ ab.

3.1. Setting

Das Schulungskonzept kann die Anwendung in einer Vielzahl von Einrichtungen finden. Je nach Angeboten und Fachkräften kann das Konzept im Rahmen von Gruppenterminen jeglicher Art umgesetzt werden. Es ist im Speziellen für eine betreute Wohngruppe konzipiert.

3.1.1. Wohngruppe des Rauhen Hauses

Das Setting dieses Projektes ist die Wohngruppe für junge Menschen mit Essstörungen des Rauhen Hauses. Das Rauhe Haus ist eine begründete Stiftung der Diakonie. Die Stiftung ist mit verschiedenen Einrichtungen, Wohngruppen und Stadtteilbüros im Raum Hamburg vertreten und betreut Kinder, Jugendliche und ihre Familien, alte Menschen, geistig Behinderte und psychisch auffällige Personen (Eckhorst et al. 2013, S. 44–49).

In der Einrichtung des Rauhen Hauses für Patienten mit Essstörungen leben zum Zeitpunkt des Projektes zehn junge Frauen und ein junger Mann im Alter von 18 bis 25 Jahren.

Aufgrund einer Essstörung waren bereits alle Bewohner mindestens einmal in stationärer Behandlung und besitzen dadurch am ehesten eine notwendige Krankheitseinsicht. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Wohngruppe leben mit den Essstörungen Anorexie, Bulimie sowie komorbiden Krankheitsbildern.

Ein Body-Mass-Index von 18.5 kg/m² bei Minderjährigen beziehungsweise 19.0 kg/m² bei jungen Erwachsenen gilt als Mindestgewicht für den Einzug in diese Wohngruppe. So kann eine qualitative Unterstützung der Jugendlichen in der Einrichtung gewährleistet werden, da das unterste Normalgewicht bereits erreicht ist.

Die Institution gliedert sich in ein Vorderhaus in dem sieben Bewohner unter ständiger Betreuung eines Sozialpädagogen wohnen und einem Hinterhaus, in dem vier Bewohner in der Verselbstständigung leben. Durchschnittlich verbleiben die Bewohner bis zu zwei Jahre in der Einrichtung, bevor sie in eine eigene Wohnung oder eine Wohngemeinschaft ziehen.

Zu den Angestellten zählen fünf (Diplom-) Sozialpädagogen und eine Ökotrophologin. Das Schichtsystem ermöglicht eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung der Bewohner. Finanziert wird der Wohngruppenplatz der Jugendlichen je nach Alter vom Jugendamt, vom Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) oder vom Sozialamt.

Die Ziele der Wohngruppe sind:

- ein eigenständiges, symptomfreies Essverhalten entwickeln
- Schul-, Ausbildungs- und Berufsperspektiven neu entwerfen oder an unterbrochene anknüpfen
- ein soziales Netzwerk aufbauen
- eigene Interessen bzw. Hobbies entwickeln
- Selbstständigkeit in Bezug auf die Lebensführung erlernen

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, treffen sich die Bewohner wöchentlich mit ihrem Bezugsbetreuer zu Einzelgesprächen. In diesen Sitzungen können akute Krisen und Alltagsprobleme besprochen und analysiert werden. Zudem finden monatliche Ernährungsgespräche und Gruppensitzungen mit ernährungsspezifischen Themen statt. Jeder Bewohner ist verpflichtet, einmal in der Woche mit der Ökotrophologin für die Gruppe einzukaufen und anschließend zu kochen. Hierbei kann ein normaler Umgang mit Lebensmitteln und die Zubereitung von Speisen gelernt werden. Je nach Genesungsstand ist täglich ein Essprotokoll zu führen, welches in den Ernährungsgesprächen mit der Ökotrophologin ausgewertet, besprochen und als Grundlage für neue Zielsetzungen herangezogen wird. Damit eine Überwachung des Gewichtsverlaufes erfolgen kann, sind die Bewohner dazu verpflichtet, einmal wöchentlich zur Gewichtsüberprüfung zu erscheinen. Eine auf Essstörungen spezialisierte externe Ärztin führt entsprechende Untersuchungen und die Gewichtskontrolle durch. Das Schulungskonzept zur Stabilisierung des Essverhaltens von Patienten mit Anorexie und Bulimie wurde im Rahmen eines 4-monatigen Praktikums mit einem Großteil der Bewohner durchgeführt.

3.1.2. Projektteilnehmer

Die Interventionsgruppe des Projektes setzt sich aus sieben Bewohnern der Wohngruppe im Alter von 18 bis 25 Jahren zusammen. Sechs jungen Frauen und ein junger Mann haben sich freiwillig zur Teilnahme an den Schulungseinheiten bereit erklärt und sind über die Formalien und Datenschutzrichtlinien informiert.

3.2. Intervention

3.2.1. Grundlagen

Legenbauer und Vocks beschreiben im Manual der kognitiven Verhaltenstherapie (2011) bei Anorexie und Bulimie das Ernährungsmanagement als eine kurzfristige Strategie, die eine Normalisierung des Essverhaltens fördern soll. Die Programme des Ernährungsmanagements beinhalten wichtige Elemente wie die Selbstbeobachtung mittels Essprotokollen, die Informationsvermittlung zur Erläuterung der physiologischen und psychologischen Konsequenzen von Mangelernährung sowie das stufenweise praktische Einüben eines normalen, spontanen und bedarfsorientierten Essverhaltens. Ziel ist die Etablierung eines natürlichen Hunger- und Sättigungsgefühls und der Abbau von kognitiver Kontrolle über die Nahrungsaufnahme. Ebenso sind langfristige Strategien notwendig. Diese fallen vor allem in den Bereich der Psychotherapie, bei der es um die Stabilisierung von neu erlernten Verhaltensweisen geht und in den Bereich der Ernährungsedukation, um die Aufrechterhaltung des neu erlernten Essverhalten sicherzustellen (Legenbauer und Vocks 2011, S. 41).

Die Kenntnisse über die Grundlagen des Ernährungsmanagements waren der Antrieb für die Erstellung des Schulungskonzeptes. Die Motivation, einen positiven Einfluss auf das Essverhalten von essgestörten Patienten zu nehmen, stand hierbei im Vordergrund.

3.2.2. Vorbereitung

Bevor das Schulungskonzept im Detail vorgestellt wird, soll ein Einblick in die Vorbereitung und Erstellung der Einheiten gegeben werden.

Entscheidend für den Erfolg eines Seminars ist eine gründliche Vorbereitung. Neben der eigentlichen Durchführung der Schulungseinheiten steht die gründliche Arbeit im Vorfeld im Fokus (Lückerath und Müller 2014, S. 99). Hierbei gilt es, sich einigen essenziellen Themen zu widmen, die im Folgenden erläutert werden.

3.2.2.1. Zielgruppe

Die Teilnehmer des Projektes nehmen mit ihren Wünschen und Erwartungen an der Schulungsreihe teil. Sie bringen ihre persönlichen Vorerfahrungen mit der eigenen Essstörung mit und sind deswegen Experten auf diesem Gebiet.

Im Vorwege sind zur inhaltlichen Gestaltung und Aufbereitung des Themas einige sachliche Fragen zu beantworten.

- Welche Arten von Essstörungen haben die Teilnehmer?
- Wie viele Teilnehmer werden die Seminareinheiten besuchen?

- Welche Wünsche und Erwartungen haben die Teilnehmer bezüglich der freiwilligen Teilnahme an dem Projekt?
- Geht es ihnen um sachliche Informationen, hilfreiche Tipps oder erhoffen sie sich individuelle Hilfe?
- Wie können die Teilnehmer „abgeholt“, begleitet und zur Eigenaktivität gebracht werden?
- Wie ist das Verhältnis innerhalb der Projektgruppe? Bestehen ein freundschaftlicher vertrauensvoller Umgang und eine Atmosphäre, in der auch persönliche Erfahrungen ausgetauscht werden können?

3.2.2.3. Schulungsraum

Da die Schulungen vor Ort in der Wohngruppe durchgeführt werden, bietet sich der Gruppenraum mit einem Esstisch und einer Küche für die Durchführung an. Aus Platzgründen kann auf keinen neutralen Ort zurückgegriffen werden. Der Esstisch bietet die Möglichkeit einer offenen Gesprächsrunde, in der sich alle Teilnehmer sehen können. Zu Beginn der Schulung wird auf eine ungestörte Atmosphäre geachtet. Während der Durchführung ist der Gruppenraum für die nicht teilnehmenden Bewohner geschlossen.

3.2.2.4. Inhalte

Die behandelten Inhalte der Schulungseinheiten werden in enger Zusammenarbeit mit der Ökotrophologin der Wohngruppe entwickelt. Eine Überschneidung von Themen, die in der monatlichen Ernährungsgruppe behandelt werden, soll verhindert werden. Außerdem gilt es, einen angemessenen Informationsgehalt und Schwierigkeitsgrad der Inhalte auszuwählen, sowie eine geeignete Themenauswahl zu treffen. Zudem muss eine inhaltliche und methodische Strukturierung erfolgen.

Auf Grundlage der oben genannten Annahmen von Legenbauer und Vocks sowie nach der Absprache mit der Ökotrophologin werden die folgenden Schulungseinheiten als sinnvoll erachtet.

1. Hunger-Sättigung
2. Hungerstoffwechsel, Setpoint-Theorie, Energiebedarf
3. Verbotene Lebensmittel und Light-Produkte
4. Fleisch- und Fischkonsum , Vegetarismus
5. Genuss
6. Flexibles Essverhalten

7. Rückfallprophylaxe
8. Ausblick und Feedback

Die einzelnen Themenbausteine sind in Anlehnung an die Konzeptarbeit von ANAD in Beratungsstellen und Wohngruppen zusammengestellt. Diese bauen inhaltlich aufeinander auf. Bei ANAD (Anorexia Nervosa and Associated Disorders) handelt es sich um eine der ersten und mittlerweile bedeutendsten Einrichtung, die sich auf die multidisziplinäre Behandlung von Essstörungen spezialisiert hat. Die Wohngruppen in München sollen durch innovative, differenzierte und wissenschaftlich belegte Beratungs- und Therapiekonzepte mit einem multifaktoriellen Ansatz, Patienten mit einer Essstörung Unterstützung bieten.

Die Durchführung der Schulungseinheiten erfolgt im Rahmen eines Praktikums. Demzufolge sind die Teilnehmer der Interventionsgruppe bereits mit der Seminarleitung vertraut. Da diese Begegnung vorab nicht vorausgesetzt werden kann, sollte dem Kennenlernen vor der Durchführung der Schulungsreihe entsprechend Raum geboten werden. Möglicherweise sollte hierfür eine zusätzliche Einheit zu Beginn der Inhalte stattfinden. Eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen den Teilnehmern und der Seminarleitung ist aufgrund des Austausches über persönliche Erfahrungen erforderlich und maßgeblich für den Erfolg der Schulungen. Denn diese werden erst durch das offene Gespräch und die angeregte Diskussion zwischen den Teilnehmern zu qualitativen Einheiten, deren Inhalte in Erinnerung bleiben.

3.2.2.5. Didaktische Struktur der Schulungseinheiten

Jede Einheit ist so konzipiert, dass sie eine Dauer von einer Zeitstunde füllt. Ausnahmen stellen die Exkursionen dar. Diese können bis maximal drei Zeitstunden andauern. Damit eine klare Struktur der einzelnen Schulungsbausteine zu erkennen ist, wird diese konsequent eingehalten.

Der Einstieg in das jeweilige Thema und die Aktivierung der Teilnehmer wird mit Hilfe einer Eröffnungsfrage ermöglicht. Diese soll an Erfahrungen anknüpfen, um die Lernbereitschaft der Teilnehmer durch direkte Identifizierung zu steigern. Der wissenschaftlich erforschte Zusammenhang von Emotionen und Kognitionen liegt diesem didaktischen Vorgehen zugrunde. Hierbei wird die Methode der offenen Frage angewandt. Sie bietet den Teilnehmern die Möglichkeit ausführlich zu antworten und sich der Bedeutung ihrer Antwort für sich selbst bewusst zu machen. Da die Eröffnungsrunde in einigen Trainings aus mehreren Fragen besteht, sind diese auf Karteikarten notiert. Jeder Teilnehmer ist angehalten, die Fragen zu beantworten.

Nachdem die Teilnehmer einen Einstieg in das Thema erhalten, folgt der Theorieteil mit bekannten und neuen Inhalten. Der darauf folgende handlungsorientierte Praxisteil soll eine Übersetzung der Inhalte in alltagsorientierte Situationen ermöglichen und dient somit der Festigung. Lernpsychologische Erkenntnisse unterstützen die Annahme, dass eine multiple Encodierung mittels Verbindung unterschiedlicher Eingangskanäle eine größtmögliche Handlungsmotivation erzeugt (Gudjons 2006, S. 62). Beendet werden die Schulungseinheiten mit einer Besprechung der praktischen Aufgabe, einer Diskussion oder einem Resümee.

3.2.2.6. Zielformulierung

Eine Seminarreihe muss ein Ziel haben, welches gemeinsam mit den Teilnehmern erreicht werden kann. Die gesamte Arbeit im Laufe der einzelnen Einheiten muss auf dieses Ziel ausgerichtet sein (Lückerath und Müller-Nothmann 2008, S. 100). Aus diesem Grund ist im Vorfeld jeder Schulungseinheit eine intensive Überlegung zu den jeweiligen Lernzielbereichen vorangegangen. Im Kapitel „Projekttablauf und Durchführung“ sind diese im Detail aufgeführt. Kernziele sind, Ressourcen der Teilnehmer zu aktivieren, bestimmte Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und die Schlüsselkompetenz der Eigenaktivität nahe zu bringen. Durch die ausgewählten Fachthemen und Praxisaufgaben soll das eigene Handeln reflektiert, hinterfragt und im besten Fall optimiert werden. Das übergeordnete Ziel der Stabilisierung des Essverhaltens zieht sich wie ein roter Faden durch das Konzept und wird durch die Teilziele der einzelnen Einheiten erreicht. Vor der Durchführung jeder Einheit wird eine Gliederung zum geplanten Ablauf festgelegt. Diese ermöglicht eine Orientierung während der Durchführung und einen kritischen Abgleich mit dem tatsächlichen Verlauf der Sitzung, um diesen bei Bedarf zu verbessern.

3.2.3. Projektaufbau und Durchführung

Nachfolgend wird eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Schulungseinheiten aufgeführt. Hierbei werden kurze Erklärungen über die Notwendigkeiten der behandelten Themen, die Lernzielbereiche „kognitiv“, „affektiv“ und „psychomotorisch“ sowie der geplante Ablauf der Schulungseinheiten erläutert. Anschließend wird auf das ausgehändigte Handout im Anhang dieser Ausarbeitung verwiesen. Für eine bessere Übersicht werden die Erfahrungsberichte und Quellen zusammen mit jeder Einheit aufgeführt.

3.2.3.1. Einheit 1: Hunger-Sättigung

Hunger und Sättigung werden von biologischen, psychischen und sensorischen Faktoren beeinflusst. Im Fall einer Essstörung sind die biologischen Hunger- und Sättigungssignale durch krankhaftes Fasten oder Überessen überlagert. Somit können die kognitiven

Verarbeitungsprozesse nicht nur als Folge, sondern als essenzielle Konstituenten von Hunger und Sättigung, angesehen werden (Herpertz 2008, S. 129). Die folgende Einheit soll das Hintergrundwissen zu körpereigenen Regulatoren vermitteln und die Achtsamkeit für die Körpersignale schärfen, um eine Normalisierung des Hunger-Sättigungsprozesses anzustoßen und damit ein bedarfsorientiertes Essverhalten zu ermöglichen.

Lernziele

1. *Kognitives Lernziel:* Die Probanden erarbeiten, wie das Prinzip der Hunger-Sättigung funktioniert und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. Außerdem erlernen sie, welche ernährungsphysiologischen Bedeutungen die Nahrungsbausteine Kohlenhydrate, Ballaststoffe, Eiweiße und Fette haben.
2. *Affektives Lernziel:* Die Motivation, auf die körpereigenen Regulationsmechanismen zu achten und zu vertrauen, wird gestärkt.
3. *Psychomotorisches Lernziel:* Die Teilnehmer versuchen verstärkt auf die Körpersignale des Hungers und der Sättigung zu achten und entsprechend zu handeln. Mit Hilfe der Bewertungsskala werden zukünftig Hunger- und Sättigungssignale eingeschätzt und im Essprotokoll vermerkt.

Geplanter Ablauf

- Eröffnungsfragen:
 - *Inwieweit habt Ihr gelernt, auf die Hunger-und Sättigungssignale zu hören und dementsprechend zu essen?*
 - *Welche Gefühle empfindet Ihr bei Hunger/ Sättigung?*
- Theorieteil: Welche Wirkungen, Funktionen und Eigenschaften haben Kohlenhydrate, Ballaststoffe, Fette und Eiweiße?
- Praxisaufgabe: In Gruppen werden, entsprechend der vorgestellten vier Hauptnahrungsbestandteile, Lebensmittel zugeordnet und anschließend in der Gruppe besprochen.
- Vorstellen der Bewertungsskala für Hunger-Sättigung nach R. Fritz.
- Aufgabe: Anwenden der Bewertungsskala vor und nach der Nahrungsaufnahme. Die Erfahrungen mit dem neuen Bewertungssystem werden dann im nächsten Einzelernährungsgespräch reflektiert.

Handout

Siehe Anhang C, Seite LXXX

Erfahrungsbericht

Die Teilnehmer arbeiten von Beginn an motiviert und offen mit und berichten bereits bei der Eröffnungsfrage ausführlich von eigenen Erfahrungen und Problemen. Der Theorieteil ist niederschwellig angesetzt und enthält allgemeine Information zu den Nahrungsbestandteilen. Im anschließenden Praxisteil werden Gruppen mit Hilfe von Karteikarten, auf denen die einzelnen Lebensmittelgruppen vermerkt sind, zusammengestellt. Hierbei wählen die Teilnehmer überwiegend die Nahrungsbausteine, über die sie am wenigsten wissen. Die Praxisaufgabe zeigt, dass nicht alle Teilnehmer Kenntnisse über die Inhaltsstoffe von Lebensmitteln haben. Somit wird eine Auseinandersetzung mit neuem Ernährungswissen und eine Festigung des Inputs ermöglicht. Während der Einheit wird deutlich, dass die Teilnehmer grundsätzlich dazu angehalten sind, vor und nach dem Essen das Hunger-Sättigungsempfinden in Form von Prozentwerten im Ernährungsprotokoll darzustellen. Viele verzichten darauf oder können die Körpersignale nicht in Prozentwerten darstellen, weil diese zu abstrakt sind. Aus diesem Grund wird ein alternatives Bewertungssystem mit Ziffern von 0-10 vorgestellt und eingeführt.

Die Teilnehmer nehmen die Skala positiv an und versuchen diese zukünftig als Hilfestellung anzuwenden.

Quellen

- Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (DGE, ÖGE, SGE, SVE 2013)
- Bewertungsskala für Hunger-Sättigung nach R. Fritz (Haskvitz 2006, S. 46)

Materialien

- Karteikarten + Stift

3.2.3.2. Einheit 2: Hungerstoffwechsel, Setpoint-Theorie, Energiebedarf

Eine Gewichtszunahme ist für die meisten Patienten die größte Herausforderung. Eine Remission der Essstörung ist ohne eine Steigerung des Gewichtes jedoch nicht möglich. Um die Prozesse des Körpers zu verstehen und sich der Gewichtsnormalisierung anzunähern, ist zunächst eine Informations- und Aufklärungsarbeit notwendig. Warum es Gewichtsschwankungen gibt, wie sich das Zielgewicht finden lässt und woraus sich der Energiebedarf zusammensetzt sind Inhalte, die das Verständnis und die Akzeptanz einer Gewichtszunahme fördern. Die Normalisierung des Körpergewichts ist eng verbunden mit dem Therapieerfolg. Je näher die Patienten einem gesunden Gewicht kommen, desto geringer ist ihr Rückfallrisiko (American Psychiatric Association 2006).

Lernziele

1. *Kognitives Lernziel:* Die Teilnehmer erkennen die Wichtigkeit von Nährstoffen und lernen, welche Folgen aus dem Hungerstoffwechsel für den Körper resultieren und welche Schäden hieraus erfolgen können. Die Probanden wissen am Ende der Einheit, welche Inhalte sich aus der Setpoint-Theorie ableiten lassen und wie sich der Energiebedarf des Körpers zusammensetzt.
2. *Affektives Lernziel:* Die Motivation, auf sich und den Körper zu achten und ihn mit ausreichend Nährstoffen zu versorgen, ist gestärkt. Die Teilnehmer entwickeln ein Gefühl für die Gefahr die vom Hungerstoffwechsel ausgeht, welche insbesondere für Personen mit einer Essstörung sehr groß ist. Das Vertrauen in den Körper ist gestärkt, da dieser nach der Setpoint-Theorie sein eigenes „Wohlfühlgewicht“ kennt. Die Möglichkeit des Hungerns verliert an Bedeutung und ist keine Option zur Gewichtsreduktion mehr.
3. *Psychomotorisches Lernziel:* Die Teilnehmer achten auf die Bedürfnisse des Körpers. Nach erhöhter körperlicher oder geistiger Anstrengung nehmen sie bewusst mehr Energie zu sich.

Geplanter Ablauf

- Eröffnungsfrage:
 - *Welche Erfahrungen hast Du mit dem „bewusst-wenig-essen“ gemacht?*
 - *Wie sind Deine Stimmung, körperliche Aktivität und Dein Wohlbefinden während diesen Phasen?*
- Theorieteil: Vorstellen der Minnesota-Studie und deren Ergebnisse, der Setpoint-Theorie, des Hungerstoffwechsels und des Energiebedarfs (Grund- und Leistungsumsatz)
- Praxisteil: Messung der Ruhe- und Belastungspulsfrequenz, beispielhaft für die Muskelaktivität in Bewegung (Körperliche Aktivität simuliert durch Treppensteigen)

Handout

Siehe Anhang C, Seite LXXXI

Erfahrungsbericht

Die Eröffnungsfragen werden detailliert und auf persönlichen Erfahrungen beruhend beantwortet. Sie dienen als „Türöffner“ für das Thema und geben die Möglichkeit, die Emotionen der Teilnehmer zum Thema Hungern zu verdeutlichen. Die Inhalte der Minnesota-Studie sind bereits weitestgehend bekannt. Trotzdem werden die wichtigen

und ausschlaggebenden Ergebnisse erneut besprochen und ins Gedächtnis gerufen. Zwischen- und Verständnisfragen zeigen, dass die Teilnehmer trotz der Wiederholung, mitarbeiten. Die Seitpoint-Theorie ist nicht allen bekannt und wird ausführlich erläutert. Die Ausführung des Hungerstoffwechsels soll die Risiken des Körpernotprogramms darstellen. Die Überleitung zum Praxisteil stellt das Thema „Energiebedarf“ dar. Anhand der Abbildung auf dem Handout wird erläutert, welche Faktoren den Energiebedarf beeinflussen. Die Teilnehmer nennen selbst Beispiele, die zu einer Änderung des Bedarfes führen können. Der anschließende Praxisteil veranschaulicht die vorherige Theorie und lockert die Einheit auf. Die Probanden haben Spaß dabei, die Veränderung des Pulses anhand eines Blutdruckmessgerätes sichtbar zu machen. Die Abschlussrunde fasst die Kenntnisse der Projektteilnehmer bezüglich der Praxisübung zusammen und stellt den Bezug zu anderen Muskelpartien her.

Quellen

- Grafik „Energiebedarf“ von www.quevita.com (Zugriff am 28. Juli 2014)
- Vorlesungsskript „Ernährungsverhalten“ von J. Westenhöfer

Materialien

- Blutdruckmessgerät

3.2.3.3. Einheit 3: Verbotene Lebensmittel

Die meisten Essstörungspatienten verbieten sich eine Reihe von Lebensmitteln. Diese wieder in den Speiseplan zu integrieren ist eines der wesentlichen Ziele in der Ernährungstherapie (Schnebel und Wunderer 2008, S. 172). Da Light-Produkte eine kalorienarme und somit reizvolle Alternative für Vollwertprodukte bieten, diese allerdings durch künstliche Süßstoffe eine Gewöhnung an den süßen Geschmack und kein bewusstes Genießen ermöglichen, sollte in einer ausgewogenen Ernährung darauf verzichtet werden. Der Sättigungsprozess kann durch diese gestört werden (Schnebel und Wunderer 2008, S. 177). Aus diesem Grund sind Light-Produkte mit Zuckerersatzstoffen und fettreduzierte Lebensmittel in der Wohngruppe des Rauhen Hauses verboten.

Lernziele

1. *Kognitives Lernziel:* Die Teilnehmer wissen, dass es keine verbotenen Lebensmittel gibt und dass alles in Maßen gegessen werden kann. Der vermeintliche Vorteil von Light-Produkten wird als Risiko beziehungsweise Nachteil erkannt und verstanden.

2. *Affektives Lernziel:* Vermeintlich verbotene Lebensmittel werden wieder mit Genuss in Verbindung gebracht. Die Motivation Light-Produkte zu verzehren wird verringert.
3. *Psychomotorisches Lernziel:* Die Probanden trauen sich Schritt für Schritt an „verbotene“ Lebensmittel und versuchen, diese in den Alltag zu integrieren. Nach der Einheit soll weitestgehend auf Light-Produkte verzichtet werden.

Geplanter Ablauf

- Eröffnungsfrage:
 - *Wie stehst Du zu Light-Produkten?*
 - *Welche Varianten verzehrst Du außerhalb der Wohngruppe?*
- Verbotene Lebensmittel: Ausfüllen der Tabelle auf dem Handout; Anschließend werden die Lebensmittel der „schwarzen“ Liste und dessen Eigenschaften besprochen
- Theorieteil: Was sind die Charakteristika der Light-Produkte?
- Praxisteil: Sensorische Übung: Geschmacksvergleich von Light- und Vollfettprodukten: Müsliriegel, Frischkäse, Kirschjoghurt und Eistee sollen hinsichtlich ihres Aussehens, der Konsistenz und ihres Geschmacks mithilfe von vorgegebenen Attributen für diese Lebensmittel beschrieben werden.

Handout

Siehe Anhang C, Seiten LXXXII-LXXXIII

Erfahrungsbericht

Die Teilnehmer sind eingangs weniger motiviert, arbeiten aber dennoch engagiert mit. Die Beantwortung der Eröffnungsfragen zeigt, dass die Teilnehmer keine Light-Produkte verzehren. Die einzige Ausnahme sind Light-Getränke und die Produkte, welche im Elternhaus nur als Light-Version vorhanden sind, wie zum Beispiel 1,5% fetthaltige Milch. Das Ausfüllen der Tabelle mit „verbotenen“ Lebensmitteln fällt den Teilnehmern schwer, da sie entgegen der vorangegangenen Erwartung, keine Lebensmittel bewusst meiden. Die anschließende Besprechung ergab, dass sich die Probanden dem Thema in Klinikaufenthalten und beim Kochen in der Wohngruppe bereits genähert haben und eigene Verbote abbauen konnten. Das einzige Lebensmittel, welches drei von vier Teilnehmern nennen, ist Schlagsahne in Kombination mit Kuchen. Bewusst einen Löffel Sahne auf ein Stück Kuchen zu geben, fällt den Teilnehmern schwer. Die Probanden erarbeiten darauf hin selbstständig, wie sie Lebensmittel der „schwarzen“ Liste in ihren

Alltag integrieren können. Einige Teilnehmer entwickelt das Ziel, jeden Tag ein Stück Kuchen mit Sahne zu konsumieren. Hier wird der Aspekt des Maßhaltens eingebracht und besprochen, da auch gesunde Personen nicht täglich Kuchen verzehren.

Das Teilthema „Light-Produkte“ ist einigen Probanden bewusst. Dennoch wird mit der ernährungsphysiologischen Wirkungsweise von Light-Produkten ein unbekannter Bereich veranschaulicht. Der anschließende Praxisteil verdeutlicht den Unterschied von Light- und Vollfettprodukten. Müsliriegel, Frischkäse, Kirschjoghurt und Eistee stehen als Testprodukte zur Auswahl. In Zweier-Teams werden die Proben analysiert.

Die Besprechung zeigt, dass die Teilnehmer die Produkte gut unterscheiden können. Die Einschätzung über die Zugehörigkeit – light oder vollwertiges Produkt – wird fast ausschließlich richtig beantwortet. Der direkte Vergleich verdeutlicht den Teilnehmern den großen geschmacklichen Unterschied, der aufgrund der Kalorienreduktion zustande kommt.

Quellen

- „Interdisziplinäre Essstörungstherapie“ von E. Wunderer und A. Schnebel 2008 (Schnebel und Wunderer 2008, S. 177)
- Sensorikattribute von Prof. Dr. Andrea Bauer, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Life Sciences, Department Ökotrophologie
- www.das-ist-drin.de
- ZDF-Mediathek: „Wie gut sind Light-Lebensmittel?“ vom 10.04.14

Materialien

- Müsliriegel, Frischkäse, Kirschjoghurt und Eistee – jeweils als vollwertige und Light-Variante
- Gläser, Teller, Löffel

3.2.3.4. Einheit 4: Fleisch- und Fischkonsum, Vegetarismus

Die Motivation eines praktizierten Vegetarismus zu hinterfragen, ist ebenfalls Teil der Ernährungstherapie. Oft sind es nicht die ideellen Gründe aus denen auf Fleisch verzichtet wird, sondern vielmehr der vermeintlich hohe Fett- und Kaloriengehalt in rotem Fleisch (Schnebel und Wunderer 2008, S. 174). In dieser Einheit soll der Hintergrund des Vegetarismus erfasst werden. Mit der Einführung von Bonuskarten („fLeXi -Cards“) sollen diejenigen, die gelegentlich Fleisch oder Fisch verzehren möchten, sich aber für die dauerhafte vegetarische Mahlzeitenvariante entschieden haben, die Möglichkeit erhalten, nach tagesindividuellem Appetit die Fleisch-/Fischmahlzeit wählen zu können.

Lernziele

1. *Kognitives Lernziel:* Die Teilnehmer wissen welche Inhaltsstoffe in Fleisch und Fisch enthalten sind und wie der tägliche Bedarf an Nährstoffen auch über vegetarische Kost gedeckt werden kann.
2. *Affektives Lernziel:* Den Teilnehmern ist bewusst, dass tierische Lebensmittel wertvolle und wichtige Inhaltsstoffe besitzen, sie aber nicht zwingend erforderlich sind. Eine Differenzierung und Abgrenzung des Vegetarismus zur Essstörung soll erfolgen.
3. *Psychomotorisches Lernziel:* Die Teilnehmer verzehren regelmäßig und bewusst tierische Lebensmittel und Fisch oder Fleisch. Jene, die sich vegetarisch ernähren, sollen die Besonderheiten der fleischlosen Kost in ihrem täglichen Essverhalten berücksichtigen.

Geplanter Ablauf

- Eröffnungsfragen:
 - *Konsumierst Du Fleisch oder Fisch?*
 - *Welches sind die Gründe für Dein (vegetarisches) Essverhalten?*
- Theorieteil: Welche Nährstoffe sind in Fisch und Fleisch enthalten? Welche Besonderheiten sind bei vegetarischer Kost zu berücksichtigen? Was sind die Charakteristika eines Flexitariers?
- Erläuterung und Austeilen der fLeXi-Cards

Handout und fLeXi-Card

Siehe Anhang C, Seiten LXXXIV-LXXXV

Erfahrungsbericht

Die Antworten auf die Eröffnungsfragen verdeutlichen die unterschiedlichen Ernährungsweisen und Einstellungen zum Fleisch- und Fischkonsum beziehungsweise zum Vegetarismus. Keiner der Vegetarier begründet den Vegetarismus als Folge der Essstörung. Deutlich wird, dass diejenigen, die heute Fleisch oder Fisch verzehren, in Zeiten der Essstörung darauf verzichtet haben. Der vermeintlich hohe Fettgehalt war hierfür ausschlaggebend. Der Begriff Flexitarier ist neu für die Teilnehmer. Vor allem die Vegetarier können sich mit den Eigenschaften dieser Ernährungsform identifizieren.

Das Konzept der Wohngruppe sieht vor, dass sich die Bewohner konsequent für oder gegen den Konsum von Fisch oder Fleisch bei der gemeinsamen Hauptmahlzeit

entscheiden. Da besonders Flexitarier das Bestreben haben, hochwertiges Fleisch und Fisch zu verzehren, die Wohngruppe allerdings nur ein begrenztes finanzielles Budget für die Lebensmittel zur Verfügung gestellt bekommt, verzichten einige Bewohner komplett auf Fleisch und Fisch. Um diesen Fleisch-Fischverzehr etwas flexibler zu gestalten, wird im Rahmen dieser Ausarbeitung, die „fLeXi-Card“ entwickelt. So bekommen die Vegetarier die Möglichkeit, eine Mahlzeit mit Fleisch zu wählen und die Fleisch/Fischesser die Chance, sich für die vegetarische Variante entscheiden zu können. Jeder Bewohner erhält drei „fLeXi-Cards“. Diese können innerhalb von sechs Monaten eingelöst werden. Die Anzahl der Karten ist gering gehalten, um die Möglichkeit, nur fettarme Fleisch- und Fischarten zu wählen und somit der Essstörung nachzugeben, zu vermeiden.

Quellen

- DGE Newsletter vom 14.10.2013 Thema „Flexitarier“
- „Vegetarismus –Grundlagen, Vorteile, Risiken“ von Claus Leitzmann, Beck 2001 (Leitzmann et al. 2001, S. 53–78)
- Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (DGE, ÖGE, SGE, SVE 2013)

Materialien

- Ausgedruckte „fLeXi-Cards“
- Laminiergerät

3.2.3.5. Einheit 5: Genuss

Genuss hat bei Patienten mit einer Essstörung häufig einen negativen Beigeschmack. Er scheint auf den ersten Blick ohne Nutzen zu sein. Krisen wie körperliche oder seelische Erkrankungen, aber auch ein allzu strenges Lebenskonzept, wie es bei einer Essstörung häufig zu finden ist, verbindet Genießen mit dem Verlust von Disziplin und Kontrolle (Boden und Feldt 2012, S. 135). In den nachfolgenden Einheiten sollen die Sinne geschärft und im Verlauf verdeutlicht werden, dass jeder Teilnehmer Genuss empfinden darf und dieser zur Steigerung der Lebensqualität beiträgt. Die Exkursionen ins Gewürz- sowie Schokomuseum und der Besuch der Fernseh-Kochshow „Topfgeldjäger“ dienen der Verknüpfung von Genuss mit positiven Erlebnissen.

Lernziele

1. *Kognitives Lernziel:* Die Teilnehmer kennen die Wichtigkeit und Wirkung von Genuss im Alltag und verstehen ihn als Teil vom flexiblen Essverhalten.
2. *Affektives Lernziel:* Die Probanden schätzen bewusst Genüsse des Alltages. Der Mut, (neuen) Genüssen aufgeschlossen zu begegnen, ist gestärkt.

3. *Psychomotorisches Lernziel*: Die Teilnehmer erkennen eigene Genüsse und planen täglich Zeit zum Genießen ein. Der Alltag wird bewusst durch den individuellen Genuss entschleunigt und aufgewertet.

Geplanter Ablauf

- Eröffnungsfrage:
 - *Wie empfindest Du Genuss?*
 - *Gönnt Du dir bewusst Kleinigkeiten, um Dir etwas Gutes zu tun?*
- Theorieteil: Was ist Genuss und wie funktioniert er?
- Vorstellen der acht Genussgebote
- Praxisteil: Aufbauend auf die Genussgebote Nr. 4 und 7 sollen Fragen zum persönlichen Genussempfinden beantwortet und in der Gruppe besprochen werden.

Handout

Siehe Anhang C, Seiten LXXXVI-LXXXVII

Erfahrungsbericht:

Die Antworten auf die Eröffnungsfragen verdeutlichen, dass es in der „guten“ und „schlechten“ Krankheitsphase ein unterschiedliches Genussempfinden gibt. In guten Lebensphasen können die Teilnehmer Genuss, allerdings unterschiedlich bewusst, empfinden. Sind Depressionen oder die Essstörungssymptomatik präsent, so sind sich die Probanden einig, sind sie es sich nicht „wert“, sich den Genuss zu erlauben. Genuss wird dann in Verbindung mit Schuldgefühlen erlebt.

Nachdem die Teilnehmer durch die Eröffnungsrunde für das Thema sensibilisiert sind, folgt ein kurzer inhaltlicher Überblick über den Begriff *Genuss*. Hierbei wird der Aspekt des Schuldgefühls und des Kontrollverlustes erneut aufgegriffen. Es wird verdeutlicht, dass diese Emotionen aufgrund der Essstörung und des strengen Lebensstils entstehen und dies eine bekannte Thematik darstellt. Dass es vielen Menschen, auch ohne Essstörung oder einer anderen psychischer Erkrankung ähnlich geht, ist eine neue Erkenntnis für die Probanden. Danach stellen sich die Probanden gegenseitig die acht Genussgebote (Boden und Feldt 2012, S. 137–139) vor. Jeder Teilnehmer liest ein Gebot aus dem Handout vor. Anschließend wird der Inhalt in einem Gruppengespräch erläutert und zwei Gebote detaillierter bearbeitet. Die Fragen zum Gebot Nr. 3 „Genieße bewusst“ beziehen sich auf die Verwöhnung der Sinnesorgane. Die rege Mitarbeit zeigt das Interesse an dem Thema. Beim Besprechen der Fragen zu den einzelnen Sinnesorganen

kommen die Probanden erst durch weitere Hinweise und Beispiele durch die Seminarleitung auf eine große Auswahl an Genussmöglichkeiten.

Die Übung zum Genussgebot Nr. 7 „Überlasse deinen Genuss nicht dem Zufall“ befähigt die Teilnehmer ebenso zur engagierten Mitarbeit. Deutlich wird hierbei, dass Genüsse spontan sowie geplant bereits im Alltag stattfinden. Die Einheit wird mit einem sehr positiven Feedback beendet.

Quellen

- Inhalte und Aufgaben: „Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderungen ermöglichen- Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe“ von A. Boden und D. Feldt, Psychiatrie Verlag 2012 (Boden und Feldt 2012, S. 137–149)
- „Essen und Psyche- Ansätze für Beratung und Bildung“ aid special (Rösch 2010, S. 37–40)

Exkursionen

Die Einheit „Genuss“ besteht aus der oben genannten Theorieeinheit und zusätzlichen Ausflügen. Dieses soll den Stellenwert von Genuss im flexiblen und stabilen Essverhalten verdeutlichen und das Thema inhaltlich sowie praktisch vertiefen. Außerdem wird den Probanden aufgezeigt, dass Ernährung, Genüsse und Lebensmittel vielseitig zu erkunden sind und mit Spaß verknüpft werden können.

Gewürzmuseum „Spicys“

Nach der theoretischen Einheit zum Thema Genuss findet die Exkursion in das Gewürzmuseum in der Hamburger Speicherstadt statt. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, eigenständig das Museum zu erkunden. Die Aufgabe ist es, ein Lieblingsgewürz zu finden und es am Ende der Gruppe vorzustellen. Diese Aufgabe soll die Sinne schärfen und ein abschließendes Ziel der Veranstaltung darstellen.

Das Museum bietet eine große Auswahl von Gewürzen zum Riechen und Tasten, sowie vielseitige Informationen zur Gewürzgewinnung, Anwendung, Verwendung und Wirkweise.

Die Teilnehmer haben Spaß daran, die Gewürze kennenzulernen und sind begeistert von dem kleinen Museum. Die abschließende Vorstellung des jeweiligen Lieblingsgewürzes zeigt, dass die Teilnehmer den Mut entwickelt haben, neue Gewürze kennenzulernen. Sie beschreiben, was sie an dem gewählten Gewürz mögen und einzigartig finden. Das Gewürzmuseum eignet sich gut, um eine Exkursion im Rahmen eines solchen Projektes durchzuführen, da ein praktisches Erleben der Sinne gefördert wird.

Besuch im Chocoversum

Eine weitere Exkursion findet in das Schokomuseum „Chocoversum“ von Hachez in Hamburg statt. Das Leitthema dieser Exkursion ist „Genuss- Schokolade riechen, sehen, fühlen, schmecken und kennenlernen“.

In einer 90-minütigen Führung durch das Museum wird die „Kakaobohne auf ihrem spannenden Weg vom Anbau bis zur fertigen Tafel Schokolade“ begleitet. Alle Produktionsschritte werden anhand von historischen Maschinen vorgeführt und verköstigt. An jeder Station des Rundganges gibt es die Möglichkeit, entweder das Ursprungsprodukt, die Kakaofrucht oder Zwischenprodukte der Schokoladenherstellung zu fühlen, riechen und zu schmecken.

Besonders reizvoll sind die Stationen zum Ende der Produktionskette, da hier der bekannte Schokoladengeschmack und der zarte Schmelz, der das Endprodukt ausmacht, im Fokus stehen. Der Höhepunkt des Museumsbesuchs ist die Kreierung einer eigenen Tafel Schokolade. Es steht eine Vielzahl von Dekorationsmöglichkeiten zur Verfügung. Diese können individuell auf die flüssige Schokolade, welche in eine Schokoladentafelform gefüllt wird, gegeben werden. Die Teilnehmer genießen es sichtlich, ihre eigene außergewöhnlicher Variation herzustellen.

Das zuvor festgelegte Leitthema wird während der Führung erfüllt. Besonders die praktische Komponente des Schmeckens steht im Vordergrund. Aufgrund dessen handelt es sich um eine geeignete Exkursion im Rahmen des Stabilisierungsprojektes. Negative Auswirkungen können sich durch die starke Veranschaulichung der Zuckergehalte von Schokoladensorten ergeben. Während der Führung wird immer wieder Bezug zum durchschnittlich hohen Kaloriengehalt genommen. Dies kann besonders für Patienten mit Essstörungen eine abschreckende Wirkung haben. Das Eingehen auf diesen, für die Probanden sensiblen Themenbereich, ist zu beachten und bei Bedarf nachzubereiten.

Besuch der Fernseh-Kochshow „Topfgeldjäger“

Bei der Sendung „Topfgeldjäger“ handelt es sich um eine Kochshow, die in Hamburg Altona aufgezeichnet wird. Sie wird im ZDF ausgestrahlt und von Alexander Herrmann, einem Michelin-Stern prämiertem Koch, moderiert. Es gibt zwei Paare, die beim Kochen gegeneinander antreten.

Die Kochpaare haben einige Tage vorher Zeit, um aus den bereitgestellten identischen Lebensmitteln jeweils eine Vorspeise, ein Hauptgericht und ein Dessert zu kreieren. In der Show werden diese Gerichte mit Unterstützung von Alexander Herrmann zubereitet. Nach 45 Minuten werden die Gerichte einem anderen Spitzenkoch, in diesem Fall Cornelia Poletto, zur Bewertung serviert. Es erfolgt eine Bewertung nach Punkten, die den

Tagessieger mit einem Geldpreis belohnt. Als Zuschauer der Show bekommt man einen guten Eindruck, wie es hinter den Kulissen einer Fernsehproduktion abläuft, aber auch einige hilfreiche Tricks für das Kochen. Die Hinweise, die der Moderator den Köchen gibt, sind auch für den Alltag zu gebrauchen. Zusammenfassend war diese Exkursion eine erfolgreiche Möglichkeit, Freude und Interesse am Kochen zu wecken und eine dem Genussthema angemessene Veranstaltung.

3.2.3.6. Einheit 6: Flexibles Essverhalten

Rigide Kontrollmechanismen der Nahrungsaufnahme unterliegen einem ausgeprägten dichotomen Alles-oder-Nichts-Prinzip. Speziell Essstörungspatienten sind dieser Kontrolle unterlegen. Die rigide Kontrolle begünstigt die zyklische Alternation von Phasen strenger Diätvorschriften mit Phasen zügellosen Essens häufig mit anschließender Kompensation durch Erbrechen, Sport oder Abführmittel. Um diesen Teufelskreis zu unterbrechen, wird die flexible Kontrolle empfohlen. Sie wird als zeitlich überdauernde Langzeitstrategie verstanden. Obwohl ebenso eine Kontrolle vorliegt, kann die Vielfalt der Lebensmittel genossen werden (Pudel und Westenhöfer 2003, S. 165–166). Aus diesem Grund soll der Schwerpunkt der folgenden Einheit das Verständnis und Training des flexiblen Essverhaltens sein.

Lernziele

1. *Kognitives Lernziel:* Die Probanden wissen, was ein flexibles Essverhalten ausmacht und wie man es trainieren kann.
2. *Affektives Lernziel:* Die Teilnehmer sind motiviert, die rigiden Strukturen ihres Essverhaltens zu ändern und sich gedanklich auf die Flexibilität zu fokussieren.
3. *Psychomotorisches Lernziel:* Die Probanden weichen nach der Einheit bewusst von ihren Essplänen ab und verzehren alternative Lebensmittel, ohne die Kalorienzufuhr deutlich zu verändern/ verringern.

Geplanter Ablauf

- Eröffnungsfrage:
 - *Denke zurück an die Zeit in der die Essstörung dein Essverhalten noch stark eingeschränkt hat. Was konntest Du bis heute verbessern?*
- Theorieteil: Wie kann man Essverhalten unterscheiden? Besonderheiten des rigiden und flexiblen Essverhaltens, Vorstellen des Drei-Komponenten-Modells sowie von Ratschlägen, wie flexibles Essverhalten trainiert werden kann.

- Praxisteil: Einschätzung des eigenen Essverhaltens mithilfe des Drei-Komponenten-Modells. Gruppenarbeit, in der zu „sicheren“ Lebensmitteln Alternativen gefunden werden sollen.

Handout

Siehe Anhang C, Seite LXXVIII - LXXXIX

Erfahrungsbericht:

Die Eröffnungsrunde verdeutlicht, dass die Teilnehmer ihr Essverhalten bereits als relativ flexibel einschätzen. Vor allem die bulimischen Probanden haben kaum Probleme mit der Lebensmittelvielfalt, solange sie sich eine anschließende Kompensation in Form von Erbrechen, Sport oder Abführmitteln erlaubten. Die unterschiedlichen Arten des Essverhaltens lösen einige Fragen und Diskussionen innerhalb der Gruppe aus. Gemeinsam werden Beispiele und Erläuterungen erarbeitet. Anschließend soll jeder Teilnehmer eine Einschätzung zu seinem persönlichen Essverhalten in Form eines individuell positionierten Punktes in das Dreieck des Drei-Komponenten-Modells zeichnen. Die Teilnehmer haben Schwierigkeiten zu benennen, welche der drei Komponenten - Außenreize, innere Signale und rationale Einstellung- ihr Essverhalten am ehesten beeinflusst.

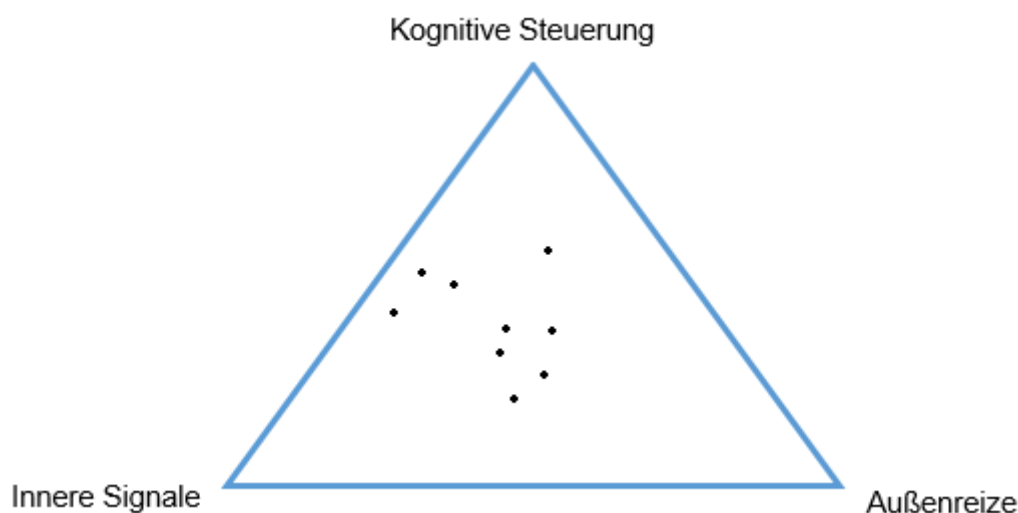


Abbildung 1: Ergebnis des Drei-Komponenten-Modells

Wie Abbildung 1 verdeutlicht, setzt die Hälfte der Probanden ihren Punkt deswegen in die Mitte. Die andere Hälfte ist eher geneigt den Punkt in Richtung kognitive Steuerung und innere Signale zu setzen. Im Anschluss sollen Ratschläge verdeutlichen, welche Methoden ein flexibles Essverhalten trainieren können. Mit der Praxisaufgabe wird ein entscheidender Aspekt des Trainings aufgegriffen und behandelt.

Die Teilnehmer füllen in Zweier-Teams die Tabelle des Handouts aus. Die Aufgabenstellung besteht darin, für „sichere“ und alltägliche Lebensmittel, die regelmäßig zu bestimmten Mahlzeiten gegessen werden, Alternativen zu finden. Hierzu sollte die Flexibilität und Kreativität aktiviert werden. Die Teamarbeit trägt dazu bei, sich gegenseitig Anregungen für Alternativen zu geben und den eigenen Horizont zu erweitern. Nach Bedarf werden Ergebnisse in der Gruppe diskutiert oder gemeinsam Lösungsvorschläge gesucht. Als Hausaufgabe sollen die Teilnehmer versuchen, sich Ziele zeitlich fest zu terminieren. Als Beispiel kann sich einmal pro Woche von den „sicheren“ Lebensmitteln gelöst und auf Alternativen zurückgegriffen werden. Die Lebensmittelvielfalt in der Wohngemeinschaft ermöglicht eine erfolgreiche Umsetzung.

Quellen

- „Ernährungspsychologie –Eine Einführung“ von V. Pudel und J. Westenhöfer, Hogrefe 2003 (Pudel und Westenhöfer 2003, S. 46-47, 214-216)
- Skript „Ernährungsverhalten“ von J. Westenhöfer
- Bild „safety first“: cash-online.de (Zugriff am 10.05.2014)
- Bild „LM Auswahl“: besserhaushalten.de (Zugriff am 10.05.2014)

3.2.3.7. Einheit 7: Rückfallprophylaxe

Um das Essverhalten nachhaltig zu stabilisieren ist der Umgang mit Rückschlägen bedeutend für den Genesungserfolg. Auch gesunde Menschen zeigen nicht täglich ein gesundes, geregeltes Essverhalten. Ebendies ist die Botschaft, die von einem fehlplatzierten Perfektionismus der Patienten wegführen soll. Den Teilnehmern wird in der Abschlussphase des Projektes das nötige Handwerkszeug, für eine flexible Reaktion auf symptomatisches Essverhalten, gegeben. Entscheidend ist, dass sich die Betroffenen nicht langfristig aus dem Konzept bringen lassen, sondern lernen, selbstständig zu gewohnten und sicheren Strukturen zurückzukehren (Schnebel und Wunderer 2008, S. 195).

Lernziele

1. *Kognitives Lernziel:* Die Teilnehmer wissen, welche Unterschiede es hinsichtlich des Wohnens in einer betreuten Wohngruppe im Vergleich zum eigenen Wohnraum gibt und kennen die Herausforderungen, die sich daraus ergeben. Außerdem erarbeiten die Teilnehmer, wie sie sich in kritischen Situationen vor einem Rückfall in die Essstörungssymptomatik schützen können.

2. *Affektives Lernziel:* Die Probanden entwickeln die Eigenmotivation, auch an die möglichen Gefahren und Herausforderungen eines Auszuges zu denken und sich im Voraus mit Rückfallstrategien vertraut zu machen. Sie wissen, wie sie Abstand von der Angst nehmen, dass ein Ausrutscher zwingendermaßen einen längerfristigen Rückfall zur Folge haben muss.
3. *Psychomotorisches Lernziel:* Die Teilnehmer formulieren nach der Einheit einen Rückfallbrief für den Ernstfall, in dem sie sich selbst ermutigen, auf dem richtigen Weg zu bleiben.

Geplanter Ablauf

- Eröffnungsfrage:
 - „Rückfall“ oder „Ausrutscher“? *Wie nennst Du es, wenn Dein Essverhalten wieder symptomatisch ist?*
- Theorieteil: Welche Herausforderungen ergeben sich aus einem Auszug aus der Wohngruppe? Ausarbeiten der Unterschiede hinsichtlich einiger vorgegebener Kriterien; Welche kritischen Situationen können Rückfälle auslösen?
- Praxisteil: Sammeln von Stichpunkten für einen Rückfallbrief
- Aufgabe: Ausformulieren der Stichpunkte in einen Brief an sich selbst, in dem auf vorgegebene Inhalte Bezug genommen wird

Handout

Siehe Anhang C, Seite XC - XCI

Erfahrungsbericht

Die Eröffnungsfrage ergibt, dass die Teilnehmer unterschiedliche Begriffe für einen Rückfall haben. Unter anderem kann es sich hierbei auch um einen „Vorfall“ oder eine „Krise“ handeln. Der anschließende Theorieteil, in dem die Ausarbeitung der Unterschiede und Herausforderungen eines Auszuges im Vergleich mit der jetzigen Wohnsituation behandelt wird, nimmt einige Zeit in Anspruch. Es werden viele unterschiedliche Dinge bedacht, anschließend ausführlich diskutiert und verglichen. Da es sich um qualitative und entscheidende Aussagen und Diskussionsbeiträge handelt, werden diese nicht unterbrochen. Es stellt sich heraus, dass sich einige Teilnehmer bereits mehr, andere weniger mit dem Thema „Auszug“ auseinandergesetzt haben. Dementsprechend entsteht Klärungs- und Erläuterungsbedarf zu einigen Themengebieten. Am Ende der Diskussionen können sich die Projektteilnehmer ein eigenes Bild von den Herausforderungen, die ein Auszug mit sich bringen würde, machen. Die eingeplante Zeit

für die Einheit ist bereits mit den bisher erläuterten Gesprächspunkten gefüllt. Die weiteren geplanten Gliederungspunkte werden nur kurz angesprochen. Damit zumindest die Voraussetzungen zum Schreiben des Rückfallbriefes erfüllt sind, werden Briefumschläge und Briefpapier ausgeteilt. Den Teilnehmern wird freigestellt, ob sie das Handout abschließend ausfüllen und sich selbst diesen Brief schreiben.

Quellen

- Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa von Jacobi, Thiel und Paul, 2008 (Jacobi et al. 2008, S. 91–92)
- Bild „Briefumschlag“: terra-lu-travel.de (Zugriff am 01.06.2014)

Materialien

- Briefpapier
- Briefumschläge
- Stifte

3.2.3.8. Einheit 8: Feedbackrunde und Abschluss

Ebenso wichtig wie der erste ist auch der letzte Eindruck einer Schulungsreihe (Lückerath und Müller-Nothmann 2008, S. 102). Ein Rückblick auf die behandelten Themen und Exkursionen mit anschließender Feedbackrunde hilft den Beteiligten, einen gemeinsamen Abschluss zu finden. Da dies das Abschlusstreffen mit den Projektteilnehmern darstellt, sollte diese Einheit vor allem Vorsätze und Wünsche in den Fokus stellen. Die Methode „Es grünt“ scheint besonders gut geeignet, um einen erfolgreichen Abschluss für das Projekt zu finden. Jeder Teilnehmer erhält einen Blumentopf mit Erde. Die Teilnehmer sollen sich persönliche Ziele und Wünsche für die nahe Zukunft überlegen und diese auf kleine Karten schreiben. Danach werden Blumensamen verteilt. Jeder Blumensamen stellt ein Ziel dar, welches in die Erde eingepflanzt. Der Charme dieser Methode liegt zum einen in der Symbolik; Wünsche sind mit Hoffnungen aber auch mit Eigenaktivität verbunden. So wie man für das Wachstum der Pflanze etwas tun muss, brauchen Wünsche und Ziele ebenso aktives Mitwirken. Zum anderen ist es ein Erfolgserlebnis, wenn die Blumensamen aufgrund der eigenen Fürsorge beginnen zu wachsen. Der Trick der Methode, sofern sie von den Teilnehmern angenommen wird, besteht darin, dass durch die Beschäftigung mit dem Blumentopf die Aufmerksamkeit bei den Wünschen und Zielen gehalten wird (Weidenmann 2008, S. 139–140). Für diese anschauliche Methode werden Kapuzinerkresse-Samen verwendet. Diese sind, laut Beschreibung, anspruchslos und wachsen auch bei wenig Pflege. Dadurch ist gewährleistet, dass alle Teilnehmer eine

positive Erfahrung mit ihren eigenen Pflanzen machen und der psychologische Effekt dieser Methode Wirkung zeigt.

Geplanter Ablauf

- Feedbackrunde – *Welche Einheit hat den Probanden am besten gefallen? Welche Themen waren geeignet, welche weniger geeignet? Gibt es Themen die gefehlt haben?*
- Ausblick: Wünsche und Ziele formulieren mittels der Methode „Es grünt“

Erfahrungsbericht

An dieser letzten Einheit nehmen alle Probanden teil. Zum Einstieg findet eine Blitzlichtrunde statt, in der die Teilnehmer die Möglichkeit bekommen, ein Feedback zum Inhalt und zur Durchführung der Projekteinheiten zu äußern. Die Rückmeldungen sind durchweg positiv. Einzelne Teilnehmer nennen die Exkursionen als besonders gelungenen Bestandteil der Projektreihe. Ebenso finden die Einheiten zu den Themen *verbotene Lebensmittel* (besonders der Geschmacksvergleich von Light- und Vollwertprodukten) *Genuss* und *Rückfallprophylaxe* großen Zuspruch. Die Möglichkeit, ein schriftliches Feedback im Postfragebogen zu vermerken, hilft die Eindrücke der Teilnehmer festzuhalten. Anschließend werden die Utensilien für die Methode „Es grünt“ ausgeteilt. Nachdem die Erläuterung der Methode und der Arbeitsauftrag geklärt sind, überlegen sich die Teilnehmer Ziele, die sie in naher Zukunft erreichen wollen. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten beschreiben alle Probanden die vorliegenden Karten mit Wünschen und Zielen. Die abschließende Vorstellung der Ziele erfolgt der Reihe nach. Jeder Teilnehmer darf die Wünsche und Ziele vorstellen, die ihm am wichtigsten sind oder welche vor der Gruppe preisgegeben werden sollen. Die Offenheit und Dynamik innerhalb der Gruppe erlaubt es, dass Ziele von anderen Probanden hinterfragt werden, damit sie weiter konkretisiert werden können. Die Methode schafft einen positiven zukunftsorientierten Abschluss des gesamten Projektes und wird gut von den Teilnehmern angenommen. Aus diesem Grund eignet sich dieses didaktische Vorgehen für eine Abschlussveranstaltung eines Gruppenprojektes dieser Art.

Quellen

- „Es grünt“ aus dem Handbuch „Active Training“(Weidenmann 2008, S. 139–140)

Materialien

- Blumenerde, Blumentöpfe
- Kressesamen
- Namenskarten und Fäden zur Befestigung
- Stifte

4. Methoden

4.1. Einführung

Im Methodenteil dieser Ausarbeitung wird eine erste Überprüfung der Wirksamkeit des Projektes zur Stabilisierung des Essverhaltens von Patienten mit Anorexie und Bulimie durchgeführt. Nach Darstellung des Designs wird die Forschungshypothese in eine statistische Hypothese überführt, wonach die Betrachtung der Stichprobe sowie des Untersuchungszeitraumes, die Operationalisierung und die Beschreibung der Durchführung erfolgt. Ein Überblick zu der statistischen Auswertung schließt den Methodenteil ab.

4.1. Forschungsdesign

Bei dem zugrunde liegenden qualitativen Forschungsdesign handelt es sich um eine Interventionsstudie. Eine Vorher-Nachher-Messung an einer einzigen Versuchsgruppe soll eine mögliche Veränderung durch das Treatment aufzeigen. Hierbei werden die abhängigen Variablen vor und nach dem Projekt an denselben Personen gemessen. Der erhobene Ausgangswert dient als Kontrolle von interindividuellen Unterschieden. Somit verfügt das Design über eine echte Vergleichsmöglichkeit. Eine Kontrollgruppe kann bei dieser Erhebung nicht berücksichtigt werden, da die potentiellen Teilnehmer fehlen.

4.2. Untersuchungsleitende Hypothese

Nachfolgend wird die aus der Fragestellung abgeleitete Forschungshypothese in eine statistische Hypothese überführt.

In den S3-Leitlinien „Diagnostik und Therapie der Essstörung“ wird speziell darauf hingewiesen, dass eine Vermeidung einer Chronifizierung angestrebt werden soll. Dies erfolgt am ehesten durch eine gute Nachsorge. Die Rückfallprophylaxe bereitet am Ende jeder stationären Behandlung die Patienten auf das selbstständige Leben mit der Essstörung vor. (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin 2010). Neben dem Fokus auf die Essstörungen ist es im Rauhen Haus ebenfalls von Bedeutung, die soziale Kompetenz zu stärken und die Fähigkeit, Probleme im Alltag selbstständig zu bewältigen, zu erlernen.

Mit diesem Hintergrund ist das Ziel der Untersuchung, die Auswirkungen von gezielten Lehreinheiten zum Thema Essstörung und Ernährung zu ermitteln und den Vorteil eines solchen Projektes zur Stabilisierung des Essverhaltens von Patienten mit Anorexie und Bulimie nachzuweisen.

Es ergibt sich die folgende Fragestellung:

„Kann die Aufklärung über das Krankheitsbild der Anorexie und Bulimie sowie eine Informationsvermittlung und die Durchführung praktischer Aufgaben rund um das Thema Ernährung, zur Stabilisierung des Essverhaltens führen?“

Hieraus ergeben sich folgende Hypothesen:

Nullhypothese H_0 :

„Lehreinheiten zum Thema Essstörungen und Ernährung haben keinen positiven Einfluss auf die Stabilisierung des Essverhaltens bei Patienten mit einer Anorexie und Bulimie“

Alternativhypothese H_1 :

„Lehreinheiten zum Thema Essstörungen und Ernährung haben einen positiven Einfluss auf die Stabilisierung des Essverhaltens bei Patienten mit einer Anorexie und Bulimie“

Ziel ist es, die Nullhypothese aufgrund dieser Untersuchung verwerfen zu können, damit die Alternativhypothese bis auf weiteres bestehen bleiben kann.

Somit lautet die statistische Hypothese:

H_0 : Die Differenz der Mittelwerte unterscheidet sich in den Skalen der zwei Erhebungsinstrumente zwischen T_0 und T_1 nicht oder ist negativ.

$$H_0: \mu T_1 - \mu T_0 \leq 0$$

H_1 : Die Differenz der Mittelwerte unterscheiden sich positiv in den Skalen der zwei Erhebungsinstrumente zwischen T_0 und T_1 .

$$H_1: \mu T_1 - \mu T_0 > 0$$

Sofern sich die Differenz der Mittelwerte zwischen T_0 und T_1 signifikant unterscheiden, kann die Nullhypothese mit hoher Sicherheit verworfen werden.

4.3. Angaben zur Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus sechs jungen Frauen und einem jungen Mann ($n=7$). Mit der Erhebung soll die Auswirkung auf die Stabilität des Essverhaltens bei Patienten mit Anorexie oder Bulimie überprüft werden. Hierfür werden die Bewohner der Wohngruppe des Rauhen Hauses rekrutiert. Durch den Einzug in die Wohngruppe sind bestimmte Kriterien bei allen Teilnehmern gleichermaßen erfüllt (siehe hierzu 5.1). Folgende Einschlusskriterien werden für die Erhebung festgelegt: das Alter, die Diagnose, das

Geschlecht, der Body-Mass-Index (BMI), die stationären Klinikaufenthalte und eine Sicherstellung der psychologischen Betreuung sowie die soziale Herkunft.

4.4. Untersuchungszeitraum

Die Durchführung der Wirksamkeitsüberprüfung des Schulungskonzeptes erfolgte im Rahmen eines fünf-monatigen Praktikums in der Wohngruppe des Rauhen Hauses. Der Erhebungszeitraum betrug drei Monate. In dieser Zeitspanne wurden der Prätest (zum Zeitpunkt T_0), die Projekteinheiten und Exkursionen sowie der Posttest (zum Zeitpunkt T_1) durchgeführt. Ein dritter Messzeitpunkt war nicht vorgesehen.

4.5. Operationalisierung

Um die in 4.2. genannte Hypothese experimentell überprüfen zu können, müssen dem theoretischen Konstrukt der „Stabilität des Essverhalten“ direkt beobachtbare und messbare Kriterien zugeordnet werden. In dieser Erhebung werden deshalb zwei verschiedene Erhebungsinstrumente verwendet.

Zuerst erfolgt eine Beschreibung des revidierten Fragebogens zum Essverhalten von J. Westenhöfer und V. Pudel (1989). Anschließend wird der eigens für dieses Projekt konzipierte Zusatzfragebogen erläutert.

Der ursprüngliche Fragebogen zum Essverhalten (FEV) wurde 1986 von Pudel und Westenhöfer veröffentlicht und ist die deutschsprachige Übersetzung des Tree-Factor-Eating-Questionnaire (TEFQ) von Stunkard und Messick (1985). Dieser Fragebogen erfasst auf drei verschiedenen Skalen das Ausmaß der kognitiven Kontrolle, die Störbarkeit des Essverhaltens und die störenden Hungergefühle (Westenhöfer 1992, S. 25).

Das Essverhalten der Teilnehmer wird anhand des revidierten Fragebogens zum Essverhalten (FEV-R) erfasst. Dieser ist im Anhang B (Seiten LXXV-LXXVI) dieser Ausarbeitung wiederzufinden. Hierbei handelt es sich um eine weiterentwickelte Fassung des FEV in welcher die kognitive Kontrolle um zwei Unterasspekte, die rigide und flexible Kontrolle, erweitert wurde.

Der FEV-R erfasst folgende Verhaltensaspekte (Westenhöfer 2005):

1. **Kognitive Kontrolle/gezügelt Essen:** Ausmaß in dem eine Person bemüht ist, die Nahrungsaufnahme einzuschränken um abzunehmen oder um nicht zuzunehmen.

Die kognitive Kontrolle hat zwei Unterasspekte:

- **1a. Rigide Kontrolle des Essverhaltens:** Einschränkung der Nahrungsaufnahme nach einem rigiden Alles-oder-Nichts-Prinzip oder durch kurzfristige und zeitlich begrenzte Diätmaßnahmen.
 - **1b. Flexible Kontrolle des Essverhaltens:** Einschränkung der Nahrungsaufnahme nach einem flexiblen Mehr-oder-Weniger-Prinzip und als langfristiges Verhaltensprinzip.
- 2. Störbarkeit des Essverhaltens:** Ausmaß, in dem jemand durch äußere Reize oder durch emotionale Befindlichkeit zu vermehrtem Essen und zum Aufgeben von kognitiver Kontrolle gebracht wird.

Der FEV-R Fragebogen enthält zusätzlich zu den zielgerichteten Fragen, die zur Einschätzung der vier Verhaltensaspekte führen, die Frage nach dem aktuellen Gewicht und dem Wunschgewicht. Damit eine bessere Vergleichbarkeit und Anonymität der Teilnehmer gegeben ist, erfolgt die Darstellung in Form des BMI, welcher sich aus dem Gewicht und der Größe zusammensetzt. Das Körpergewicht und demnach auch der BMI sind mit dem Konstrukt des gezügelten Essverhaltens (flexible und rigide Kontrolle) eng verknüpft, da gezügeltes Essen auf eine direkte Manipulation des Körpergewichts abzielt. (Westenhöfer 1992, S. 186).

Die Auswertung des FEV-R erfolgt mithilfe von Summenwerten der einzelnen Skalen, die anhand eines Auswertungsschlüssels bewertet werden. Die Skala *kognitive Kontrolle* setzt sich aus 21 Items zusammen. Bei einem Item handelt es sich um einen Punktwert, der einem bestimmten zu messenden Merkmal zugeordnet ist. Die Addition aller Punktwerte ergibt einen Rohwert für das jeweilige Merkmal. Summenwert dieser Skala kann somit zwischen 0 (= keine kognitive Kontrolle) und 21 (= extreme kognitive Kontrolle) liegen.

Bei der *flexiblen Kontrolle* werden 12 Items berücksichtigt. Hier reicht der Summenwert von 0 (= keine flexible Kontrolle) bis 12 (= extreme flexible Kontrolle).

Die Skala *rigide Kontrolle* des Essverhaltens setzt sich aus 16 Items zusammen und kann einen Summenwert zwischen 0 (= keine rigide Kontrolle) und 16 (= extreme rigide Kontrolle) ergeben.

Die *Störbarkeit* wird anhand von 16 Items dargestellt. Der Summenwert kann also zwischen 0 (= keine Störbarkeit) und 16 (= extreme Störbarkeit) liegen.

Durch eine bevölkerungsrepräsentative Studie im Jahre 1992 konnten Normwerte festgestellt werden, die durch eine Gliederung in fünf zusammengefasste Gruppen (Quintilsbereiche) als Auswertungshilfe dienen (Westenhöfer 1992, S. 172). Die Tabelle 2

stellt die vier Skalen mit ihren entsprechenden Ausprägungen, unterteilt in weiblich und männlich, dar.

Tabelle 2: Normwerte unterteilt in Quintilsbereiche (Westenhöfer 1992, S. 172)

Skala		Sehr gering	Gering	mittel	Hoch	Sehr hoch
Kognitive Kontrolle	w	0-4	5-6	5-10	11-13	14-21
	m	0-1	2-3	4-5	6-9	10-21
Flexible Kontrolle (FK12)	w	0-1	2-4	5-6	7-8	9-12
	m	0	1-2	3-4	5-6	7-12
Rigide Kontrolle (RK 16)	w	0-2	3	4-6	7-9	10-16
	m	0	1	2-3	4-6	7-16
Störbarkeit	w	0-2	3	4-6	7-8	9-16
	M	0-2	3	4-5	6-7	8-16

Um überdies weitere Veränderungen des Essverhaltens messbar zu machen, wurde ein Zusatzfragebogen für die Wirksamkeitsüberprüfung des Schulungskonzepts entwickelt. Dieser ist als Anhang B (Seite LXXVII-LXXIX) dieser Ausarbeitung beigefügt. Anhand der einzelnen Fragen wird verdeutlicht, welche Ausprägungen folgender Merkmale messbar gemacht werden sollen.

Mir fehlt es an Spaß und Mut neue Lebensmittel auszuprobieren.

Je offener die Teilnehmer neuen Lebensmitteln eingestellt sind, desto größer sind die Neugierde und das Interesse, die persönliche Lebensmittelauswahl zu erweitern. Da Geschmack erlernt werden kann wird dieser vielseitiger, je unterschiedlicher die angebotenen und verzehrten Lebensmittel sind.

Ich bin unflexibel in meiner Lebensmittelauswahl.

Die Inflexibilität in der Lebensmittelauswahl ist ein bezeichnendes Merkmal einer Essstörung. Oft werden die gleichen Lebensmittel in ähnlichen Mengen zu den gleichen Mahlzeiten verzehrt. Der Geschmack und das Sättigungsgefühl sind bekannt und können genau eingeschätzt werden. Das Risiko einer unerwarteten Auswirkung auf den Körper ist minimal, die Kontrolle (gezügelter Essverhalten) groß.

Mit fällt es schwer Mahlzeiten zu genießen.

Je größer die kognitive Kontrolle ist, desto weniger wird die eigentliche Mahlzeit genossen. Der Gedanke an die Einschränkung der Nahrungsaufnahme überwiegt.

Das Thema Essen ist mit Unsicherheit und Angst behaftet.

Das Krankheitsbild einer Anorexie und Bulimie geht mit einem gestörten Verhältnis zur Ernährung und zu Lebensmitteln einher. Je weniger wissenschaftlich fundiertes Wissen über das Thema besteht, desto mehr überwiegen Mythen und Vorurteile, die im Rahmen der Krankheit geprägt wurden. Dies führt zu einer fehlerhaften Einschätzung von Lebensmitteln und deren Gesundheitswert zu Gunsten der Gewichtsabnahme.

Die Auswahl und Zubereitung von Mahlzeiten bereitet mir Schwierigkeiten.

Die Unsicherheit bei der Auswahl und Zubereitung von Mahlzeiten kann in Verbindung mit der Flexibilität und dem Mut, neue Produkte auszuprobieren, gesehen werden. Je enger der Lebensmittelspielraum ist, desto eher bereiten davon abweichende Lebensmittel und Mahlzeiten Schwierigkeiten.

Stressige Situationen wirken sich negativ auf mein Essverhalten aus.

Wie im FEV-R zielt diese Frage auf das Ausmaß des Einflusses von äußeren Reizen oder emotionalen Befindlichkeiten auf das Essverhalten ab. Je stabiler das Essverhalten ist, desto geringer ist dessen Störbarkeit.

Ich würde eine Radikaldiät (Nulldiät) durchführen um an Gewicht zu verlieren.

Radikaldiäten zählen zu auslösenden Faktoren für eine Essstörung, da hierbei das Essverhalten stark gezügelt wird. Wenn die Bereitschaft, immer wieder Diäten durchzuführen, gering ist, sinkt das Risiko für Patienten, erneut in den Teufelskreis der Essstörung zu gelangen.

Auflistung der (un-)kritischen Lebensmittel wie Pommes, Sahnetorte, Pizza, Streichfett, Käse, Schokolade, Chips

Es werden die Lebensmittel angesprochen, welche aus Erfahrung der Ökotrophologin der Wohngruppe häufig auf der schwarzen Liste von Patienten stehen und deswegen gemieden werden oder dessen Verzehr mit Schwierigkeiten verbunden ist.

Die ausgewählten Merkmale bilden zusammen einen zusätzlichen Überblick über die persönliche Einstellung der Teilnehmer zum Essverhalten. Durch realitätsnahe Fragen können Stabilitätseigenschaften des Essverhaltens gezielt herausgefunden werden. Der Zusatzfragebogen enthält eine numerische Rating-Skala von 1 bis 10 und ist folgendermaßen aufgebaut:

- niedrigster Wert „1“; steht für „Nein, überhaupt nicht“, beziehungsweise „unkritisch“.
- höchster Wert „10“ steht für „Ja, vollkommen“, beziehungsweise „kritisch“.

Die Fragebögen unterschieden sich im Bereich der offenen Fragen. Im Prefragebogen liegt das Interesse der Erhebung zusätzlich bei den Erwartungen und Wünschen der Teilnehmer an das Projekt. Es sollen bereits durch die Klinik bekannte Themen und Vorgehensweisen (theoretische Grundlagen, Lehrküche, Einkaufs- und Skilltraining, Achtsamkeitsübungen) sowie die eigenen Wünsche zu Themen oder Praxiseinheiten genannt werden. Dies ermöglicht die Ausrichtung der Projekteinheiten auf die Wünsche und Bedürfnisse der Teilnehmer. Die Frage nach der Anzahl der Klinikaufenthalte verdeutlicht, wie häufig die Teilnehmer bereits das Therapieprogramm einer Klinik durchlaufen haben.

Der Postzusatzfragebogen beinhaltet neben der Frage nach der Anzahl der Teilnahme an den Einheiten wiederum offene Fragen die ein Feedback zum gesamten Projekt zulassen. Die offenen Fragen bleiben in der statistischen Auswertung unberücksichtigt. Sie dienen lediglich als Zusatzinformation für die Schulungsleitung. Um die Auswertungsobjektivität zu gewährleisten sind ausschließlich die Multi-Item-Skalen einbezogen.

4.6. Gütekriterien

Das Ziel eines Messvorganges besteht in der Erhebung möglichst exakter und fehlerfreier Messwerte. Dieses Ziel lässt sich in der Forschungspraxis kaum vollständig erreichen. Die tatsächlichen Messwerte geben meist nicht nur die Ausprägung eines Merkmals wieder, sondern erhalten auch Messfehler. Um trotz Messfehler die erhobenen Daten sinnvoll zu interpretieren, wird eine statistische Theorie der Entstehung von Messwerten benötigt: Grundlage hierfür bietet die „klassische Testtheorie“. Die Axiome dieser Testtheorie gestatten einfache Definitionen von Gütekriterien für die Messung. Messungen sollen möglichst objektiv, zuverlässig (Reliabilität) und gültig (Validität) sowie für die praktische Durchführung ökonomisch, vergleichbar und nützlich sein (Raithel 2008, S. 44).

Bei dem FEV handelt es sich um einen wissenschaftlich erprobten Fragebogen zur Feststellung des Essverhaltens. Der FEV-R ist wie im vorherigen Kapitel erläutert eine revidierte Form des FEV. Die vier Skalen beziehungsweise Subskalen des FEV-R verfügen über eine gute Reliabilität und Validität (Westenhöfer 1992; Pudiel und Westenhöfer 2003)

Für den Zusatzfragebogen können keine Aussagen über die Reliabilität, Validität und Objektivität getroffen werden. Dieser wurde eigens für die vorliegende Ausarbeitung konzipiert und erstmalig verwendet.

4.7. Durchführung der Intervention

Es haben sich sieben Wohngruppenbewohner bereit erklärt, regelmäßig an den Lehrinhalten und Exkursionen teilzunehmen.

Bei dem ersten offiziellen Treffen wird der Präfragebogen ausgefüllt und Rahmenbedingungen sowie offene Fragen geklärt. Damit die Anzahl der Teilnehmer bei den einzelnen Lehreinheiten möglichst groß ist, erfolgte im Vorfeld eine Terminabfrage. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, sich für die Teilnahme einzutragen und gegebenenfalls Terminänderungen vorzuschlagen. Durch die frühzeitige Planung können Eintrittskarten für die Exkursionen zu den gewünschten Terminen organisiert werden. Außerdem informierte die Schulungsleitung die Teilnehmer über den bestehenden Datenschutz.

Die jeweiligen Projekteinheiten werden vor der Durchführung ausführlich vorbereitet. Damit die formulierten Lernziele erfüllt werden können, sollte eine geeignete Wissensvermittlung durch didaktische Methoden und praktische Übungen erfolgen. Unter Kapitel 3.3 ist die detaillierte Übersicht der einzelnen Projekteinheiten inklusive Lernzielen, Planungen und abschließenden Erfahrungsberichten aufgeführt. Die entsprechend zu jeder Einheit erstellten Handouts befinden sich im Anhang dieser Ausarbeitung.

4.8. Statistische Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 22 für Windows. Die unterschiedlichen Messparameter zur Stabilität des Essverhaltens der Probanden werden mit Hilfe von Mittelwerten, Standardabweichungen und anhand von Häufigkeiten aufgeführt.

Die Daten des FEV-R und Zusatzfragebogens werden mittels t-Test für abhängige Stichproben auf signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den beiden

Erhebungszeitpunkten überprüft. Da von einer Normalverteilung ausgegangen wird, kann die statistische Auswertung anhand dieses Verfahren durchgeführt werden.

Bei der Datenauswertung liegen keine fehlenden Werte vor. Die Teilnehmer haben die Fragebögen jeweils vollständig ausgefüllt.

Das Signifikanzniveau wurde mithilfe des Programmes „G-Power 3.1“ hergeleitet. Da mit $n=7$ nur eine sehr kleine Stichprobe im Rahmen dieser Bachelorarbeit zur Verfügung steht, ist die Verwendung des traditionell üblichen Signifikanzniveaus von $\alpha = 0.05$ nicht geeignet, da hier selbst bei großen Effekten mit einer Effektgröße von $d = 1.0$ und zweiseitiger Testung nur eine Teststärke von 0.75 erreicht wird. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit mit sieben Probanden selbst einen großen Effekt zu entdecken, wäre bei einem Signifikanzniveau von 5 % nur 75 %. Daher wird das α –Niveau auf den ungewöhnlichen Wert von 0.15 festgesetzt. Aus der Berechnung mit G-Power ergeben sich bei einer Signifikanz von 0.15 und einer Effektgröße von $d = 1$ bei sieben Probanden eine Teststärke von 0.83 und damit eine ungefähr gleich große Wahrscheinlichkeit für Fehler erster und zweiter Art (0.15 beziehungsweise 0.17).

5. Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden in Teilabschnitten präsentiert. Der Einstieg erfolgt durch die Darstellung der Charakteristik der Stichprobe und einer Erläuterung der Teilnehmerbeteiligung. Anschließend werden jeweils die explorativen Datenanalysen und Signifikanzüberprüfungen des FEV-R und des Zusatzfragebogens aufgeführt. Die Hypothesenüberprüfung fasst die vorhergehende statistische Analyse zusammen.

5.1. Charakteristik der Stichprobe

Bei der Stichprobe dieser Erhebung handelt es sich um eine charakteristische Gruppe von Patienten mit Anorexie oder Bulimie der Grundgesamtheit. Kriterien, die von den Probanden der Erhebung erfüllt werden, sind: das Alter, die Diagnose, das Geschlecht, der BMI, die stationären Klinikaufenthalte, die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung und die soziale Herkunft. Die ausgewählten Teilnehmer leben in der betreuten Wohngruppe für junge Menschen mit Essstörungen des Rauhen Hauses. Die Voraussetzung, dass die Probanden mindestens einen stationären Klinikaufenthalt aufgrund einer Essstörung abgeschlossen haben, war bei allen Bewohnern der Einrichtung erfüllt.

Das Alter der Teilnehmer in der Interventionsgruppe liegt zwischen 18 und 25 Jahren. Der Altersdurchschnitt beträgt 21.9 Jahre ($SD=2.4$). Die Verteilung der Essstörungen ist in einem Verhältnis von vier zu drei. Vier der Teilnehmer sind an einer Anorexie und drei an einer Bulimie erkrankt. Wie aus den Unterkapiteln Epidemiologie zu entnehmen ist, handelt es sich um die charakteristische Altersgruppe dieser Essstörungen, insbesondere der Bulimie. Unter den Teilnehmern sind sechs junge Frauen und ein junger Mann. Ebendies verdeutlicht in der Stichprobe die vergleichsweise geringe Prävalenz beziehungsweise Diagnose von Essstörungen bei jungen Männern.

Die Gewichtsabfrage zu Beginn der Erhebung ergibt ein Mittelwert des BMIs von $21.6 \frac{kg}{m^2}$ ($SD=2.2$). Demnach liegt das Gewicht keines Probanden im Untergewichtsbereich, also unter einem BMI von $19.0 \frac{kg}{m^2}$. Das Gewichtskriterium ist notwendig, da es erst sinnvoll ist ein Schulungskonzept anzubieten, wenn die Patienten in einem stabilen Gewichtsbereich sind. Fachleute vermuten, dass erst ab einem BMI von zirka $19 \frac{kg}{m^2}$, die Patienten gedanklich in der Lage sind, ihre Handlungen zu reflektieren und Hilfestellungen rund um die Essstörung aufzunehmen. Vorher verzerren die Hungerzustände die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten (Pudel und Westenhöfer 2003, S. 230). Zusätzlich wird die Häufigkeit der Klinikaufenthalte erhoben. Die mittlere Anzahl der stationären Klinikaufenthalte liegt bei 2.4 ($SD=1.6$). Die Streuung um den Mittelwert verdeutlicht ein unterschiedliches Ausmaß und Chronifizierung der Essstörung bei den Probanden.

Die Herkunft der Teilnehmer wird der mittleren bis oberen Sozialstruktur zugeordnet. Dies geht aus den Patientenakten hervor, die in der Wohngruppe vorliegen und zur Vorbereitung genutzt wurden.

5.2. Beteiligung

Abhängig von dem Erfolg des Schulungskonzeptes ist die Teilnahmehäufigkeit der jeweiligen Probanden. Die Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Teilnahmen an den Projekteinheiten. Im Durchschnitt sind bei jeder Einheit 4.8 Teilnehmer anwesend ($SD=1.4$).

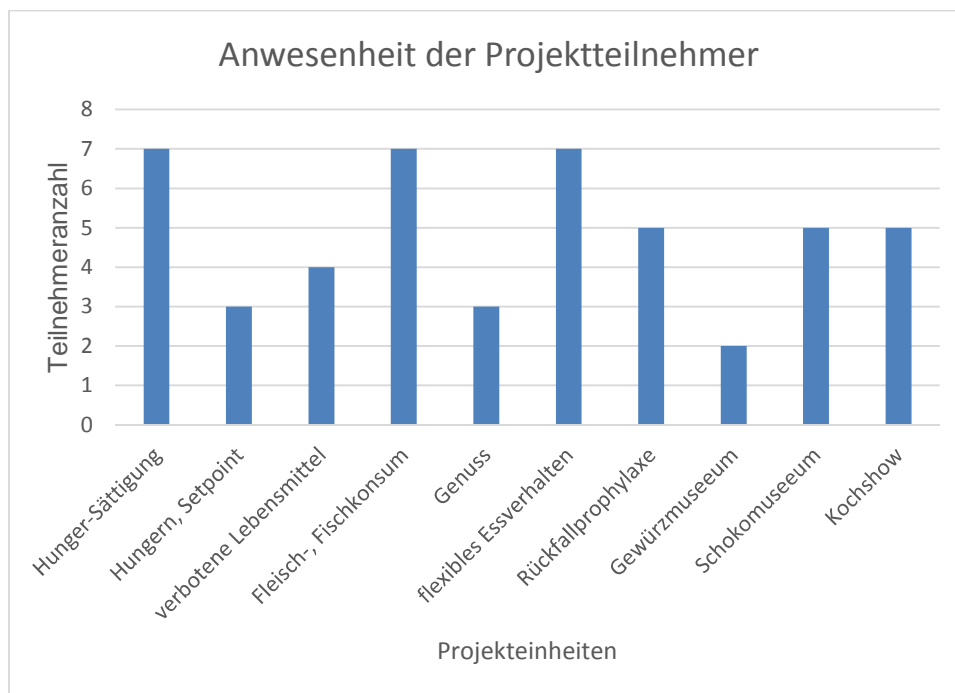


Abbildung 2: Anwesenheit der Teilnehmer

Auffällig sind die Einheiten *Hunger-Sättigung*, *Fleisch-*, *Fischkonsum* und *flexibles Essverhalten* aufgrund der hundertprozentigen Anwesenheit der Probanden. Jeweils fünf Teilnehmer nehmen an der Schulungseinheit *Rückfallprophylaxe*, den Exkursionen ins *Schokomuseum* und an der *Kochshow* teil. Die Themenkomplexe *verbotene Lebensmittel*, *Genuss* und *Hungern/Setpoint* sowie der Besuch des *Gewürzmuseums* werden von drei bis vier Teilnehmern besucht. Demnach ist die Beteiligung der Einheiten von einer hohen Fluktuation geprägt.

5.3. Auswertung der Befragung

Damit eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse erfolgen kann, werden die beiden Fragebögen getrennt voneinander deskriptiv analysiert und auf Signifikanz überprüft.

5.3.1. FEV-R

5.3.1.1. Deskriptive Analyse des FEV-R

Die Auswertung des Essverhaltens nach dem FEV-R erfolgt mit Hilfe der Summenwerte der einzelnen Skalen (Anhang A, Seiten LXXI-LXXII). Die Summenwerte werden mittels Auswertungsschlüssel einem der vier Verhaltensaspekte (siehe hierzu Kapitel 4.5) zugeordnet.

Tabelle 3: Ergebnisse des FEV-R Fragebogens nach Verhaltensaspekten

Verhaltensaspekte	Mittelwert (SD)			t	df	P
	vorher	nachher	Differenz			
Kognitive Kontrolle	8.9 (6.0)	6.7 (4.2)	-2.2	2.2	6	0.1*
Flexible Kontrolle	6.4 (3.2)	5.0 (2.8)	-1.4	2.0	6	0.1*
Rigide Kontrolle	6.4 (4.2)	4.6 (3.0)	-1.8	3.7	6	0.01*
Störbarkeit	5.9 (2.1)	5.6 (2.1)	-0.3	1.5	6	0.2

Anmerkungen: t: standardisierte Differenzen der Stichprobenmittelwerte; df: Freiheitsgrad p: $\alpha=0.15$;

* signifikantes Ergebnis

Offensichtlich ist eine Senkung der Mittelwerte in allen Bereichen der Verhaltensaspekte. Im Vergleich mit der Normwerttabelle ist zu erkennen, dass vorher und nachher alle Summenwerte im mittleren Bereich anzusiedeln sind.

Die größte Differenz ist im Vergleich der Vorher-Nachher-Werte bei dem Verhaltensaspekt der *kognitiven Kontrolle* zu verzeichnen. Der Summenwert ist von 8.9 auf 6.7 gesunken. Hier ist allerdings auch die größte Streubreite, erkennbar an der Standardabweichung (SD) um den Mittelwert, zu erkennen. Die Summendifferenz der *kognitiven Kontrolle* ergibt einen Wert von -2.2, wobei die anderen Differenzen zwischen -0.3 und -1.8 liegen. Die Skala der *flexiblen Kontrolle* ist im Pre-Post-Vergleich von 6.4 auf 5.0 Summenwerte gesenkt worden. Ebenso wie bei der *flexiblen Kontrolle* ist der Summenwert der *rigiden Kontrolle* zum Zeitpunkt der ersten Befragung bei 6.4 angesiedelt. In dieser Skala kann eine Minderung von -1.8 erzielt werden, sodass der Summenwert in der zweiten Befragung 4.6 beträgt. Lediglich bei der Skala der *Störbarkeit* ist die Mittelwertdifferenz mit einer Summe von -0.3 gering. Aus der Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass die *Störbarkeit* den niedrigsten Summenwert in der Pre-Befragung ergibt. Anhand der vorliegenden Summenwerte ist eine weitere Datenanalyse mittels t-

Test für abhängige Stichproben sinnvoll. Da bei drei der vier Verhaltensaspekte eine Differenz von mehr als 1 abzuleiten ist, wird eine signifikante Veränderung vermutet.

Werden in einer Nebenanalyse die BMI-Werte im Pre-Postvergleich genauer betrachtet, fällt folgendes auf: Der Mittelwert der realen Gewichtsangaben der Probanden ist im direkten Vergleich um weniger als einen BMI-Wert größer als der Bereich des Wunschgewichts. Die Standardabweichungen zeigen die Streuung der Stichprobenangaben. Der aktuelle BMI der Teilnehmer ist breiter gestreut als der BMI des Wunschgewichts. Zum Zeitpunkt der ersten Befragung hat der aktuelle durchschnittliche BMI einen Wert von $21.6 \frac{kg}{m^2}$ mit einer Streuung von 2.2 um den Mittelwert. Der Wunsch-BMI ist bei $20.4 \frac{kg}{m^2}$ angesiedelt. Im Vergleich zum Ergebnis der zweiten Erhebung ist eine geringe Veränderung festzustellen. Zu diesem Zeitpunkt beträgt der aktuelle BMI $21.7 \frac{kg}{m^2}$ und der Wunsch-BMI $20.2 \frac{kg}{m^2}$.

Tabelle 4: BMI-Mittelwerte im Vorher-Nachher-Vergleich

	Aktueller BMI in $\frac{kg}{m^2}$ (SD)	Wunsch-BMI in $\frac{kg}{m^2}$ (SD)
Vorher	21.6 (2.2)	20.4 (1.9)
Nachher	21.7 (2.4)	20.2 (1.6)
Summendifferenz	+0.1	-0.2

5.3.1.2. Signifikanzüberprüfung des FEV-R

Nachdem die Mittelwerte in der deskriptiven Analyse miteinander verglichen wurden, kann der t-Test Aufschluss über eine mögliche Signifikanz der Ergebnisse geben (siehe hierzu Tabelle 3).

Für den Aspekt der *kognitiven Kontrolle* des Essverhaltens kann eine Änderung der Summenwerte von 8.9 auf 6.7 gezeigt werden. Hier liegt ein signifikanter Unterschied vor ($t=2.3$; $df=6$; $p=0.1$). Bei dem Aspekt der flexiblen Beschränkung der Nahrungsaufnahme nach dem Mehr-oder-Weniger-Prinzip, der *flexiblen Kontrolle*, ist eine Senkung des Summenwertes von 6.4 auf 5.0 zu verzeichnen. Dieser Unterschied ist ebenso signifikant ($t=2.0$; $df=6$; $p=0.1$). Der Mittelwert bei dem Versuchsschwerpunkt *rigide Kontrolle* sinkt von 6.4 auf 4.6. Es liegt ein hoch signifikantes Ergebnis vor ($t=3.7$; $df=6$; $p=0.01$). Der Verhaltensaspekt der *Störbarkeit* hat sich von 5.9 auf 5.6 verringert. Dies ist der einzige Aspekt, bei dem kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden kann ($t=1.5$; $df=6$; $p=0.2$).

Was bereits in der deskriptiven Analyse der Summenmittelwerte aufgefallen ist, wird durch den t-Test bestätigt. Die Skalen, die eine Senkung der Summenmittelwerte von einem Wert über Eins erfahren haben, stellen signifikante Ergebnisse dar. Lediglich bei dem Aspekt der *Störbarkeit* kann keine ausreichende Veränderung erzielt werden.

5.3.2. Zusatzfragebogen

5.3.2.1. Deskriptive Analyse des Zusatzfragebogens

Im Folgenden wird der Zusatzfragebogen der Erhebung analysiert. Werden die Mittelwerte der Pre-Posterhebung von den ersten sieben Fragen miteinander verglichen (Tabelle 5), zeigt sich eine Minderung der Mittelwerte bei allen Fragenkomplexen. Aufgrund der Datenvielfalt beschränkt sich die folgende Auswertung auf die ersten *sieben* Verhaltensaspekte. Ergebnisse der weiteren Fragen aus dem Zusatzfragebogen sind im Anhang A (LXXIII-LXXIV) aufgeführt.

Tabelle 5: Ergebnisse des Zusatzfragebogens nach Verhaltensaspekten

Themen	Mittelwert (SD)		Differenzen	T	df	p
	vorher	nachher				
Mut	1.6 (0.8)	1.4 (0.8)	-0.2	1.0	6	0.4
Flexibilität	2.6 (1.4)	1.9 (0.9)	-0.7	1.7	6	0.1*
Genuss	3.1 (2.0)	2.3 (1.0)	-0.8	2.0	6	0.1*
Angst	4.6 (3.0)	3.4 (2.3)	-1.2	4.0	6	0.4
Auswahl und Zubereitung	4.3 (2.3)	3.1 (1.0)	-1.2	2.6	6	0.1*
Stress	7.0 (2.7)	5.4 (3.2)	-1.6	3.5	6	0.1*
Diät	4.1 (4.1)	3.6 (4.4)	-0.5	1.3	6	0.1*
Vorwissen	6.4 (4.1)	3.9 (3.6)	-2.5	5.5	6	0.1*

Anmerkungen. t: standardisierte Differenzen der Stichprobenmittelwerte; df: Freiheitsgrad $p:\alpha = 0.15$;

* signifikantes Ergebnis

Unter Berücksichtigung der Skalierung, die von 1 mit „Nein, überhaupt nicht“ bis zu 10 mit „Ja, vollkommen“ reicht, sind die Mittelwerte vorher und nachher hauptsächlich in der unteren Hälfte anzusiedeln. Hierzu zählen die Verhaltensaspekte *Mut*, *Flexibilität*, *Genuss*, *Angst*, *Auswahl und Zubereitung* und *Diät*. Die Fragen zur Auswirkung von

Stress auf das Essverhalten und dem *Klinikvorwissen* wurden im Pretest mit Werten zwischen 6 und 7 beantwortet. Die abschließende Befragung ergab eine Minderung der beiden Skalen von 1.6 bis 2.5. Dies ist die größte Summendifferenz in dieser Auswertung. Die ursprünglich am höchsten bewerteten Aspekte konnten demnach am stärksten vermindert werden. Die weiteren berechneten Daten wurden bereits in der Pre-Befragung zwischen 1.6 und 4.6, also unter 5 eingeschätzt.

Die Aspekte *Angst* und *Auswahl und Zubereitung* sind jeweils um 1.2 Werte gesunken. Alle weiteren Verhaltensaspekte konnten in einer Range von -0.2 bis -0.8 verändert werden.

Hierbei ist zudem die Standardabweichung zu beachten. Besonders bei der Bereitschaft *Diäten* zur Gewichtsreduktion durchzuführen sowie bei dem angeeigneten *Vorwissen* durch die Klinikaufenthalte ist eine breite Streuung (von 3.6 bis 4.4) der angegebenen Daten zu erkennen. Neben der *Angst*, neue Lebensmittel auszuprobieren und der Auswirkung von *Stress* auf das Essverhalten mit einer Streuung zwischen 2.3 und 3.2, sind die anderen Verhaltensaspekte mit einer relativ geringen Standardabweichung (0.8-2.0) angegeben.

Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse kann auch hier möglicherweise eine signifikante Aussage zur Verhaltensänderung getroffen werden.

5.3.2.2. Signifikanzüberprüfung Zusatzfragebogen

Der Zweistichproben-t-Test ergibt, dass bis auf zwei Mittelwertvergleiche alle eine signifikante Änderung erfahren haben (siehe hierzu Tabelle 5). Der Verhaltensaspekt *Flexibilität* bei der Lebensmittelauswahl und des Essens konnte die angegebenen Werte von 2.6 auf 1.9 senken. Hierbei handelt es sich um eine signifikante Minderung ($t=1.7$; $df=6$, $p=0,1$). Ebenso konnte der Aspekt *Genuss* von 3.1 auf 2.3 signifikant gesenkt werden ($t=2.0$; $df=6$, $p=0,1$). Hinsichtlich des festgelegten α - Niveaus von 0.15 wird bei der Fähigkeit der *Auswahl und Zubereitung* von Lebensmitteln, mit einer Minderung von 4.3 auf 3.1 ein signifikantes Ergebnis erzielt ($t=2.6$; $df=6$; $p=0.1$). Von 7.0 auf 5.4 konnte die anfänglich größere Auswirkung von *Stress* auf das Essverhalten gemindert werden. Hierbei handelt es sich ebenso um ein signifikantes Ergebnis. Die Relevanz von *Diäten* zur Gewichtsreduzierung konnte signifikant von 4.1 auf 3.6 gemindert werden ($t=1.3$; $df=6$, $p=0.1$).

Allein für die Skalen *Mut* ($t= 1.0$; $df=6$; $p=0.4$) und *Angst* ($t=4.0$; $df=6$; $t= 0.4$) konnten keine wissenschaftlich bedeutsamen Messwerte berechnet werden.

5.4. Hypothesenüberführung

Bei der Auswertung der eingesetzten Fragebögen zur Messung der Stabilität des Essverhaltens konnten deutliche Veränderungen festgestellt werden. Signifikante Unterschiede wurden bei Skalen wie der *Kognitiven Kontrolle, flexiblen und rigiden Kontrolle* des Essverhaltens aus dem FEV-R erzielt. Der eigens konzipierte Zusatzfragebogen ergab für die Verhaltensaspekte *Flexibilität, Genuss, Auswahl und Zubereitung, Stress, Diät* und *Vorwissen* signifikante Ergebnisse. Dass zwischen den Erhebungszeitpunkten t_0 und t_1 eine Stabilisierung des Essverhaltens erzielt werden konnte, lässt sich somit bestätigen.

Aufgrund der statistischen Auswertung kann die Nullhypothese H_0 verworfen und die Arbeitshypothese H_1 angenommen werden.

6. Diskussion

Die Entwicklung und wissenschaftliche Überprüfung der Wirksamkeit eines Schulungskonzeptes auf die Stabilität des Essverhaltens von Patienten mit Anorexie oder Bulimie steht im Fokus dieser Ausarbeitung. Die Bewertung dieser Verhaltensstabilisierung erfolgt durch die Diskussion der in Kapitel 4.2 genannten Hypothese. Hierbei wird die Gliederung des Ergebnisteils aufgegriffen. Beginnend mit der Diskussion der Beteiligung an den Schulungseinheiten folgt die Betrachtung der Skalen und der Gewichtsdaten des FEV-R. Anschließend werden die Verhaltensaspekte des Zusatzfragebogens hinsichtlich der Hypothese erörtert.

6.1. Beteiligung

Die Teilnehmeranzahl mit durchschnittlich fünf (4.8) von sieben Personen je Schulungseinheit zeigt eine erfolgreiche Annahme des Projektes bei den Probanden. Allerdings ist eine breite Streuung der Beteiligung deutlich zu erkennen. An drei Terminen, mit den Themenkomplexen *Hunger-Sättigung*, *Fisch-und Fleischkonsum* sowie *flexibles Essverhalten*, sind jeweils alle Projektteilnehmer anwesend. Begründet werden kann dies mit der Durchführung der jeweiligen Einheit im Rahmen der monatlichen Ernährungsgruppe, die für alle Bewohner der Wohngruppe eine Teilnahmeverpflichtung bedeutet. *Hungern (Set-Point)*, *Genuss* und der Besuch des *Gewürzmuseums* sind Einheiten mit einer geringen Beteiligung von zwei bis vier Personen. Gründe hierfür können ein untergeordnetes Interesse am Thema, dem bereits ausführlichen Vorwissen oder dem angesetzten Zeitpunkt sein. Da sich die Probanden für eine freiwillige Teilnahme an der Schulungsreihe angemeldet haben, ist keine Mindestanzahl für die Durchführung der Schulungseinheiten und Exkursionen vorgeschrieben. Die Probanden besuchen entweder die Schule oder studieren und haben demzufolge eine hohe zeitliche Auslastung. Trotz bestehenden Interesses, so die Rückmeldung der Teilnehmer, kann eine Teilnahme an den Einheiten nicht immer gewährleistet werden. Besonders die Einheit *Genuss* hat großes Interesse und Resonanz erzeugt. Die geringe Teilnahme resultiert aus dem ungünstigen Zeitpunkt und sollte auf Wunsch der Probanden an einem zweiten Termin erneut durchgeführt werden. Dieser fand aus zeitlichen Gründen außerhalb dieser Erhebung statt und konnte somit bei der Auswertung nicht mit einbezogen werden. Die Inhalte zur Einheit *Hungern (Setpoint)*, so stellte sich anhand der Auswertung des Feedbackabschnitts des Postfragebogens heraus, wurden bereits in Kliniken ausführlich behandelt und waren deswegen weitgehend bekannt.

Die Beteiligung der Komplexe *Rückfallprophylaxe*, Besuch des *Schokomuseums* und der *Kochshow „Topfgeldjäger“* war jeweils mit fünf Probanden hoch. Besonders für die Teilnehmer, die sich in der Endphase der Wohngruppenzeit befanden, war die Thematik

der *Rückfallprophylaxe* bedeutend. Da der Fokus der Inhalte auf dem Leben und den Schwierigkeiten außerhalb einer betreuten Wohngruppe liegt, konnten die Probanden einen produktiven Gedankenaustausch erfahren. Die Exkursionen in das *Schokomuseum* und die *Kochshow* hatten einen hohen Spaßfaktor und konnten aus diesem Grund eine hohe Beteiligung erzielen.

Die Feedbackabfrage im Rahmen des Postfragebogens war freiwillig. Nennenswert sind die positiven Rückmeldungen zu dem *Kochshowbesuch*, dem Schokoladenmuseum, der *Genuss-Einheit* sowie der *Rückfallprophylaxe*. Auf die Frage nach Einheiten, die weniger gut gefallen haben, wurde nur vereinzelt geantwortet.

6.2. FEV-R

Bei dem Fragebogen zum Essverhalten konnte bei drei der vier Skalen ein bedeutsames Ergebnis erzielt werden. Die Skalen *flexible* und *rigide Kontrolle* des Essverhaltens des FEV-R können unter der Hauptskala *kognitive Kontrolle/ gezügeltes Essverhalten* zusammengefasst werden. Das gezügelte Essverhalten beinhaltet eine Einschränkung der Nahrungsaufnahme, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken oder eine Abnahme zu bestreben. Die Art der Kontrolle wie diese Einschränkung erfolgt, ist je nach Krankheitsstand der Essstörung, nach *flexibler* und *rigider Kontrolle* zu unterscheiden. Es kann außerdem darauf geschlossen werden, dass die Themenauswahl der Projekteinheiten eng verbunden mit der signifikanten Senkung des *gezügelten Essverhaltens* sind. Demnach ist anzunehmen, dass die Auswahl der Schulungsthemen geeignet und auf ein angemessenes Leistungsniveau ausgerichtet ist.

Die Nebenanalyse des (Wunsch-)Gewichts stellt ebenfalls erwähnenswerte Ergebnisse dar. Trotz der signifikanten positiven Veränderungen der Stabilisierung des Essverhaltens konnte keine Gewichtszunahme und somit keine Steigerung des BMIs ermittelt werden. Vergleicht man die aktuellen und erwünschten BMI mit der Klassifizierung der DGE wird deutlich, dass die Gewichtsangaben jeweils im Bereich des Normalgewichts von $20.0 - 24.9 \frac{kg}{m^2}$ liegen. Der Wunsch-BMI von ca. $20.2 \frac{kg}{m^2}$, unter Berücksichtigung der Standardabweichung, liegt im Durchschnitt zwar an der Grenze zum Untergewichtsbereich (BMI $19.0 \frac{kg}{m^2}$), ist aber noch dem Normalgewicht zuzuordnen. Der Störfaktor der *sozialen Erwünschtheit* sollte bei der Angabe des Wunsch-BMIs berücksichtigt werden. Der soziale Druck, das Wunschgewicht in der Gewichtsspanne des Normalbereichs anzusiedeln, sollte ebenso beachtet werden. Zu berücksichtigen ist allerdings auch die Streuung der Ergebnisse, die besonders bei dem aktuellen BMI der Probanden vorzufinden ist. Die BMI-Range reicht von $19.5 \frac{kg}{m^2}$ bis

26. $2\frac{kg}{m^2}$. Da anorektische und bulimische Patienten unter den Teilnehmern des Projektes sind, wurden die Gewichtsangaben nicht getrennt voneinander betrachtet. Aus den diagnostischen Kriterien der DSM-IV (siehe hierzu Kapitel 2.1.) geht hervor, dass die Diagnose Anorexie mit einem um 15% verminderten Körpergewicht einhergeht. Diese Patienten sind demnach stärker von einer Gewichtsabnahme in Richtung des Untergewichtsbereiches betroffen. Die Diagnose einer Bulimie ist wiederum nicht vom Gewicht abhängig. Die Patienten können auch in Hochphasen der Krankheit normalgewichtig sein (Herpertz 2008, S. 16). Trotz der unterschiedlichen Krankheitsbilder ähneln sich die Wunschgewichtsbereiche. Die in Kapitel 5.3.1. dargestellte Tabelle 4 verdeutlicht, dass sich durch die Intervention der Wunsch-BMI durchschnittlich sogar verringert hat. Das für eine Essstörung charakteristische Schönheitsideal scheint nach wie vor präsent zu sein.

Positiv zu bewerten ist, dass sich die Probanden durchschnittlich im sicheren Normalbereich befinden, welches ein entscheidendes Kriterium für die Genesung von einer Essstörung, besonders von einer Anorexie, ist. Allerdings kann eine hohe Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen und dem persönlichen Wunschgewicht als Risikofaktor verstanden werden. Ein hoch angesiedelter Abnahmewunsch kann mit einer stärkeren rigiden Kontrolle des Essverhaltens und mit erhöhter Störbarkeit korrelieren (Westenhöfer 1992, S. 231–232).

6.3. Zusatzfragebogen

Die Auswertung des Zusatzfragebogens konnte ebenso signifikante Ergebnisse in den Bereichen *Flexibilität, Genuss, Auswahl und Zubereitung, Stress, Diät* und *Vorwissen* erzielen. Demnach konnten sechs von acht Skalen positiv beeinflusst werden. Hierbei ist anzumerken, dass die Inhalte der Schulungseinheiten nicht alle Themenkomplexe des Fragebogens berücksichtigt haben und dadurch ein vermeintlicher Einfluss durch das Schulungskonzept weitgehend unberücksichtigt bleiben sollte. Hierzu zählen die *Auswahl und Zubereitung* von Lebensmitteln, *Vorwissen* durch die Klinikaufenthalte sowie die Störbarkeit des Essverhaltens durch *Stress*. Die Schulungseinheit *verbotene Lebensmittel, Fleisch- und Fischkonsum* und *flexibles Essverhalten* hatten indirekt die *Auswahl* von Lebensmittel als Schwerpunkt. Außerdem kann durch das wöchentliche Kochen in der Wohngruppe die *Zubereitung* von Lebensmitteln geübt werden. Die Kocheinheiten sind zwar nicht Teil des Schulungskonzeptes, jedoch für die Teilnehmer verpflichtender Bestandteil ihres Wohnaufenthalts. Die signifikante Änderung des *Vorwissens* der stationären Behandlungen kann durch eine differenzierte Wahrnehmung der vermittelten Inhalte erklärt werden. Der Grund könnte darin liegen, dass die Teilnehmer bei der Pre-Befragung die Wissensvermittlung in den Kliniken als ausreichend

und ausführlich angesehen haben. Durch die Teilnahme an den Schulungseinheiten konnte eine kritische Bewertung des Vorwissens erfolgen. Neue Inhalte und Übungsaufgaben konnten die Vielfältigkeit der zu vermittelnden Themen des Ernährungsmanagements im Rahmen der Intervention verdeutlichen. Rückblickend wurden die vermittelten Kenntnisse der Klinik als signifikant geringer eingeschätzt.

Die Skala, die ebenso kaum expliziter Inhalt der Schulungen war, ist die *Stressbewältigung* im Umgang mit dem Essverhalten. Die *Störbarkeit* ist nicht unmittelbar Themenschwerpunkt der Einheiten gewesen. Allerdings konnten andere Inhalte der Schulung zu einer verbesserten Stressbewältigung beitragen. Die Sicherheit im Umgang mit den eigenen Hungergefühlen und (unbekannten) Nahrungsmitteln sind ausschlaggebende Fähigkeiten, die eine Stressanfälligkeit senken. Da diese *Störbarkeits*-Skala mit der höchsten Punktevergabe bewertet wurde, ist positiv zu erwähnen, dass diese trotz fehlender expliziter Schulungseinheit, deutlich gesenkt werden konnte. Im Vergleich zu den Ergebnissen des FEV-R fällt auf, dass die Auswirkung von Stress auf das Essverhalten lediglich im Zusatzfragebogen signifikant verringert werden konnte.

Ohne statistische Signifikanz sind die Ergebnisse der Skalen *Mut* und *Angst*. Die statistische Auswertung ergibt, dass der *Mut* der Teilnehmer, neue Lebensmittel auszuprobieren, bereits sehr ausgeprägt ist. Auf der Skala von eins bis zehn sind, vor und nach den Schulungseinheiten, konsequent die Werte eins und zwei gewählt worden. Hierbei handelt es sich um Antworten, die auf einen fortgeschrittenen Genesungsstand der Teilnehmer schließen lässt und kaum zu verbessern sind. Die Emotion der *Angst*, welche im Zusammenhang mit der Ernährung steht, ist nach wie vor präsent und konnte nicht signifikant verringert werden. Dabei beträgt die Senkung im Pre-Post-Vergleich -1.2 Summenwerte. Im Vergleich zu den Ergebnissen, die trotz geringerer Summendifferenzen (zwischen 0.8-0.5; *Flexibilität*, *Genuss*, *Diät*) Signifikanz erzielen konnten, ist die Richtigkeit der t-Test-Berechnung der *Angst*-Skala zu hinterfragen.

6.4. Grenzen der Untersuchung

Aufgrund der signifikanten Ergebnisse der Intervention sollte die Übertragbarkeit auf andere Settings sowie die Grenzen dieser ersten Erhebung untersucht werden.

Bei dem FEV-R handelt es sich um einen evaluierten Fragebogen, der sich in der Forschung bereits etablieren konnte. Die Gütekriterien sind befriedigend bis gut belegt. Da diese Angaben nicht für den Zusatzfragebogen gemacht werden können, bilden die Ergebnisse des FEV-R mit höherer Sicherheit das realistische Essverhalten der Teilnehmer ab.

Die Stichprobengröße der Intervention beträgt sieben Teilnehmer. Dies stellt eine Limitierung der Erhebung dar. Wenngleich es sich um eine relativ kleine Stichprobe handelt, kann diese allerdings trotzdem die Grundgesamtheit annähernd realitätsgetreu abbilden. Wie in Kapitel 5.1. dargestellt, ist die Stichprobe, gemessen an den charakteristischen Kriterien von Patienten mit Anorexie und Bulimie, vergleichsweise homogen. Trotzdem können die Ergebnisse nicht uneingeschränkt generalisiert werden, da die Quotenauswahl durch freiwillige Teilnahmen zustande gekommen sind. Da lediglich ein männlicher Proband an dem Projekt teilgenommen hat, konnten zudem keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gemessen werden.

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Signifikanzniveau von 0.15. Obwohl das α -Niveau üblicherweise bei 0.05 angesetzt ist, wurde dies, aufgrund der geringen Stichprobengröße angehoben, um die Wahrscheinlichkeit für Fehler erster Art (ein Unterschied wird signifikant, obwohl in Wirklichkeit in der Population kein Unterschied besteht) und zweiter Art (ein Unterschied wird nicht signifikant, obwohl in der Population ein Unterschied besteht) einigermaßen gleich groß zu halten.

Neben den statistischen Komponenten gibt es einige Störfaktoren die zu berücksichtigen sind. Befragungen sind insbesondere anfällig für das Merkmal der *sozialen Erwünschtheit*. Je nach Herkunft und Zugehörigkeit der Teilnehmer werden Bewertungen individuell variiert. Weicht der tatsächliche Variablenwert von dem sozial erwünschten Wert ab, umso unangenehmer wird die wahre Angabe. Übertragen auf die Befragung des vorgestellten Projektes können hierdurch der mögliche Wahrheitsgehalt der angegebenen Skalenwerte verzerrt sein (Diekmann 2010, S. 447–448). Die Annahme, dass die Befragten Antworten geben, die sie als gesellschaftlich oder „sozial erwünscht“ einstufen, sollte in Betracht gezogen werden. Besonders heikle oder unangenehme Fragen wie zum Beispiel Fragestellung 41. des FEV-R, bei der nach absichtlichem Erbrechen des Teilnehmers gefragt wird, können durch die soziale Erwünschtheit verzerrt werden. Da besonders der Zusatzfragebogen mit Skalen von eins bis zehn aufgebaut ist, kann das Phänomen des *Response-Sets* auftreten. Als *Response-Set* werden Antwortmuster von Befragten bezeichnet, die unabhängig vom Inhalt der Frage zustande kommen. Einige Personen entwickeln eine Vorliebe für die Mittelkategorie von 5- Punkten der Zustimmung zu den Aussagen einer Multi-Item-Skala (Diekmann 2010, S. 451). Des Weiteren kann die Durchführungsobjektivität der Fragebögen durch den Interviewer Effekt, die Reihenfolge der Items, die aktuelle Stimmung der Probanden sowie mögliche Unterbrechungen bei der Fragebogenbearbeitung beeinträchtigt werden.

Eine weitere Unklarheit ist der kausale Zusammenhang zwischen den gemessenen signifikanten Verhaltensänderungen der Probanden und der Teilnahme an dem

Schulungsprojekt. Die Erhebung fand in einem Zeitfenster von drei Monaten statt. Während dieser Zeit haben die Teilnehmer Einzeltermine mit den Sozialpädagogen, der Ökotrophologin und externen Therapeuten wahrgenommen. Diese tragen zusätzlich zum Genesungserfolg bei. Das zwischenzeitliche Geschehen und der Reifungsprozess der Teilnehmer stellen unkontrollierbare Störfaktoren dieser Erhebung dar. Um einen Zusammenhang feststellen zu können sollte neben der Interventionsgruppe außerdem eine Kontrollgruppe gebildet werden. Die Probanden der Kontrollgruppe hätten unter vergleichbaren Bedingungen wohnen und leben, jedoch nicht an den Schulungseinheiten teilnehmen dürfen. Eine Pre-Post-Befragung beider Gruppen könnte verdeutlichen, inwieweit es Unterschiede bei den Messergebnissen gibt. Eine Schlussfolgerung auf die Wirksamkeit der Schulungseinheiten zur Stabilisierung des Essverhaltens hätte damit eine höhere wissenschaftliche Qualität.

Von besonderer Bedeutung ist das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen den Teilnehmern der Interventionsgruppe, welches bereits vor der Intervention ausgeprägt war. Die Teilnehmer wohnen zirka ein bis zwei Jahre gemeinsam in dem Setting der Wohngruppe und konnten sich kennenlernen und eine Vertrauensbasis schaffen. Da das Schulungsprojekt im Rahmen eines Praxissemesters stattfand, welches zwei Monate vor der Intervention begann, konnten die Teilnehmer die Schulungsleiterin bereits vorab kennenlernen. Diese Umstände ermöglichten eine offene und vertrauensvolle Atmosphäre ab Beginn des Projektes. Damit kann die gute und reflektierte Zusammenarbeit in der Interventionsgruppe begründet werden. In offenen Gruppensitzungen oder Betreuungseinrichtungen kann von diesem Umstand nicht ausgegangen werden. Demnach sollte dem Kennlernprozess und Vertrauensaufbau große Beachtung geschenkt werden. Je sicherer und wohler sich die Teilnehmer fühlen, desto größer ist die Bereitschaft, aktiv teilzunehmen und qualitative Antworten zu geben. Damit sei ein weiterer Faktor erwähnt. Da das Setting der Schulungen im Wohnraum der Teilnehmer stattfand, war der Anspruch an eine sichere Umgebung gegeben. Obwohl es sich bei dem Schulungsraum aus Platzgründen um den Koch- und Essbereich der Einrichtung handelte, konnten keine negativen Einflüsse auf das Verhalten der Teilnehmer beobachtet werden.

Die Projekteinheiten bauen inhaltlich aufeinander auf. Ziel war es, in jeder Einheit eine Hausaufgabe zur Festigung des Inhaltes zu stellen und diese in der darauf folgenden Einheit erneut aufzunehmen und zu besprechen. Bei den Teilnehmern bestand eine hohe Fluktuation, weshalb eine unmittelbare Verknüpfung der Einheiten nicht erfolgen konnte. Um die Teilnahme zu gewährleisten, bestünde die Möglichkeit, die Teilnahme als verbindlich zu erklären. Alternativ hätte eine Art Belohnungssystem für die regelmäßige Teilnahme an den Einheiten, Anreize schaffen können.

7. Fazit und Ausblick

Die Untersuchung bietet einen ersten Eindruck in die Wirksamkeit eines Schulungskonzepts zur Stabilisierung des Essverhaltens bei Patienten mit Anorexie und Bulimie. Die positiven Verhaltensänderungen, welche die statistische Auswertung der Befragungen ergeben, sind aufgrund des Studiendesigns nicht geeignet, eine allgemeine Schlussfolgerung zu formulieren. Sie geben allerdings einen Anstoß für die Annahme, dass sich dieses Konzept für die Umsetzung in therapeutischen Gruppen eignet. Zum einen sind es die ernährungstherapeutischen Inhalte, die ein notwendiges Grundwissen über die Essstörung, Lebensmittel, Zubereitung und das Essverhalten fördern. Zum anderen ist es der Austausch innerhalb der Gruppe, der den einzelnen Teilnehmern Bestätigung, Kraft und Selbstvertrauen geben kann. Um positives Verhalten zu verstärken, könnten in den Einheiten speziell auf die Skalen intensiv eingegangen werden, welche vorab als besonders schwierig bewertet wurden. Um Themenschwerpunkte herauszustellen und das Interesse der Teilnehmer mit einzubeziehen, bietet sich eine Vorher-Nachher-Abfrage, wie sie mittels Zusatzfragebogen erfolgte, an. Außerdem zeigt die Erhebung, dass das Setting der betreuten Wohngruppe mit der kontinuierlichen (ernährungs-)therapeutischen Unterstützung einen optimalen Rahmen zur Nachsorge bietet und zur Stabilisierung des Essverhaltens beiträgt.

Damit die Wirksamkeit eindeutig evaluiert werden kann, müsste eine Studie mit größerem Stichprobenumfang und einer Kontrollgruppe erfolgen. Außerdem ist die Güte des verwendeten Zusatzfragebogens detailliert zu analysieren. Eine dritte Erhebung könnte außerdem Aufschluss über eine langfristige Wirksamkeit des stabilisierten Essverhaltens geben.

Aufgrund der steigenden Prävalenz der Essstörungserkrankungen und der hohen Rate an Chronifizierungen in diesem Bereich ist es wichtig, die Behandlungsmöglichkeiten nach einem Klinikaufenthalt zu verbessern. Betreute Wohngruppen sowie regelmäßige Betreuung durch Therapeuten oder Beratungsstellen sind nach dem stationären Aufenthalt wichtige Anlaufstellen für Patienten. In diesem Rahmen ist es notwendig, das selbstständige und gesunde Essverhalten neu zu erlernen und zu stabilisieren. Eine Möglichkeit, den ernährungstherapeutischen Themenkomplex in Gruppen anzubieten, stellt das konzipierte und analysierte Schulungskonzept dar.

Zusammenfassung

Essstörungen wie Anorexie nervosa und Bulimia nervosa sind multifaktoriell. Deswegen stellt die Behandlung eine besondere Herausforderung dar. Grundsätzlich gilt besonders bei Anorexie ein stationärer Klinikaufenthalt mit dem Schwerpunkt auf die Gewichtsnormalisierung, der Therapie des gestörten Essverhaltens und eine psychotherapeutische Versorgung, als geeignete Behandlung. Die Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Behandlung ist für den Genesungsverlauf der Erkrankung ein wichtiger Bereich, der bisher allerdings wenig wissenschaftlich erforscht ist.

Im Rahmen der vorliegenden Ausarbeitung ist ein Schulungskonzept für die ernährungstherapeutischen Gruppensitzungen konzipiert, im Einzelnen erläutert und durchgeführt worden. Das übergeordnete Ziel des Konzepts ist die Stabilisierung des Essverhaltens und die selbstständige bedarfsorientierte Versorgung. Das Setting der ersten Wirksamkeitsüberprüfung ist die Wohngruppe für junge Erwachsene mit Essstörungen des Rauhen Hauses in Hamburg. Diese Einrichtung bietet jungen Erwachsenen mit einer Anorexia nervosa und Bulimia nervosa einen, durch Sozialpädagogen und einer Ökotrophologin, betreuten Wohnraum. Insgesamt wurden sieben Teilnehmer mit einer Anorexie und Bulimie rekrutiert. Eine Vorher-Nachher-Befragung gibt Aufschluss über die Veränderung des Essverhaltens der Probanden und eine erste Einschätzung zur Wirksamkeit der Intervention. Zur Befragung wurden der revidierte Fragebogen zum Essverhalten (FEV-R) von J. Westenhöfer und V. Pudiel sowie ein eigens entwickelter Zusatzfragebogen herangezogen.

Die Auswertung der Intervention ergibt, dass das ernährungstherapeutische Schulungskonzept, im Zusammenhang mit den Lebensbedingungen der betreuten Wohngruppe, einen positiven Einfluss auf die Stabilisierung des Essverhaltens bei Patienten mit Essstörungen hat. Besonders erwähnenswert sind die Veränderungen des gezügelten Essverhaltens mit den Unterskalen der flexiblen und rigiden Kontrolle sowie die Steigerung der Flexibilität, des Genussemfindens und der Minderung der Stresseinwirkung auf das Essverhalten.

Abstract

Eating disorders such as anorexia nervosa and bulimia nervosa are multifactorial. Therefore, the treatment is a particular challenge. Especially in the case of an anorexia nervosa a stationary hospital stay is considered as fundamental and appropriate treatment, focusing on the weight normalization, the treatment of disturbed eating behavior and psychotherapeutic care. The following aftercare as the stationary treatment is an important factor for the recovery process of the disease, on which more scientific research is still required.

The developed workshop concept for the nutritional therapy group sessions is explained in detail to every patient. The main goal of the concept is the stabilization of eating behavior and the independent, self-sufficient care. The first efficiency test has taken place at Rauhes Haus Hamburg, a resident for young adults with eating disorders. This facility provides a supervised living space for young adults with anorexia nervosa and bulimia nervosa assisted by social workers and a nutritionist.

A total of seven participants were recruited with anorexia and bulimia. A “before and after” survey provides information about the change in the eating habits of the volunteers and a first estimation of effectiveness of the intervention. The survey is based on the revident questionnaires for eating behavior (FEV-R), which was developed by J. Westenhöfer and V. Pudel and an additional questionnaire specially designed by Nele Dahms.

The evaluation of the intervention shows, that the concept for nutritional therapeutic workshop, that is related to the living conditions of the assisted residential group, has got a positive effect on patients with eating disorders in terms of the stabilization of eating behavior. Moreover, there are significant changes in the restrained eating behavior with the subscales of the flexible and rigid control as well as the increase of flexibility, the perception of enjoyment and the reduction of stress influence on eating habits.

Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (2006): Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Compendium 2006. 3. Aufl. Arlington, Va.: American Psychiatric Publishing.
- Beumont, P.J.V.; O'Connor, M.; Lennerts, W.; Touyz, S. W. (1989): Bulimia nervosa. Ernährungsberatung in der Behandlung der Bulimia. Stuttgart: Enke Verlag.
- Boden, Marie; Feldt, Doris (2012): Krisen bewältigen, Stabilität erhalten, Veränderungen ermöglichen. Ein Handbuch zur Gruppenmoderation und zur Selbsthilfe. 4. erw. Neuauflage. Bonn: Psychiatrie-Verl (Psychosoziale Arbeitshilfen, 25).
- Bundesfachverband Essstörungen e.V. (Hg.) (2014): Bundesfachverband Essstörungen e.V. Online verfügbar unter www.bundesfachverbandessstoerungen.de, zuletzt geprüft am 02.11.2014.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011): Konzepte Band 4: Empfehlungen zur integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland.
- Carter, J. C.; Blackmore, E.; Sutandar-Pinnock, K.; Woodside, D. B. (2004): Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. In: *Psychol Med* 34 (4), S. 671–679. DOI: 10.1017/S0033291703001168.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (2010): S3 Diagnostik Therapie Essstörungen.
- Diekmann, Andreas (2010): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Orig.-Ausgabe, [21.] Auflage, vollst. überarb. u. erw. Neuauflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag (Rororo, 55678 : Rowohlt's Enzyklopädie).
- Eckhorst, Kendra; Großbongardt Ulrike, Leuschen Misha; Mann van Velzen Uwe (2013): Jahresbericht. Die Arbeit des Rauhen Hauses.
- Fairburn, C. G. (1985): Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. New York: Guilford Press.
- Feldhege, F.-J.; Krauthan, G. (1979): Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz (VTP). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Fichter, M. M. (1989): Bulimia nervosa und bulimisches Verhalten. Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung. Stuttgart: Enke Verlag.
- Franke, Alexa (2004): Essstörungen. Hamm: DHS (Suchtmedizinische Reihe, 3).
- Gudjons, Herbert (2006): Neue Unterrichtskultur - veränderte Lehrerrolle. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Haskvitz, Sylvia (2006): Ins Gleichgewicht kommen: Essen nach Wahl und nicht aus Gewohnheit. Paderborn: Junfermann (Reihe aktive Lebensgestaltung, gewaltfreie Kommunikation & Ernährung).

- Herpertz, Stephan (Hg.) (2008): Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer.
- Herpertz, Stephan (2011): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Hoek, Hans Wijbrand; van Hoeken, Daphne (2003): Review of the prevalence and incidence of eating disorders. In: *The International journal of eating disorders* 34 (4), S. 383–396. DOI: 10.1002/eat.10222.
- Hölling, Heike (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter, Erste Ergebnisse aus dem Kindes- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, S. 794–799.
- Jacobi, Corinna; Paul, Thomas; Thiel, Andreas (2008): Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. 3., vollst. überarb. Auflage. Weinheim, Bergstr: Beltz, (Materialien für die klinische Praxis).
- Johnson, C.; Larson, R. (1982): Bulimia: an analysis of moods and behavior. In: *Psychosomatic medicine* 44 (4), S. 341–351.
- Johnson, C.; Lewis, C.; Hagman, J. (1984): The syndrome of bulimia. Review and synthesis. In: *The Psychiatric clinics of North America* 7 (2), S. 247–273.
- Laessle, R. G. (1990): Eßstörungen. Lehrbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychoscher Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Legenbauer, Tanja; Vocks, Silja (2011): Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie: Springer Verlag.
- Leitzmann, Claus; Hahn, Andreas; Keller, Markus (2001): Vegetarismus. Grundlagen, Vorteile, Risiken. Orig.-Ausgabe. München: Beck (Beck'sche Reihe C.H.Beck Wissen, 2176).
- Lückerath, Eva; Müller, Sven-David (2014): Diätetik und Ernährungsberatung. Das Praxisbuch. 5. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Haug.
- Lückerath, Eva; Müller-Nothmann, Sven-David (2008): Diätetik und Ernährungsberatung. Das Praxisbuch. 3. vollst. überarb. Auflage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Mitchell, J. E.; Hatsukami, D.; Pyle, R. L.; Eckert, E. D. (1986): The bulimia syndrome: course of the illness and associated problems. In: *Comprehensive psychiatry* 27 (2), S. 165–170.
- Mitchell, J. E.; Pomeroy, C. (Hg.) (1989): Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung. Medizinische Komplikationen der Bulimia nervosa. Unter Mitarbeit von M.M. Fichter. Stuttgart: Enke Verlag.
- Paul, T.; Brand-Jacobi, J.; Pudel, V. (1984): Bulimia nervosa. Ergebnisse einer Untersuchung an 500 Patientinnen. In: *Münchener medizinische Wochenschrift* 126, S. 614-618.
- Paul, T.; Pudel, V. (1985): Bulimia nervosa. Suchtartiges Eßverhalten als Folge von Diätabusus. In: *Ernährungsumschau* (32).
- Pudel, Volker; Westenhöfer, Joachim (2003): Ernährungspsychologie. Eine Einführung. 3. unveränd. Auflage. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

- Raithel, Jürgen (2008): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Rösch, Ruth (2010): Essen und Psyche. Ansätze für Beratung und Bildung. 4., überarb. Auflage. Bonn: Aid-Infodienst (AID-Special, 3713).
- Russell, G. (1979): Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. In: *Psychological medicine* 9 (3), S. 429–448.
- Russell, G. (1989): Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung. Diagnostik und klinische Meßverfahren bei Bulimia nervosa. Stuttgart: Enke Verlag.
- Sass, Henning; Houben, Isabel (1998): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association. 2., verb. Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Schnebel, Andreas; Wunderer, Eva (2008): Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie. 1. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Serfaty, M. A.; Turkington, D.; Heap, M.; Ledsham, L.; Jolley, E. (1999): Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: effects of the treatment phase. In: *European Eating Disorders Review* (Volume 7; Issue 5), S. 334–350.
- Steinhausen, Hans-Christoph (2002): The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. In: *Am J Psychiatry* 159 (8), S. 1284–1293.
- Weidenmann, Bernd (2008): Handbuch active Training. 2., erw. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz (Weiterbildung und Qualifikation).
- Westenhöfer, Joachim (1992): Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Essverhaltens. Göttingen: Hogrefe.
- Westenhöfer, Joachim (2005): Fragebogen zum Essverhalten – Revidierte Form (FEV-R) Kurzbeschreibung und Auswertungsschlüssel.
- Zipfel, Stephan; Wild, Beate; Groß, Gaby; Friederich, Hans-Christoph; Teufel, Martin; Schellberg, Dieter et al. (2014): Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. In: *Lancet* 383 (9912), S. 127–137. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61746-8.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit selbstständig ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Diese Arbeit ist bislang keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht worden.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Hamburg, 16. Dezember 2014

(Nele Dahms)

Anhang A: Ergebnisse

Anhang A1

BodyMassIndex der Teilnehmer

	Aktueller BMI in $\frac{kg}{m^2}$ (SD)		Wunsch-BMI in $\frac{kg}{m^2}$ (SD)	
Vorher	21.6 (2.2)		20.4 (1.9)	
nachher	21.7 (2.4)		20.2 (1.6)	
	Vorher	nachher	Vorher	Nachher
1	19,5	19,7	19,5	19,7
2	20,9	20,5	20,4	20,5
3	20,3	20,2	19,6	19,3
4	26,2	26,7	24,5	23,4
5	21,1	21,6	21,6	21,6
6	19,6	19,6	18,7	18,8
7	23,6	23,4	18,4	18,4

BMI's der Teilnehmer im Zusammenhang mit den Klinikaufenthalten

Teilnehmer	BMI in $\frac{kg}{m^2}$	Anzahl der Klinikaufenthalte
1	19,5	2
2	20,9	2
3	20,3	1
4	26,2	1
5	21,1	2
6	19,6	6
7	23,6	3

Anhang A2

Ergebnisse des FEV-R

Statistik für Stichproben mit paarigen Werten

		Mittelwert	H	Standard- abweichung	Standardfehler Mittelwert
Paar 1	Flexible Kontrolle FK12	6,4286	7	3,20713	1,21218
	Flexible Kontrolle FK12	5,0000	7	2,82843	1,06904
Paar 2	Rigide Kontrolle RK16	6,4286	7	4,15761	1,57143
	Rigide Kontrolle RK16	4,5714	7	3,04725	1,15175
Paar 3	FEV: Störbarkeit	5,8571	7	2,11570	,79966
	FEV: Störbarkeit	5,5714	7	2,07020	,78246
Paar 4	FEV: kog.Kontrolle, gez. Essen	8,8571	7	5,98411	2,26178
	FEV: kog.Kontrolle, gez. Essen	6,7143	7	4,15188	1,56926
Paar 5	Flexible Kontrolle FK7	3,5714	7	1,81265	,68512
	Flexible Kontrolle FK7	3,2857	7	2,13809	,80812
Paar 6	Rigide Kontrolle RK7	3,1429	7	2,26779	,85714
	Rigide Kontrolle RK7	2,4286	7	1,71825	,64944

Anhang A3

Test für Stichproben mit paarigen Werten									
	Paarige Differenzen								
	Mittelwert	Standard- abweichung	Standardfehler		95% Konfidenzintervall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
			Mittelwert		Unterer	Oberer			
Paar 1 Flexible Kontrolle FK12 - Flexible Kontrolle FK12	1,42857	1,90238	,71903	-,33084	3,18798	1,987	6	,094*	
Paar 2 Rigide Kontrolle RK16 - Rigide Kontrolle RK16	1,85714	1,34519	,50843	,61305	3,10123	3,653	6	,011*	
Paar 3 FEV: Störbarkeit - FEV: Störbarkeit	,28571	,48795	,16443	-,16556	,73699	1,549	6	,172	
Paar 4 FEV: kog.Kontrolle, gez. Essen - FEV: kog.Kontrolle, gez. Essen	2,14286	2,54484	,96186	-,21072	4,49644	2,228	6	,067*	
Paar 5 Flexible Kontrolle FK7 - Flexible Kontrolle FK7	,28571	1,60357	,60609	-,19734	1,76877	,471	6	,654	
Paar 6 Rigide Kontrolle RK7 - Rigide Kontrolle RK7	,71429	1,11270	,42056	-,31479	1,74336	1,698	6	,140	

Anhang A4

Ergebnisse des Zusatzfragebogens

Statistik für Stichproben mit paarigen Werten

		Mittelwert	H	Standard- abweichung	Standardfehler Mittelwert
Paar 1	Prä-Mut	1,57	7	,787	,297
	Post-Mut	1,43	7	,787	,297
Paar 2	Prä-Flexibilität	2,57	7	1,397	,528
	Post-Flexibilität	1,86	7	,900	,340
Paar 3	Prä-Genuss	3,14	7	1,952	,738
	Post-Genuss	2,29	7	,951	,360
Paar 4	Prä-Angst	4,57	7	3,047	1,152
	Post-Angst	3,43	7	2,299	,869
Paar 5	Prä-Auswahl und Zubereitung	4,29	7	2,289	,865
	Post-Auswahl und Zubereitung	3,14	7	,900	,340
Paar 6	Prä-Stress	7,00	7	2,708	1,024
	Post-Stress	5,43	7	3,207	1,212
Paar 7	Prä-Diät	4,14	7	4,059	1,534
	Post-Diät	3,57	7	4,392	1,660
Paar 8	Prä-Wissen aus der Klinik	6,43	7	4,117	1,556
	Post-Wissen aus der Klinik	3,86	7	3,625	1,370
Paar 9	Prä-Pommes	5,14	7	3,805	1,438
	Post-Pommes	2,86	7	2,911	1,100
Paar 10	Prä-Sahnetorte	7,00	7	3,651	1,380
	Post-Sahnetorte	4,57	7	3,309	1,251
Paar 11	Prä-Pizza	4,29	7	3,200	1,209
	Post-Pizza	2,71	7	2,215	,837
Paar 12	Prä-Streichfett	3,86	7	3,716	1,405
	Post-Streichfett	3,14	7	2,340	,884
Paar 13	Prä-Käse	2,86	7	2,478	,937
	Post-Käse	1,86	7	1,574	,595
Paar 14	Prä-Schokolade	2,29	7	1,496	,565
	Post-Schokolade	1,43	7	,787	,297
Paar 15	Prä-Chips	3,43	7	1,902	,719
	Post-Chips	3,29	7	2,059	,778

Anhang A5

Test für Stichproben mit paarigen Werten

	Paarige Differenzen						t	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	95% Konfidenzintervall der Differenz		t			
				Unterer	Oberer				
Paar 1	,143	,378	,143	-207	,492	1,000	6	,356	
Paar 2	,714	1,113	,421	-,315	1,743	1,698	6	,140*	
Paar 3	,857	1,215	,459	-,267	1,981	1,867	6	,111*	
Paar 4	1,143	3,024	1,143	-1,654	3,939	1,000	6	,356	
Paar 5	1,143	1,574	,595	-,312	2,598	1,922	6	,103*	
Paar 6	1,571	2,070	,782	-,343	3,486	2,008	6	,091*	
Paar 7	,571	,787	,297	-,156	1,299	1,922	6	,103*	
Paar 8	2,571	3,207	1,212	-,395	5,538	2,121	6	,078*	
Paar 9	2,286	2,870	1,085	-,369	4,940	2,107	6	,080*	
Paar 10	2,429	2,299	,869	,302	4,555	2,795	6	,031*	
Paar 11	1,571	2,225	,841	-,487	3,630	1,868	6	,111*	
Paar 12	,714	,604	,606	-,769	2,197	1,179	6	,283	
Paar 13	1,000	11,291	,488	-,194	2,194	2,049	6	,086*	
Paar 14	,857	1,215	,459	-,267	1,981	1,867	6	,111*	
Paar 15	,143	,690	,261	-,495	,781	,548	6	,604	

Anhang B: Fragebögen

Fragebogen zum Essverhalten – Revidierte Form (FEV-R)

Lesen Sie die Aussagen genau durch und beantworten Sie bitte jede Frage sorgfältig und möglichst schnell. Kreuzen Sie bitte bei jeder Frage an, was gegenwärtig auf Sie zutrifft. Wenn Sie sich nicht genau entscheiden können, dann kreuzen Sie das Feld an, das noch am ehesten auf Sie zutrifft. Aber lassen Sie bitte keine Frage aus. Auch dann, wenn manche Fragen sehr ähnlich sind. Vielen Dank.

	trifft zu	trifft nicht zu		trifft zu	trifft nicht zu		trifft zu	trifft nicht zu
	1	2		1	2		1	2
1. Ich kann mich bei einem leckeren Duft nur schwer vom Essen zurückhalten, auch wenn ich vor kurzer Zeit erst gegessen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Wenn ich während einer Diät "sündige", dann halte ich mich anschließend beim Essen zurück, um wieder auszugleichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Wenn ich an einem Tag etwas mehr esse, gleiche ich es am nächsten Tag wieder aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich esse gewöhnlich zuviel, wenn ich in Gesellschaft bin, z.B. bei Festen und Einladungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Wenn ich Kummer habe, esse ich oft zuviel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Ich esse Lebensmittel, die schlank machen, auch wenn sie mir nicht besonders schmecken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich die Kalorienmenge erreicht habe, die ich mir als Grenze gesetzt habe, gelingt es mir meistens, mit dem Essen aufzuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Essen macht mir viel Spaß und ich will es mir nicht durch Kalorienzählen oder Gewichtskontrollen verderben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Zum Abnehmen wäre mir eine Diät zu langweilig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich esse absichtlich kleine Portionen, um nicht zuzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Häufig höre ich auf zu essen, obwohl ich noch gar nicht richtig satt bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Obwohl ich sehr auf meine Figur achte, kann ich die Vielfalt der Lebensmittel genießen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Manchmal schmeckt es mir so gut, dass ich weiter esse, obwohl ich schon satt bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. In den letzten zehn Jahren hat sich mein Gewicht so gut wie nicht verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Ich lasse lieber eine Mahlzeit ausfallen, als nach der Hälfte aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ich ängstlich oder angespannt bin, fange ich oft an zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Bei mir wechseln sich Phasen, in denen ich streng Diät halte mit Zeiten ab, bei denen ich esse, was und wieviel ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Das Leben ist zu kurz, um sich auch noch mit Diät herumzuschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Ich halte mich beim Essen bewusst zurück, um nicht zuzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Manchmal lasse ich Mahlzeiten ausfallen, um nicht zuzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe schon mehr als einmal eine Schlankheitsdiät gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Ich esse alles, was ich möchte und wann ich es will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Es gibt Lebensmittel, die ich grundsätzlich nicht esse, obwohl ich sie mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn ich mit jemandem zusammen bin, der kräftig isst, esse ich meistens zuviel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Ich esse eher langsam, ohne groß darüber nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Beim Abnehmen versuche ich mich möglichst an einen Plan zu halten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bei den üblichen Nahrungsmitteln kenne ich ungefähr den Kaloriengehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Ich zähle Kalorien, um mein Gewicht unter Kontrolle zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Üblicherweise bevorzuge ich leichte Lebensmittel, die nicht dick machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich einmal mit dem Essen begonnen habe, kann ich manchmal nicht mehr aufhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil Sie dick machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Wenn ich bei einer Mahlzeit zuviel esse, esse ich bei der nächsten weniger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mir fällt es nicht schwer, Essensreste einfach übrigzulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Ich achte sehr auf meine Figur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Ohne Diätplan weiß ich gar nicht, wie ich mein Gewicht in den Griff bekommen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			25. Wenn ich während einer Diät etwas "Unerlaubtes" esse, dann denke ich oft "Jetzt ist es auch egal", und dann lange ich erst recht zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Bei einer Diät zählt für mich der schnelle Erfolg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		immer 1	oft 2	selten 3	nie 4
39. Kreuzen Sie an, was auf Ihr Essverhalten zutrifft (nur eine Antwort)					
Ich esse, was ich will, wann ich will	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse gewöhnlich, was ich will, wann ich will	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse oft, was ich will, wann ich will	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich ebenso oft zurück wie ich nachgebe	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich gewöhnlich zurück, gebe selten nach	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte mich durchweg zurück, gebe nicht nach	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Wie häufig haben Sie bereits eine Schlankheitsdiät gemacht					
1-3mal	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-8mal	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-15mal	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 15mal	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In regelmäßigen Abständen	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte so gut wie immer Diät	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noch nie	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sehr 1	ziemlich 2	etwas 3	nein 4
41. Haben Sie in der letzten Zeit nach dem Essen absichtlich erbrochen, um nicht an Gewicht zuzunehmen?					
ja, häufig	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, öfters	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, gelegentlich	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja, schon mal vorgekommen	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein, noch nie	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Wie groß sind Sie?	_ _ cm				
43. Wieviel wiegen Sie?	_ _ kg				
44. Was ist ihr Wunschgewicht?	_ _ kg				
45. Wenn Sie zuviel gegessen haben, bringen Sie Gewissensbisse dazu, sich eher zurückzuhalten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Achten Sie darauf, dass Sie keinen Vorrat an verlockenden Lebensmitteln haben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Kaufen Sie häufig kalorienarme Lebensmittel?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Essen Sie kontrolliert, wenn Sie mit anderen zusammen sind, und lassen Sie sich dann gehen, wenn Sie allein sind?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Essen Sie bewusst langsam, um Ihre Nahrungsaufnahme einzuschränken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Wie häufig kommt es vor, dass Sie bewusst weniger essen, als Sie gern möchten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Kommt es vor, dass Sie Essen verschlingen, obwohl Sie nicht hungrig sind?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Essen Sie bei Mahlzeiten bewußt weniger, als sie eigentlich möchten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Wie häufig beschäftigen Sie Gedanken ans Essen, die in Zusammenhang mit Ihrem Gewicht stehen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Haben Sie ein schlechtes Gewissen, wenn Sie zuviel gegessen haben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Verwenden Sie zuviel Zeit und zu viele Gedanken für das Essen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Trifft diese Aussage auf Ihr Essverhalten zu? "Morgens halte ich noch Diät, aber durch die Tagesereignisse bin ich am Abend soweit, dass ich wieder esse, was ich will. Ich nehme mir dann vor, ab morgen standhaft zu bleiben."		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Würden Sie Ihre Lebensweise ändern, wenn Sie eine Gewichtsveränderung von fünf Pfund feststellten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Achten Sie darauf, was Sie essen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-
1. Wie oft warst Du zur
Behandlung der
Essstörung stationär in
einer Klinik?
- | | 1x | 2x | 3x | 4+ |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-
2. Welche Behandlungsmethoden zum Essverhalten konntest Du während des/der
Klinikaufenthalte/s kennenlernen? (z.B. theoretische Grundlagen, Einkaufstraining,
Lehrküche, Skilltraining, Achtsamkeitstraining oder ähnliches) *

-
3. Welche Inhalte aus dem Bereich „Ernährung“/ „Gesundheit“ möchtest Du gerne
genauer kennenlernen?*

**Diese Fragen dienen des Aufbaus der Inhalte meines Projektes. Sie helfen, die Themen nach Euren Interessen zu gestalten und an Eure Wissensstände anzupassen.*

Die gesammelten Daten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Deine Teilnahme an dem Projekt meiner Bachelorarbeit.

Nele Dahms

Anmerkung: Dargestellt ist der Fragebogen der Pre-Befragung

Anhang C: Handouts

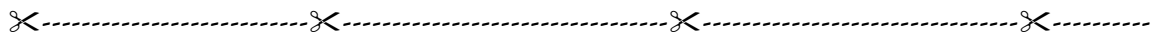
Handout 1

Thema: Hunger-Sättigung
Ernährungsgruppe vom 16.04.2014

**Wirkung der Nahrungsbausteine auf den Körper:**

- **Kohlenhydrate:**
 - wesentliche Energiequelle für alle Körperzellen
 - körperlich-muskuläre UND geistig-nervliche Leistungsfähigkeit
 - DGE Empfehlung: 50-60 % der täglichen Energiezufuhr
 - Bsp.: Obst, Gemüse, Honig, Kartoffeln, Zucker, Milch, Hülsenfrüchte
- **Ballaststoffe** (gehören zur Gruppe der KH):
 - Wasserunlöslich: binden Wasser, bewirken eine Füllung des Darms und fördern die Darmbewegung
 - Wasserlösliche: dienen als Nahrung für die Darmbakterien- verbesserte Darmflora und Verdauung
 - Durch längeres Kauen tritt das Sättigungsgefühl schneller ein
 - Langsamer Blutzuckeranstieg
 - Bsp.: Vollkornprodukte, Kleie, Obst, Gemüse, Haferflocken (Müsli), Leinsamen
- **Eiweiße:**
 - EW-Stickstoff ist für den Aufbau und Erhalt von Muskeln und Organen zuständig
 - Übertragung von Nervenimpulsen
 - Transportiert den Blutsauerstoff
 - Stärkt das Immunsystem
 - Bsp.: Milch, Käse, Quark, Joghurt, Fisch, Meeresfrüchte, Ei, Puten- und Hähnchenfleisch, Rind, Lamm, Schwein
- **Fette:**
 - Energieversorgung und Geschmacksträger
 - Synthese von Zellmembranen
 - Lieferant von fettlöslichen Vitaminen A,D,E,K und essentiellen Fettsäuren
 - DGE Empfehlung: 30-35% der täglichen Energiezufuhr
 - Bsp.: Käse, Milch, Quark, Pflanzenöle, Butter, Gebäck, Fisch, Pommes, Chips,

➔ bestmöglichen Sättigung und Versorgung wenn alle 4 Inhaltsstoffe enthalten sind!!



Bewertungsskala für Hunger und Sättigung

- | | | |
|-----------|---|-----------------------------------|
| Hunger | <ol style="list-style-type: none"> 0. Jenseits von Hunger- Du fühlst Dich schwach oder stehst unter Strom. 1. Zu hungrig, um darauf zu achten was Du isst- Gefahr eines Essanfalles. 2. Ernsthaft hungrig- Du musst jetzt was essen! 3. Mäßig hungrig- Du kannst noch warten. 4. Leicht hungrig- die ersten Gedanken ans Essen. 5. Neutral- kein Hunger oder das Gefühl, Essen im Magen zu haben. 6. Befriedigt- Du fühlst das Essen, bist aber nicht voll, kein Unwohlsein. 7. Leichtes Unwohlsein- ein wenig zu satt, Du spürst deutlich das Essen im Magen. 8. Unwohl- Völlegefühl, Magen gedehnt. 9. Sehr satt- Du möchtest dich hinlegen um zu verdauen. 10. Vollgestopft- so satt, dass es schmerzt. | Start: 2 oder 3
Ende: 5 oder 6 |
| Sättigung | | |

Handout 2

Thema: Hungern/ Setpoint
Termin vom 25.04.2014



Konsequenzen des Hungerns (6 Monate, 1/2 Nahrungszufuhr):
Ergebnisse der Minnesota-Studie von 1950:

- Zunahme der Beschäftigung mit dem Essen
 - Veränderung der Essgewohnheiten
 - Beginn von Heißhungeranfällen
 - Störung des Sättigungsgefühls (starke Hungergefühle auch nach großen Mahlzeiten)
 - Emotionale Veränderungen: Stimmungsschwankungen, Depressionen, Reizbarkeit, Angst, Wut...)
 - Soziale Veränderungen: sozialer Rückzug, Isolation, Auflösung von Beziehungen
 - Kognitive Veränderungen: ↓ Konzentrationsvermögen, ↓ Urteilsvermögen, ↓ Entscheidungsvermögen
 - Physiologische Veränderungen: Beschwerden im Magen-Darm-Trakt, ↓ Schlafbedürfnis, Schwindel, ↓ Kraft, ↓ Körpertemperatur, Puls, Atmung
- ➔ Viele Essstörungenssymptome können als Folge des Hungerns verstanden werden

Setpoint-Theorie:

- Der Setpoint hängt von genetischen Faktoren und nicht näher geklärten Umweltfaktoren ab
- kann willentlich nur schwer beeinflusst werden
- der Körper setzt alles daran, das Gewicht am »Set-Point« zu halten
- nach einer Diät/Hungerphase strebt er danach, wieder Gewicht anzusetzen (senkt Grundumsatz)
- andererseits erhöht der Körper nach einer hochkalorischen Ernährung den Grundumsatz, so dass das Gewicht wieder auf den »Set-Point« sinkt

Energiebedarf für:



- der Energiebedarf kann nie genau bestimmt werden, da viele Faktoren den Leistungsumsatz täglich beeinflussen

Experiment:

Ruhepuls (vor der Belastung)	Schläge/Min.
Geringe Belastung (1x Treppen)	Schläge /Min.
Hohe Belastung (3x Treppen)	Schläge /Min.
Regenerationspuls (5 Min nach Belastung)	Schläge /Min.

Handout 3

Thema: Verbotene Lebensmittel /Light-Produkte
Termin vom 01.05.2014

**Verbotene Lebensmittel und deren Eigenschaften:**

Bitte notiere die Lebensmittel, welche Du bisher nicht freiwillig in deinen Alltag integrieren hast. In die rechte Spalte sollen die emotionalen und geschmacklichen Charakteristika des Lebensmittels eingetragen werden(-Warum meidest du sie?).

„schwarzes“ Lebensmittel	Geschmack, Gefühl, Empfinden,...

Wie lassen sich Nahrungsmittel in die tägliche Ernährung einbauen, die keinen großen ernährungsphysiologischen Wert haben, aber gut schmecken?

Light-Produkte:

- 80 % der Deutschen greifen regelmäßig zu Light-Produkten
- Kalorienarme LM und solche mit künstlichen Süßstoffen geben dem Körper eine „falsche Auskunft“ über den Energiegehalt
 - Sättigungsprozess gestört
 - Der Körper gibt sich *kurzzeitig* zufrieden, registriert jedoch die verminderte Kalorienzufuhr und signalisiert schnell wieder Hunger
- Süßstoffe können die Zunge, nicht aber den Körper täuschen
- Dadurch kann es passieren, dass man nach einem Glas Cola-Light gierig einen Schokoriegel isst, weil sich der Körper die vorenthaltenen Nährstoffe zurückholt

- In der EU sind 320 Zusatzstoffe zugelassen
- Gesetzliche Grenzwerte (ADI-Wert) von Süßstoffen werden selten erreicht- allerdings bei Cola schon bei 2l/Tag (Erwachsene)
- Süßstoffe sind z.B.: Aspartam, Acesulfam K, Cyclamat, Saccharin, Sucralose, Thaumatin, Neohesperidin DC,
- Lightprodukte sind **Imitate** der vollwertigen Varianten und enthalten Zusatzstoffe um einen ähnlichen Geschmack, Konsistenz und Aussehen zu erreichen!
- Tipp: ZDF-Mediathek: Wie gut sind Light-Lebensmittel? (10.04.14)
- www.das-ist-drin.de

Praxisteil: Sensorische Untersuchung

Produkt	Aussehen	Konsistenz	Geschmack
Müsliriegel	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
Frischkäse	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
Fruchtjoghurt	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
Eistee	1.	1.	1.
	2.	2.	2.

Attributbeispiele:

Aussehen: glänzend, trüb, gelblich, matt, milchig, farbig, grell, fein, grob, frisch, klar,

Konsistenz: elastisch, schnittfest, stichfest, klebrig, trocken, feucht, geschmeidig, hart, weich, stabil, sahnig, flüssig, fest, heterogen, homogen, saftig, fettig, knackig, pappig, körnig, zäh, klumpig, wässrig

Geschmack: aromatisch, nussig, fad, würzig, salzig, scharf, sauer, süß, schmackhaft, vollmundig, fruchtig, künstlich, chemisch, bitter, mehlig

Handout 4

Thema: Fleisch und Fischkonsum, Flexitarismus
Termin vom 09.05.2014

**Fleisch enthält:**

• Eiweiß	• Eisen
• Zink	• Selen
• Phosphor	• Kalium
• Vitamin A	• Vitamin B _{1, 6, 12}
• Cholesterin	• Purine

Empfehlung der DGE:

→ *Fleisch in Maßen, nicht mehr als 300-600g Fleisch und Wurst pro Woche*

Fisch enthält:

• Eiweiß	• essentielle Omega-3-Fettsäuren
• Vitamin A und D	• Calcium
• Eisen	• Jod

Empfehlung der DGE:

→ *1-2 mal Fisch pro Woche*

Der Bedarf an essentiellen Nährstoffen kann auch ohne Fisch- und Fleischverzehr gedeckt werden. Um Mangelerscheinungen vorzubeugen, sollte auf folgendes geachtet werden:

- ausreichend Getreide und Hülsenfrüchte sowie 3 Portionen Milch
- pflanzliches Eiweiß mit einer Säure (Vitamin C, Essig) kombinieren
- Vollkorngetreide (Zinkversorgung)
- jodiertes Speisesalz sowie jodhaltige Algen
- kalziumreiches Mineralwasser
- tägl. Spaziergänge im Freien sowie angereicherte LM wie Margarine (Vitamin D)
- täglich Nüsse wie Walnüsse, Samen und pflanzliche Öle (Leinöl, Rapsöl, Olivenöl)
- regelmäßige Blutkontrollen

--- Flexitarismus als Kompromiss zum Vegetarismus? ---

fLeXi-Card



Handout 5

Thema: Genuss
Termin vom 05.05.2014

**Wie funktioniert Genuss?**

- Unter Genießen verstehen wir sinnliches Verhalten und lustvolles, positives Erleben
- Leben von Genuss im Alltag verbessert die Lebensqualität
- Genuss kann kostenlos durch ganz kleine Dinge des Alltages geschaffen werden – man muss sie nur finden!
- Patienten mit Essstörungen lassen Genuss nicht zu weil dieser mit Kontrollverlust und Mangel an Disziplin verbunden wird – Genießenkönnen und sinnliches Erleben kann wieder „freigeschaufelt“ werden

8 Genussgebote

1. *Nimm Dir Zeit zum Genießen* – man muss sich Zeit nehmen, um einen Freiraum für Genuss zu schaffen
2. *Gönn Dir Genuss!* – Ob jemand Genuss akzeptiert oder ablehnt hängt von seiner Sozialisation, seinen Erfahrungen ab. Genusstabus oder angstbesetzte Verbote müssen durch ausdrückliches Erlauben und Handeln überwunden werden.
3. *Genieße bewusst*– echtes Genießen bedeutet, die Aufmerksamkeit auf einen relativ engen Bereich zu richten.
4. *Schule deine Sinne für Genuss* – Genießen setzt die Fähigkeit zur fein differenzierten Sinneswahrnehmung voraus, die sich durch Erfahrung bildet. Beim Genießen kommt es auf die Wahrnehmung von Nuancen an. Es gilt die Sinne zu schärfen.
5. *Genieße auf deine eigene Art* – Genuss beutet für jeden etwas anderes.
6. *Genieße lieber weniger, aber richtig* – für den Genuss ist nicht die Menge sondern die Qualität entscheidend. Zu viel wirkt auf die Dauer sättigend und langweilig.
7. *Überlasse deinen Genuss nicht dem Zufall* – Das Zufällige, Spontane bringt häufig einen ganz besonderen Genuss. Im Alltag ist es oft nötig, Genuss zu planen, also Zeit dafür einzuplanen, Vorbereitungen zu treffen und den Aspekt der Vorfreude nicht zu unterschätzen.
8. *Genieße die kleinen Dinge des Alltags* – Genuss ist nicht immer etwas Außerordentliches. Viele Menschen versäumen das kleine Glück, während sie auf das große warten. Es gilt, Genuss im Alltag zu finden.

Praxisteil:

Übung zu Genussgebot Nr. 3 „Genieße bewusst!“:

Wie können wir unsere Sinnesorgane verwöhnen?

- Nase: _____
- Hände: _____
- Ohren: _____
- Mund: _____
- Augen: _____
- **Welcher Genuss erreicht mehrere Sinne gleichzeitig:** _____

Übung zu Genussgebot Nr. 7 „Überlasse deinen Genuss nicht dem Zufall“:

- Wann hattest du letzte Woche ganz zufällige Genussmomente? _____

- Welche Genüsse hast du bewusst geplant? _____

- Welche Genüsse kannst du dir für heute noch vornehmen? _____

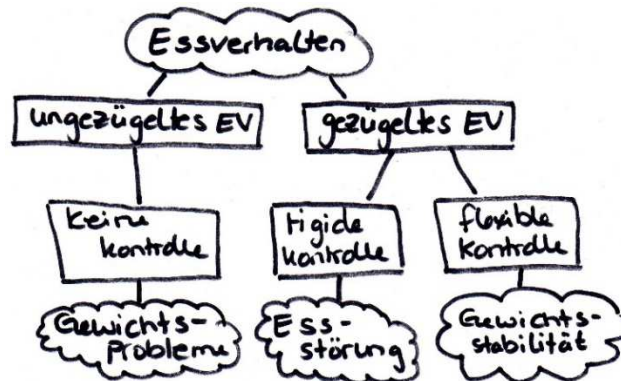
- Welchen Genuss kannst du für diese Woche bewusst planen? Wähle einen konkreten Tag. Welche Vorbereitungen sind zu treffen? _____

Handout 6

Thema: flexibles Essverhalten I
Termin vom 14.05.2014



Vereinfachte Übersicht: Essverhalten



- **Rigide Kontrolle**
 - Kognitive Steuerung
 - Orientierung am „Alles-oder-nichts“-Prinzip, Redewendungen: „Ab morgen..., nie wieder..., nur noch..“
 - Strenge Verhaltensweisen wie Kalorienzählen
 - Essen nicht als eigenes Interesse sondern als Pflicht
 - Starke Einschränkung der Nahrungszufuhr
 - Hunger- und auch die Sättigungsregulation beeinträchtigt
 - Auslöser für Heißhunger, Fehlernährung
 - Hohe Störbarkeit : Stress, Wut, Angst, Frust, Trauer usw. führen zum Über- oder Unteressen
- **Flexible Kontrolle**
 - LM-Auswahl nach rationalen Gesichtspunkten, letztendliche Entscheidung aber von inneren und äußeren Bedingungen abhängig
 - Orientierung am „Mehr-oder-weniger“-Prinzip
 - Gewichtskontrolle als zeitlich langfristige Maßnahme
 - Moderate Maßnahmen wie: Süßigkeiten begrenzt gönnen, ausgleichen wenn bei einer Gelegenheit zu viel gegessen wurde
 - Ausnahmen werden nicht als Rückfall angesehen
 - Geringere Störbarkeit: Emotionen wirken sich nicht direkt auf das EV aus

Wie kann man ein flexibles Essverhalten trainieren?

- Flexible Kontrollregeln formulieren (Zeitraum, Mengen)
- Umgang mit Regelüberschreitungen lernen
- Selbstkontrolle lernen (Grundannahme, ungünstiges Essverhalten wurde gelernt und kann wieder verlernt werden)
- Übungen zur Körperwahrnehmung
- Übungen zu Sättigungsregulation (Innensteuerung)
- Genussübungen
- vielfältiges Angebot an täglich verfügbaren Lebensmitteln

Praxisteil

Essprotokolle zeigen, dass täglich auf die bekannten und bewährten Lebensmittel und Mahlzeiten zurückgegriffen wird. Sie geben Sicherheit und Stabilität. Die Kunst ist es, diese Lebensmittel bewusst durch Alternativen zu ersetzen und so die eigene Lebensmittelauswahl zu erweitern.



„sicheres“ Lebensmittel	„Alternative“



Stelle nun Deine eigenen Alternativkarten zusammen.

Handout 7

Thema: Rückfallprophylaxe
Termin vom 05.06.2014



- Auszug in eine andere WG oder in eine eigene Wohnung bedeutet eine große Umstellung
- Sich im Voraus mit den Besonderheiten auseinander zu setzen ist notwendig, um sich rechtzeitig auf die Herausforderungen vorzubereiten
- **Welche Unterschiede und Herausforderungen kannst du für Dich erkennen?**

	betreute WG	eigene Wohnung /WG
Stabilität		
Selbstständigkeit		
Organisation		
Haushalt		
Einkauf		
Kochen		
Gesellschaft		

- Abbau von externen Kontrollen: sich beim Essen von der kognitiven Steuerung lösen und nach Hunger-Sättigungsgefühlen richten
- Genussaspekt im Vordergrund
- Erkennen von „Rückfall“- oder „Risiko“-Situationen → Auslösebedingungen analysieren

„kritische“ Situationen

Erfolgreiche Strategien im Umgang mit „kritischen“ Situationen

- **Schreibe einen Brief an Dich selbst und erkläre Dir:**
 1. Welche Vorteile Du von einem normalen Essverhalten hast...
 2. Was du alles an positiven Erfahrungen durch das Aufgeben der Essstörung erleben konntest....
 3. Welche kurzfristigen Maßnahmen dir bei einem Rückfall helfen können (Stunden, Morgen, Übermorgen)....
 4. An wen Du Dich wenden sollst, wenn du den Rückfall nicht innerhalb von 3 Tagen in den Griff bekommst

Bewahre diesen Brief in einem verschlossenen Briefumschlag mit der Aufschrift „bei Rückfallgefahr öffnen“ auf und greife auf ihn zurück, sollte der Moment gekommen sein.

