

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Studiengang Ökotrophologie
Fakultät Life Sciences



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Auswirkungen des betreuten Wohnens auf das Essverhalten von jungen Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

- Diplomarbeit -

vorgelegt am 22.02.2007

von
Susen Barth



Betreuender Professor:
Prof. Dr. Joachim Westenhöfer

Korreferent:
Dipl. oec. troph. Silke Baitz

5.3.2	Die Ziele der Wohngemeinschaft.....	32
5.3.3	Die Maßnahmen im betreuten Wohnen.....	32
5.3.4	Das Personal in der Wohngemeinschaft.....	35
5.4	Gruppendynamische Prozesse.....	36
5.5	Vergleich der gängigen Therapieansätze bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa mit den Maßnahmen in der Wohngruppe	39
	- Empirischer Teil -	44
6	Die empirische Studie.....	44
6.1	Einführung.....	44
6.2	Fragestellung	44
6.3	Angaben zur Stichprobe.....	45
6.4	Der Fragebogen	46
6.5	Beschreibung der Durchführung der Befragung	53
7	Die statistische Auswertung der Studie.....	55
7.1	Einführung.....	55
7.2	Darstellung der Ergebnisse	55
7.2.1	Charakterisierung der Stichprobe	55
7.2.2	Klinikaufenthalte	57
7.2.3	Ernährungsverhalten	58
7.2.4	Bewegungsverhalten.....	64
7.2.5	Einstellung zum Gewicht.....	65
7.2.6	Mahlzeitenhäufigkeiten und Ort der Essenseinnahme	66
7.2.7	Der Wohnsitz	68
7.2.8	Das betreute Wohnen	69
7.2.9	Das Essverhalten	72
8	Diskussion und Bewertung der Auswirkungen des betreuten Wohnens auf das Essverhalten	78
9	Zusammenfassung.....	85
10	Abstract.....	86
11	Ausblick	87
12	Literaturverzeichnis	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (<i>DSM-IV, 1994; ICD 10, 1993</i>)	4
Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa (<i>DSM-IV, 1994; ICD 10, 1993</i>)	11
Tabelle 3: Mindestgewicht bei Frauen und Männern (<i>Jacobi et al., 2000, S. 61</i>) .	22
Tabelle 4: Lebensmittelgruppen mit den dazugehörigen Lebensmitteln aus der FFL.....	47
Tabelle 5: Mengenvorschläge für Lebensmittel (<i>DGE info 5/2004</i>)	48
Tabelle 6: Häufigkeit der Klinikaufenthalte	58
Tabelle 7: Sportliche Aktivität in Stunden	65
Tabelle 8: Ernährungszustand im Bezug zum Wohnsitz	68
Tabelle 9: Bewertung der einzelnen Konzeptpunkte der WG	70
Tabelle 10: Kognitive Kontrolle im Vergleich	73
Tabelle 11: Störbarkeit im Vergleich.....	73
Tabelle 12: Rigide Kontrolle im Vergleich.....	74
Tabelle 13: Flexible Kontrolle im Vergleich.....	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Kliniken.....	57
Abbildung 2: Verzehrshäufigkeit von Öl.....	60
Abbildung 3: Verzehrshäufigkeit von Kuchen, Torten, süßem Gebäck	62
Abbildung 4: Verzehrshäufigkeit von Wein und Sekt.....	63
Abbildung 5: Häufigkeiten des selbstständigen Kochens im Vergleich	68
Abbildung 6: Zusammenhang zwischen der Annahme des Angebotes im betreuen Wohnen und der Störbarkeit des Essverhaltens	71
Abbildung 7: Zusammenhang zwischen der Annahme des Angebotes im betreuten Wohnen und der flexiblen Kontrolle des Essverhaltens	72
Abbildung 8: Anzahl der Schwierigkeiten im Essverhalten.....	75
Abbildung 9: Häufigkeit der Essanfälle im Vergleich	76
Abbildung 10: Häufigkeit des Erbrechens im Vergleich.....	77

Danksagung

Diese Diplomarbeit wäre ohne die Hilfe von vielen Mitwirkenden nicht möglich gewesen, deshalb möchte ich allen Beteiligten meinen Dank aussprechen.

Besonders danke ich den freiwilligen Studienteilnehmern, die sich die Zeit genommen und meine Fragebögen beantwortet haben.

Mein weiterer Dank geht an Karlo Ulatowski, der es mir ermöglicht hat, zu den ehemaligen Bewohnern der Wohngruppe des Rauhen Hauses Kontakt aufzunehmen und der mir durch sein Vertrauen die Gelegenheit gegeben hat, einen tiefen Einblick in die Wohngruppe zu bekommen und die Idee dieser Diplomarbeit zu verwirklichen.

Ich bedanke mich außerdem bei allen Betreuern der Wohngruppe (Edelgard Wagner, Wolfgang Brunke, Martina Glunz, Ilona Putzenhard und Jörg Stamm), denn sie standen mir bei Fragen und Problemen oft hilfreich zur Seite.

Ein außerordentlicher Dank geht zusätzlich an meine Arbeitskollegin, Betreuerin und mein Vorbild zugleich, Silke Baitz. Durch ihre Unterstützung habe ich viel über die Arbeit mit Essgestörten gelernt und konnte dieses Wissen in meine Diplomarbeit einbringen.

Zu guter Letzt danke ich meiner Mutter, denn sie hat mich stets motiviert, hatte immer ein offenes Ohr für mich und war mir durch ihr grammatikalisches Fachwissen in der deutschen Sprache eine große Hilfe.

Hamburg, den 21.02.2007

Susen Barth

1 Einleitung

Die Anzahl an essgestörten Patienten ist in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen, obwohl die Art der Erkrankung noch nicht sehr lange bekannt ist. Bulimia nervosa wurde beispielsweise erst 1980 als eigenständige Essstörung anerkannt. Aufgrund der hohen Prävalenz bulimischer und anorektischer Verhaltensweisen sind vermehrt therapeutische Maßnahmen notwendig, die den Verlauf dieser Krankheit positiv beeinflussen (*Jacobi et al., 2000, S. 23*). Das betreute Wohnen kann eine dieser Maßnahmen darstellen.

Die Idee für die folgende Arbeit ist während meines Praxissemesters in der Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörungen vom Rauhen Haus entstanden. In dieser Zeit konnte ich viele Studieninhalte erfolgreich anwenden und neue Erfahrungen und Fachkenntnisse im Bereich Essstörung und im Umgang mit den Betroffenen sammeln. Es ist deshalb schnell das Interesse aufgekommen, das betreute Wohnen und dessen Auswirkungen genauer zu untersuchen.

Das betreute Wohnen stellt einen wichtigen Schritt zwischen dem Klinikaufenthalt von Patienten mit einer Essstörung wie Anorexia nervosa (Magersucht) oder Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und dem normalen Alltag im eigenen Wohnraum bzw. bei den Eltern dar. Der langfristige Aufenthalt in der Wohngruppe ist hilfreich, um sowohl im Essverhalten als auch psychisch stabil zu werden und um zu lernen, was ein normales Essverhalten ausmacht. Es trägt außerdem zur Verbesserung der Konfliktfähigkeit und Selbstständigkeit der Bewohner bei und bietet die Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen und Perspektiven für die berufliche und private Zukunft zu finden.

In dieser Diplomarbeit wird untersucht, welche Auswirkungen das betreute Wohnen auf das Essverhalten von jungen Frauen mit Anorexie und Bulimie hat. Es gibt bis jetzt noch keinen wissenschaftlich untersuchten Zusammenhang zwischen den beiden Sachverhalten. Lediglich der Effekt der ernährungstherapeutischen Beratung bei Patienten mit Anorexie und Bulimie wurde untersucht.

Der allgemeine Ausdruck „betreutes Wohnen“ bezieht sich in dieser Arbeit auf die Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörungen (in diesem Fall Anorexie und Bulimie) vom Rauhen Haus in Hamburg Borgfelde. Es werden sowohl die

rechtlichen Grundlagen als auch das Konzept der Wohngruppe genauer erläutert und dabei speziell auf die Arbeit im Ernährungsbereich eingegangen. Darüber hinaus werden die beiden Arten von Essstörung eingehend beschrieben und gängige Therapieansätze mit der Arbeit in der Wohngruppe verglichen.

Das Essverhalten von ehemaligen Bewohnern der Wohngruppe wird anhand einer schriftlichen Befragung untersucht. In der Vergleichsgruppe werden essgestörte Patienten befragt, die nicht im betreuten Wohnen gelebt haben und ihren Alltag eigenständig bewältigen mussten. Der zusammengestellte Fragebogen enthält sowohl Fragen zum Essverhalten als auch zum klinischen Hintergrund der Patienten, zum betreuten Wohnen bzw. eigenen Wohnraum und zur Person allgemein. Alle Probanden müssen neben einer psychotherapeutischen Maßnahme entweder einen Klinikaufenthalt hinter sich haben oder durch einen Ökotrophologen betreut worden sein.

Die Auswertung der Fragebögen wird mit Computerprogramm SPSS vorgenommen. Dabei soll die Annahme belegt werden, dass das betreute Wohnen einen positiven Effekt auf das Essverhalten von jungen Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa hat. Es soll deutlich gemacht werden, welche der Konzeptpunkte den Bewohnern besonders geholfen haben und welche gegebenenfalls überarbeitet werden müssen.

Durch die Ergebnisse dieser Studie kann die Arbeit der Wohngruppe wissenschaftlich belegt und verbessert werden. Infolgedessen wird der Erfolg des betreuten Wohnens erhöht und es kann weiteren Patienten mit einer Essstörung eine optimale Möglichkeit geboten werden, ihre Krankheit in einem geeigneten Rahmen zu behandeln.

- Theoretischer Teil -

2 Anorexia nervosa

2.1 Einführung

Die Anorexia nervosa ist die auffälligste, aber auch die seltenste Art der Essstörung. Sie tritt überwiegend beim weiblichen Geschlecht und vorzugsweise während der Pubertät auf (*Kasper, 2004, S. 274; Tuschen-Caffier et al., 2005, S.13 und S. 19*), jedoch ist sie seit kurzem auch häufiger im Kindesalter, bei Männern und älteren Frauen zu beobachten. Der Begriff „nervosa“ deutet auf den psychischen Hintergrund dieser Art von Magersucht hin, weshalb die Anorexia nervosa in der Medizin auch den psychischen Störungen zugeordnet wird. Im Folgenden wird trotzdem auch der Begriff Anorexie verwendet, womit aber ebenfalls die oben beschriebene Essstörung gemeint ist.

2.2 Symptomatik

Als Leitsymptom der Anorexia nervosa gilt ein ausgeprägtes Untergewicht, welches die Folge eines extrem gezügelten Essverhaltens ist. Um die Schwere des Untergewichtes bestimmen zu können, wird der so genannte Body Mass Index (BMI) als Richtwert herangezogen. Er errechnet sich aus dem Körpergewicht in Kilogramm, welches durch die quadrierte Körpergröße (in Metern) geteilt wird ($BMI = \text{kg} / \text{m}^2$). Liegt der BMI unter 17,5 wird meist von Untergewicht gesprochen (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 13*).

Eine ausreichende Energieversorgung wird durch das Auslassen von Mahlzeiten verhindert und die Lebensmittelauswahl auf gesunde, meist hypokalorische Kost reduziert. Die dadurch entstehenden Hungergefühle werden geleugnet und führen bei längerer Krankheitsdauer zu Heißhungeranfällen (Anorexie mit bulimischen Zügen). Um das Gewicht weiter zu beeinflussen, werden häufig auch Appetitzügler, Abführmittel oder Diuretika eingenommen, die Betroffenen treiben ausdauernd Sport oder führen selbst Erbrechen herbei.

Die extreme Angst vor einer Gewichtszunahme führt zu einer Zentrierung des Lebensmittelpunktes auf das Körpergewicht, welches damit das gesamte Denken und den ganzen Tagesablauf beeinflusst. Gleichzeitig wird der eigene

abgemagerte Körper als zu dick empfunden (Körperschemastörung) und es besteht wenig Krankheitseinsicht. Viele Patienten stehen einer Therapie ablehnend gegenüber (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 13*).

Um die Nahrungszufuhr so gering wie möglich zu halten, vermeiden die Betroffenen das Essen in Gesellschaft. Sie befassen sich aber trotzdem häufig mit der Nahrungszubereitung oder finden sogar Gefallen daran, für andere zu kochen. Insgesamt ziehen sie sich jedoch sozial zurück, es können Zwangssymptome und Depressionen entstehen.

In der folgenden Tabelle werden die diagnostischen Kriterien der Anorexia nervosa in tabellarischer Form zusammengefasst gezeigt, um die zwei gängigen Klassifikationssysteme DSM und ICD schematisch gegenüberzustellen. Das Handbuch „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) ist ein Klassifikationssystem für psychische Störungen von der Amerikanischen Psychiatrie-Gesellschaft, wovon Abschnitte aus der aktuellen vierten Auflage (DSM-IV 1994) wiedergegeben werden. Das Klassifikationssystem „International Classification of Diseases“ (ICD) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben, im Folgenden werden Teile aus der aktuellen 10. Fassung (1993) übernommen.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (DSM-IV, 1994; ICD 10, 1993)

	DSM-IV: 307.1 Anorexia Nervosa	ICD 10: F 50.0 Anorexia Nervosa
Gewicht	Weigerung, das Minimum des für Alter und Größe normalen Körpergewichts zu halten; Gewicht mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht.	Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
Symptome		Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch die Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> - selbst induziertes Erbrechen - selbst induziertes Abführen - übertriebene körperliche Aktivität - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.

	DSM-IV: 307.1 Anorexia Nervosa	ICD 10: F 50.0 Anorexia Nervosa
Psyche	<p>Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.</p> <p>Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.</p>	<p>Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest</p>
Folgen	<p>Bei postmenarchalen Frauen Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt).</p>	<p>Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust manifestiert. Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderung des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.</p>
		<p>Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät Verzögerung bzw. Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte.</p>
		<p>Spezifizierung des Typs:</p>
Spezifizierung des Typs	<p>Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle gehabt oder hat kein "Purging"-Verhalten (das heißt selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.</p> <p>„Binge-Eating/Purging“-Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Fressanfälle gehabt und hat Purging-Verhalten gezeigt.</p>	<p>F50.00: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.): asketische, passive oder restriktive Form der Anorexie</p> <p>F50.01: Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u.U. in Verbindung mit Heißhungerattacken); aktive oder bulimische Form der Anorexie</p>

2.3 Ätiologie

Es gibt verschiedene Modelle für die Entstehung von Anorexie. Diese können allerdings nicht autonom voneinander betrachtet werden, sondern gehen meist fließend ineinander über und es ist anzunehmen, dass dennoch nicht alle Aspekte der Krankheitsentwicklung berücksichtigt worden sind.

Der psychoanalytisch-triebhafter Ansatz sieht die Ursache der Anorexie in der psychosexuellen Entwicklung des menschlichen Körpers während der Pubertät. Sexuellen Regungen und äußerlichen Veränderungen wird mit Hungern entgegen gesteuert, so dass die sekundären Geschlechtsmerkmale nicht ausgebildet werden und die Betroffenen ihre Kindlichkeit nicht verlieren (DHS, 2004, S. 15).

Der Wunsch nach intrapsychischer und interpersonaler Selbstbehauptung ist eine weitere Erklärung für die Entstehung der Essstörung. Das Streben nach Identität und nach Kontrolle des eigenen Lebens wird durch die persönliche Beeinflussung des eigenen Körpers und der Überwindung des Hungergefühls erlebt. Das Körpergewicht ist somit Indikator für die Selbstkontrolle und erlangt dadurch eine enorme Bedeutung für die Betroffenen. Dieser Zusammenhang stellt jedoch eine Gefahr dar, denn die Grenze des Wunschgewichtes wird im Krankheitsverlauf immer niedriger gesetzt und führt somit zu körperlichen Folgeschäden und psychischer Abhängigkeit (siehe Abschnitt 2.4) (DHS, 2004, S. 15). Diese Modellannahme muss allerdings noch empirisch geprüft werden (Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 23).

In dem interaktionellen bzw. familiendynamischen Ansatz wird die Rolle der anorektischen Person in der Familie als Ursache für die Krankheit gesehen. Die Betroffenen erfüllen dabei meist die Funktion zur Aufrechterhaltung des Familiensystems, werden in elterliche Konflikte involviert und können die familiäre Verantwortung nicht mehr tragen. Ihre Essstörung ist wie ein versteckter Hilferuf, denn sie werden den Anforderungen nicht mehr gerecht oder wünschen sich mehr Aufmerksamkeit, um die Ambivalenz des Erwachsenwerdens zu verarbeiten (DHS, 2004, S. 15). Die innerfamiliären Beziehungen können zusätzlich zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung beitragen, wenn die Einstellung gegenüber Figur und Gewicht und das essensbezogene Verhalten von der Mutter an die Tochter weiter gegeben wird (Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 22).

Diese psychischen Erklärungsansätze werden meistens durch eine Ursache ergänzt, die gesellschaftlich entstanden ist und wichtiger angesehen wird als je

zuvor: das heutige Schönheitsideal. Während beispielsweise im 16. Jahrhundert Frauen mit üppigen geschlechtstypischen Fettpolstern an Hüfte und Oberschenkeln beliebt waren, ist das heutige Ideal entgegengesetzt zu dem damaligen Vorbild. Schlanke Körper mit einer fast knabenhaften Figur gelten als schön und werden in den Medien mit Erfolg und Reichtum gleichgesetzt und dauerhaft präsentiert (*Hauner et al., 2004, S. 20*). Es entsteht ein falsches Bild in den Köpfen von hauptsächlich jungen Frauen, die schon früh merken, dass positive Bewertung und Zuwendung stark von ihrer äußeren Erscheinung abhängig sind, und die ihr Selbstwertgefühl deshalb von ihrer Figur abhängig machen (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 19*). Bereits Mädchen in der Pubertät empfinden sich als zu dick und ca. 20% der Frauen halten regelmäßig Diät, um dem Schönheitsideal zu entsprechen. Sie begünstigen mit dieser übermäßigen Beschäftigung mit ihrer Figur bzw. mit ihrem Gewicht die Entstehung von Essstörungen (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 19*). In diesem Zusammenhang entwickeln viele Menschen einen so genannten gezügelten Essstil. Dieser kennzeichnet sich durch eine geringere Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl und das Essverhalten wird stattdessen von kognitiven Standards (z.B. wenig Fett essen) und von kognitiver Kontrolle gesteuert (z.B. auch bei Hungergefühlen weniger essen) (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 19-20*). Durch das gezügelte Essverhalten wird der Grundumsatz des Körpers reduziert und die Körpertemperatur gesenkt. Wird das Essverhalten wieder normalisiert, kann es deshalb zu einer kurzfristigen Gewichtszunahme kommen. Das gezügelte Essverhalten wird daraufhin von den meisten Personen fortgesetzt, um der Gewichtszunahme entgegen zu wirken und kann somit zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen beitragen (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 20-21*). Die Symptome einer Essstörung lassen sich also nicht nur auf psychopathologische Ursachen zurückführen, sondern sind häufig auch Folgen des gezügelten Essverhaltens (*Westenhöfer, 1992, S. 37-38*).

2.4 Somatische Folgen

Trotz Mangelernährung und Gewichtsverlust bleibt die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit der Betroffenen über lange Zeit erhalten und die Patienten zeigen meist sogar eine gesteigerte körperliche Aktivität (*Kasper, 2004, S. 275*).

Da der Adaptionsmechanismus des Körpers nur auf begrenzte Zeit funktioniert, gibt es trotzdem eine Vielzahl von körperlichen Folgerscheinungen, die im Folgenden zusammengefasst sind.

- Mangel des Schilddrüsenhormons T_3 (Trijodthyronin) sowie Adrenalin- und Noradrenalinmangel, mögliche Folgen sind:
 - verlangsamter Herzschlag (Bradykardie)
 - sinkender Blutdruck (Hypotonie) mit Schwindel und Kreislaufstörungen
 - fallende Körpertemperatur (Hypothermie)
 - Durchblutungsstörungen mit Kältegefühlen an den Händen und Füßen (Akrozyanose)
- Anstieg des Wachstumshormons STH und des Nebennierenrindenhormons Kortisol
- Veränderung der Sexualhormone, mögliche Folgen sind:
 - Unregelmäßigkeiten im Zyklus bis hin zum Ausbleiben der Menstruation (Amenorrhoe)
 - Einschränkung der Fruchtbarkeit
 - Flaumhaarbildung am Körper (Lanugobehaarung)
- Zahnschäden durch Erbrechen (beim Purging-Typus)
- Verringerung der Darmbewegung durch ballaststoffarme Diät bis hin zu Verstopfungen (Obstipation)
- Mineralstoffmangel, mögliche Folgen sind:
 - Blutbildveränderung (Anämie) und Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie Erschöpfungszustände durch Eisenmangel
 - Nervenschädigungen (Polyneuropathie)
 - Muskelschwäche und Störung der Herzfunktion durch Kaliummangel
 - Knochenerweichung (Osteomalazie) und Verminderung der Knochengrund-substanz (Osteoporose) sowie Zahnschäden durch Calciummangel
 - Wachstumsverzögerungen, gestörte Wundheilung und erhöhte Infektanfälligkeit durch Zinkmangel

- Vitaminmangel, mögliche Folgen sind:
 - Blutarmut (Anämie) durch Folsäuremangel
 - trockene Haut, Haarausfall, spröde Fingernägel durch Mangel an B-Vitaminen
 - Muskelschwäche, Müdigkeit, Konzentrationsmangel durch Mangel an Vitamin B₁
 - Verminderte Calciumeinlagerung in den Knochen durch Mangel an Vitamin D
- Veränderung des Aminosäurestoffwechsels und kohlenhydratarmer Diät führen zu Veränderung der Übertragung zwischen den Nervenzellen im Gehirn, Depressionen sind die Folge

(Jacobi et al., 2000, S. 184-186 ; Hamm, 2003, S. 83-95)

3 Bulimia nervosa

3.1 Einführung

Die Essstörung Bulimia nervosa tritt wesentlich häufiger auf als die Anorexia nervosa (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 17*). Sie ist den Betroffenen nicht anzusehen, da die Krankheit meist heimlich gelebt wird. Die Betroffenen sind oft normalgewichtig, neigen allerdings trotz vorhandener Krankheitseinsicht zur Chronifizierung der Essstörung. Aus Angst vor einem zu hohen Körpergewicht wird häufig auf Nahrung verzichtet, entstehende Heißhungeranfälle (Bulimia = Ochsenhunger) werden mit gewichtsregulierenden Maßnahmen (beispielsweise Erbrechen) kompensiert (*Westenhöfer et al., 2003, S.232*). Die Bulimia nervosa gehört ebenso wie die Anorexie zu den psychischen Störungen, worauf der Begriff „nervosa“ hindeutet. Bulimie und Bulimia nervosa werden in der folgenden Arbeit jedoch gleichbedeutend verwendet.

3.2 Symptomatik

Das Hauptmerkmal der Bulimia nervosa ist das wiederholte Auftreten von Heißhungeranfällen, bei denen in kurzer Zeit riesige Nahrungsmengen verschlungen werden, die den Energiebedarf mehrerer Tage decken könnten (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S 9*). Es werden hochkalorische Speisen bevorzugt, die normalerweise verboten sind, jedoch werden Geschmack und Sättigungsgefühl zu diesem Zeitpunkt vernachlässigt. Das Essverhalten kann während der Essanfälle willentlich nicht gesteuert oder unterbrochen werden (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S 9*). Die Hauptzahl der Betroffenen erlebt solche Essanfälle fast täglich (*Westenhöfer et al., 2003, S. 232*) und führt anschließend gewichtsregulierende Maßnahmen wie selbst induziertes Erbrechen, übermäßigen Sport und Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern oder Diuretika durch. Das Gewicht der Bulimie-Patienten liegt meist im Normbereich, es hat jedoch einen zentralen Stellenwert und aus Angst vor einer Gewichtszunahme bzw. dem Wunsch einer Gewichtsreduktion halten viele Betroffene Diät oder Fasten und weisen ein stark gezügeltes Essverhalten auf.

Die Essstörung soll aus Schamgefühl vor der Außenwelt geheim gehalten werden, dies aber schafft eine zusätzliche Belastung und verstärkt die Reduktion des

Selbstwertgefühls. Das Erbrechen bringt zwar eine kurzfristige Erleichterung, oft wird der Selbsthass aber auch durch autoaggressive Handlungen wie Schneiden mit Rasierklingen oder anderen Gegenständen entladen. Bulimie tritt außerdem häufig als Begleiterscheinung mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. (DHS, 2004, S. 19).

Es ist möglich, dass sich die Bulimie aus einer anorektischen Symptomatik heraus entwickelt, da die Betroffenen mit den für sie großen Nahrungsmengen nicht zurecht kommen oder weiterhin ein gezügeltes Essverhalten besitzen. Anorexie kann aber auch die Folge einer bulimischen Erkrankung sein, besonders wenn durch eine Verhaltenstherapie der Umgang mit der Essstörung zwar behandelt wurde, das falsche Körperbild und die psychischen Ursachen jedoch noch vorhanden sind.

Die nachfolgende Tabelle stellt in übersichtlicher Form die diagnostischen Kriterien der Bulimie nervosa laut ICD 10 und DSM-IV dar. Die Klassifikationssysteme sind bereits im letzten Kapitel erläutert.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa (DSM-IV, 1994; ICD 10, 1993)

	DSM-IV: F 307.51	ICD 10: F 50.2 Bulimia nervosa
Symptome	<p>Wiederkehrende Heißhungeranfälle, gekennzeichnete durch beide folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb von 2 Stunden), die erheblich größer ist, als sie die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. 2. Gefühl des Kontrollverlustes beim Essen (z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder nicht im Griff zu haben, wie viel gegessen wird). 	<p>Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden</p>

	DSM-IV: F 307.51	ICD 10: F 50.2 Bulimia nervosa
Kompensationsverhalten	<p>Wiederholte Anwendungen von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige sportliche Betätigung.</p> <p>Die Heißhungeranfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.</p>	<p>Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene kompensatorische Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei gleichzeitigem Diabetes an es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.</p>
Gewicht	<p>Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.</p>	<p>Es besteht die krankhafte Furcht, dick zu werden; der Patient setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem oder altersgerechten Gewicht.</p>
Verbindung mit Anorexie	<p>Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.</p>	<p>Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.</p>
Spezifizierung des Typs	Spezifizierung des Typs:	
	<p>Abführender Typ (purging subtyp): Der Patient praktiziert regelmäßig selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Einläufen.</p>	
	<p>Nicht abführender Typ (non-purging subtyp): Der Patient benutzt ein anderes unangemessenes Kompensationsverhalten wie Fasten oder exzessiven Sport, praktiziert aber nicht regelmäßig selbst herbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder Einläufen.</p>	

3.3 Ätiologie

Trotzdem die Ursache des gestörten Essverhaltens unbekannt ist (*Kasper, 2004, S. 276*), gelten sowohl die in Abschnitt 2.3 (Anorexia nervosa, Ätiologie) erwähnten biologischen und soziokulturellen Faktoren als auch die intrapsychischen und familiären Prozesse als Ursache und Auslöser der Bulimie (*DHS, 2004, S. 20*). Die komplexen Problemzusammenhänge können nur individuell analysiert werden, es gibt jedoch eine Reihe von Risikofaktoren, die zum Ausbruch der Krankheit führen können.

Zu den bisher wenig erforschten biologischen Risikofaktoren zählen biologische Faktoren der Nahrungsverwertung als auch das Vorkommen von depressiven Störungen und Abhängigkeitserkrankungen in der Familie. Auch eine genetische Prädisposition kann die Anfälligkeit für Essstörungen erhöhen (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 18*).

Bedeutender sind allerdings die soziokulturellen Risikofaktoren, die vergleichbar mit denen der Anorexie sind. Das gesellschaftliche Schlankeitsideal, das durch die Medien übersteigert und verfälscht dargestellt wird, kann von vielen Betroffenen nicht erreicht werden. Diäten und ein gezügeltes Essverhalten sollen helfen, das Gewicht zu regulieren. Die dadurch erhöhte kognitive Kontrolle, die nun das Essverhalten steuert, kann unter bestimmten Bedingungen verloren gehen. So kommt es etwa beim Geruch oder Anblick verschiedener Speisen oder bei Stressbelastungen zur Enthemmung des Essverhaltens. Menschen mit einem gezügeltem Essstil essen dann mehr als Menschen mit einem ungezügelt Essverhalten, diese Gegenregulation wird als experimentelles Analogon zu den Essanfällen einer Essstörung aufgefasst (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 20*). Das gezügelte Essverhalten ist also ein weiterer Faktor für die Entstehung der Bulimie (*Westenhöfer, 1992, S.7*).

Die veränderte Rollenerwartung an Frauen führt zusätzlich zu einem Konflikt zwischen beruflicher Leistungsbereitschaft und den weiblichen Tugenden wie Warmherzigkeit, Fürsorglichkeit und Schönheit. Wenn dieser Konflikt nicht gelöst werden kann, suchen die Betroffenen häufig die Bulimie als einen Ausweg (*DHS, 2004, S. 21*).

Bulimischen Patienten fällt es nicht leicht, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und anderen gegenüber zu vertreten. Diese gestörte Autonomie- und Identitätsentwicklung geht meist einher mit einem Mangel an Selbstwertgefühl und

einer großen Selbstunsicherheit, woraus sich depressive Verstimmungen, emotionale Leere und eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bis hin zu Selbsthass entwickeln können. Es bestehen starke Abhängigkeitsgefühle und die Orientierung an den Erwartungen anderer steht über den eigenen Bedürfnissen. Die durch die eben genannten intrapsychischen Risikofaktoren entstehenden Spannungszustände entladen sich dann im Essverhalten, Körpersignale wie Hunger oder Sättigung werden nicht richtig wahrgenommen und die eigene Gewichtskontrolle täuscht die Kontrolle von emotionalen und körperlichen Bedürfnissen vor (DHS, 2004, S. 21). Es wird außerdem davon ausgegangen, dass einige Betroffene auf negative Affekte wie Ärger, Wut oder Traurigkeit sowie auf Schwankungen in der Stimmungslage nicht angemessen reagieren können und deshalb dysfunktionale Strategien wie Essanfälle oder Erbrechen entwickeln (Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 23-24).

Die familiäre Situation ist ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung von Bulimie. In der Regel besteht mindestens zu einem Elternteil eine unsichere Bindung und die unzureichende Lösung vom Elternhaus führt zu einer ambivalenten Beziehung zur Mutter, in seltenen Fällen auch zum Vater. Mangelnde elterliche Unterstützung durch die Trennung der Eltern sowie emotionaler Missbrauch in den Familien sind keine Seltenheit (DHS, 2004, S. 22). Die Annahme, dass sexuell traumatische Erlebnisse die Ursache einer Essstörung sind, kann jedoch nicht belegt werden. Zwar weisen Patienten mit Essstörungen häufig die gleichen Merkmale auf wie Patienten mit sexuell traumatischen Erlebnissen, Studien konnten allerdings nur belegen, dass sexuelle Traumata generell das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen erhöhen (Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 22). Durch die Notwendigkeit der Konfliktvermeidung erlernen die Betroffenen selten Strategien zur Konfliktlösung und sehen als Ausweg die Kontrolle der eigenen Gefühle und des eigenen Essverhaltens. Es wurde außerdem gezeigt, dass bulimische Menschen mit einem gesteigerten Essbedürfnis reagieren, wenn sie mit interpersonellen Konfliktsituationen konfrontiert werden (Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 23). Im interfamiliären Zusammenhang begünstigt zusätzlich ein falsches Bild zur Nahrung die Essstörung, da diese in den Familien als Mittel zur Ablenkung, Belohnung und zur Aufrechterhaltung traditioneller Normen eingesetzt wird.

Die Bulimie wird nach ihrer Entstehung durch einen psychosomatischen Teufelskreis aufrechterhalten. „Diäten, Fasten und Erbrechen führen zu einem körperlichen und psychischen Mangelzustand, der nicht unbegrenzt ausgehalten werden kann, typischerweise mit einem Heißhungeranfall beendet wird, der wiederum sowohl auf der körperlichen als auch psychischen Ebene zu massivem Unwohlsein führt (...)“ (DHS, 2004, S. 22). Wie dieser Teufelskreis durchbrochen werden kann, wird in dem Kapitel 4.3 „Behandlungsansätze bei Bulimia nervosa“ erläutert.

3.4 Somatische Folgen

Wie auch bei der Anorexia nervosa kann es bei der Bulimia nervosa zu einer Reihe von Nebenwirkungen im Bereich des Verdauungstrakts kommen. So kann der obere Verschluss des Magens bis hin zur Speiseröhre durch die regelmäßigen Heißhungeranfälle mit anschließendem Erbrechen beeinträchtigt werden (Kardiainsuffizienz). Sodbrennen und Entzündungen der Speiseröhre durch die zurückfließende Magensäure sind eine Folge. Bei chronischem Stress und vermehrter Magensäure kann ein Geschwür entstehen, welches in seltenen Fällen zu lebensbedrohlichen Blutungen oder Wanddurchbrüchen führt. Oft sind die Speicheldrüsen der Betroffenen im Wangen- und Unterkieferbereich stark vergrößert, die Amylaseproduktion ist erhöht und das Aussehen im Gesichtsbereich kann verändert werden.

Die Kariesentstehung wird durch den häufigen Kontakt der Zähne mit der Magensäure beim Erbrechen begünstigt. Dauert die Krankheit mehrere Jahre an, wird der Zahnschmelz so stark angegriffen, dass die Zähne irreparabel geschädigt werden. Dieses Risiko wird bei zusätzlichem Calciummangel erhöht. Da der Würgereflex häufig durch die Hand ausgelöst wird, kann es außerdem zu Verletzungen des Handrückens kommen.

Durch den Gebrauch von Abführmitteln gehen vermehrt Kalium und Flüssigkeit über den Darm verloren, die körpereigene Darmbewegung geht zurück und es kann durch Darmträgheit zu Verstopfungen kommen (Jacobi et al., 2000, S. 185-186).

Die für die Essstörung typischen Verhaltensweisen wie Fasten, Erbrechen, Diät halten und der Gebrauch von Diuretika oder Laxantien führen zusätzlich zu einem Elektrolytmangel, bei dem der Körper mit den lebensnotwendigen Salzen wie

Natriumchlorid, Kalium und Magnesium unterversorgt ist. Eine Verschiebung des pH-Wertes im Blut ist ebenfalls möglich. Es kann dadurch zu Herzrhythmusstörungen kommen, die Muskulatur ist schnell ermüdbar und neigt zu Verkrampfungen und das Nierengewebe wird geschädigt. Durch die beeinträchtigte Nierenfunktion kann es zu Wassereinlagerungen kommen und bei einer geringen Flüssigkeitszufuhr und gleichzeitigem Fasten kann der Harnsäurespiegel ansteigen, was ebenfalls zu Nierenstörungen führt. Wenn die Krankheit länger andauert, schrumpft das Nierengewebe und eine chronische Niereninsuffizienz ist die Folge (*Jacobi et al., 2000, S. 184-185*).

Der Menstruationszyklus wird durch die Essstörung beeinträchtigt. Dies kann bis zur Amenorrhoe führen, bei der die Regelblutung ganz ausbleibt.

Neben den körperlichen Folgeschäden hat die Essstörung auch einen Einfluss auf die Psyche der Betroffenen. Depressionen, starke Stimmungsschwankungen, Gefühle von Wert- und Sinnlosigkeit, Schuldgefühle und Suizidgedanken bis hin zu Suizidversuchen sind häufig zu beobachten (*Pudel et al., 2003, S. 234*). Die Patienten landen in einem Teufelskreis aus Isolation und Einsamkeit, den sie eigenständig schwer durchbrechen können und deshalb fachliche Hilfe in Anspruch nehmen sollten.

4 Therapieansätze bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

4.1 Einführung

Da sowohl die Ursachen als auch die Symptomatik bei einer Essstörung multifaktoriell sind, muss die Therapie ebenfalls sehr vielseitig sein. Es wird hier zwischen Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie unterschieden. Gleichzeitig müssen alle psychologischen und psychosozialen Faktoren behandelt werden, die die Essstörung aufrechterhalten (*Pudel et al., 2003, S. 230*).

Im Folgenden werden die Therapiemöglichkeiten bei Anorexie und Bulimie angesprochen. Da die Behandlung jedoch sehr komplex ist und deren ausführliche Beschreibung den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde, sind im Anschluss nur die konkreten Beispiele genauer erläutert, die im direkten Zusammenhang mit dem betreuten Wohnen stehen.

Die Erfolge der Verhaltenstherapie bei Anorexie sind schwer zu beurteilen, da nur wenige kontrollierte Studien vorliegen. Durch den Schweregrad der Störung und die notwendige stationäre Behandlung können verhaltenstherapeutische Prinzipien selten kontrolliert angewendet werden. Trotzdem „ist die kurzfristige Wirksamkeit operanter Methoden zur Gewichtssteigerung gut belegt“ (*Jacobi et al., 2000, S. 37*). Langfristige Erfolge können allein dadurch jedoch nicht garantiert werden. Es ist hilfreich, falsche Einstellungen der Betroffenen zusätzlich mit kognitiven Techniken zu beeinflussen. Symptomorientierte Behandlungsansätze und Gewichtsnormalisierung bilden außerdem einen wichtigen Punkt in der Therapie von Anorexia nervosa. So ist laut Herzog et al. (1996) eine strukturierte, auf die Gewichtssteigerung abzielende Behandlungskomponente (beispielsweise durch das Festlegen eines Mindestgewichts während der stationären Behandlung) vorteilhaft zur Gewichtsresistution¹.

Pharmakologische Studien bei Anorexie können ebenfalls schwer bewertet werden, da sie selten ohne psychosoziale Behandlungsangebote durchgeführt werden und meist von kurzer Dauer sind. „Die Effekte der verschiedenen untersuchten Medikamente sind überwiegend schwach bis nicht nachweisbar.“

¹ Gewichtsresistution: Bestehen bleiben des erreichten Gewichtes

(*Jacobi et al., 2000, S. 38*). Laut einer Studie nach Ferguson et al. (1999) soll Fluoxetin im Anschluss an einen stationären Aufenthalt sowohl einen positiven Effekt auf die Gewichtsresistution, also auf die Stabilität des Gewichtes, als auch auf Depressivität und Zwanghaftigkeit haben. Die kurz- und langfristige Wirksamkeit von Medikamenten in Hinblick auf das Gewicht, die Einstellungen zu Körper und Gewicht und auf die Stimmung ist insgesamt allerdings umstritten.

Für die Bulimia nervosa gibt es eine Vielzahl an kontrollierten Studien, die die verhaltenstherapeutischen Erfolge unter verschiedenen Kontrollbedingungen belegen. Es wird dabei zwischen verhaltenstherapeutischen Ansätzen (behavior therapy, BT) ohne kognitive Techniken und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen (cognitive-behavior therapy, CBT) unterschieden. Zur CBT zählen beispielsweise die Selbstbeobachtung des Essverhaltens, das Erkennen bestimmter Auslöser, Informationsvermittlung, eine geregelte Mahlzeitenstruktur, die Bearbeitung der falschen Einstellung zum eigenen Körper und die Verhinderung von Rückfällen (*Jacobi et al., 2000, S. 39*).

Laut Jacobi versprechen kognitive Verhaltenstherapien einen langfristig stabilen Erfolg. In kontrollierten Therapiestudien hatten 61% der ambulant behandelten Patienten keine Heißhungeranfälle und 51% kein Erbrechen mehr. „Positive Veränderungen zeigen sich auch im Hinblick auf Depressivität und spezifische Einstellungen zu Körper und Gewicht.“ (*Jacobi et al., 2000, S. 39*)

Die Pharmakotherapie bei Bulimie konzentriert sich auf die Gruppe der Antidepressiva, zu denen beispielsweise Imipramin, Desipramin, Phenelzin oder Fluoxetin zählen. Diese Behandlungsmöglichkeiten erzielen jedoch geringere Effekte als die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, sind allerdings der Plazebowirkung signifikant überlegen. Trotzdem die Wirkungsweise der Medikamente relativ unklar ist, gehen die Heißhungerattacken nach einer Behandlungsdauer von ca. 8 Wochen um 63% und das Erbrechen um 38% zurück. Es fehlen bislang ausreichende Langzeitstudien über die Wirksamkeit der Antidepressiva und Studien über die Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und Pharmakotherapie, die Medikamente verringern aber die Rückfallhäufigkeit und sichern somit die Stabilität der stationär erreichten Ergebnisse (*Jacobi et al., 2000, S. 40-41*).

Als weitere Therapiemöglichkeit sei die bisher wenig erforschte Familientherapie und, insbesondere bei Bulimie, auch die Interpersonale Psychotherapie (IPT) erwähnt, bei der speziell die interpersonalen Beziehungen der Patienten verbessert werden sollen. Im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie werden positive Ergebnisse aber erst nach längerer Zeit erreicht (*Jacobi et al., 2000, S. 41*). Da auf das Essverhalten während dieser Therapieformen nicht direkt eingegangen wird und diese im betreuten Wohnen nicht realisiert werden, können diese für die anschließende Diskussion in der Diplomarbeit vernachlässigt werden. Es wird im Folgenden hauptsächlich auf die Therapiebausteine eingegangen, die das Essverhalten betreffen oder einen Bezug zum betreuten Wohnen darstellen.

4.2 Behandlungsansätze bei Anorexia nervosa

Um weiterführende Behandlungsansätze zu ermöglichen, müssen bei der Anorexie zuerst alle biologisch-physiologischen Regulationsmechanismen wieder hergestellt werden. Wenn der BMI unter $16,5 \text{ kg/m}^2$ liegt, der körperliche oder psychische Zustand (durch Suizidgefahr, Depressionen oder gescheiterte ambulante Behandlungsversuche) kritisch ist, eine Schwangerschaft besteht, ein massiver Medikamentenmissbrauch vorliegt oder bei gleichzeitigem Diabetes mellitus eine verminderte Insulingabe erfolgt, muss die Gewichtssteigerung stationär vorgenommen werden (*Jacobi et al., 2000, S. 56-57*). Vor Beginn der Behandlung wird eine Erstanamnese durchgeführt, die die Vorgeschichte und Schwere der Symptomatik aufdeckt und der Motivationsabklärung bzw. Motivierung dienen soll. Erklärt sich der Patient mit der Therapieform und den Therapiezielen einverstanden, erhält er in einer kurzen Vorbereitungsphase bereits sachliche Informationen zur eigenen Krankheit und deren Folgen (*Jacobi et al., 2000, S. 52-54*). Dann wird anhand von vertragsgebundenen Bedingungen beispielsweise ein wöchentlicher Gewichtszuwachs festgelegt, der bei Einhaltung bestimmte Freiheiten in Bezug auf Besuch, Bewegung und Mahlzeitenaufsicht garantiert. Dieses verhaltenstherapeutische Programm unterliegt den operanten Prinzipien, es werden also verschiedene Verstärker für die Gewichtszunahme eingesetzt. Die negative Verstärkung erfolgt, wenn der Patient das festgelegte Körpergewicht nicht erreicht hat. Sanktionen wie Stubenarrest, Einschränkung der sozialen Kontakte oder das Zutrinken von hochkalorischen Getränken werden genutzt (*Pudel et al., 2003, S. 230-231*). Die in dem Vertrag festgehaltenen

Aspekte „Zielgewicht“, „Gewichtszunahme“, „Gewichtskontrollen“ und „Einschränkungen“ sollten parallel zur Psychotherapie durchgeführt werden, um die gesunde psychische Entwicklung zu fördern. Behandlungsansätze, die sowohl den somatischen Parametern, insbesondere dem Gewicht, als auch der psychischen Entwicklung Rechnung tragen, verhindern die Chronifizierung der Krankheit (Isler, 2002, S.290-292).

Die kognitive Verhaltenstherapie kann gleichzeitig oder nach der Gewichtszunahme stattfinden. Durch Einzelgespräche, Gruppentherapie, Körpertherapie oder Entspannungsverfahren soll das Essverhalten normalisiert, das Körperbild und das Selbstwertgefühl verbessert sowie das Verhältnis zu den Eltern positiv beeinflusst werden.

Vor der Entlassung aus der Klinik müssen Ängste und Schwierigkeiten der Patienten thematisiert und bearbeitet sowie eine ambulante Nachsorgetherapie gefunden werden, damit ein Rückfall im Alltag verhindert wird (Pudel et al., 2003, S. 231-232).

Diese ambulante Nachsorgetherapie kann zum Beispiel auch das betreute Wohnen übernehmen, dort werden die Therapieansätze weitergeführt und die Bewohner in den Alltag integriert. Im nächsten Kapitel (Kapitel 5) wird darauf genauer eingegangen.

4.3 Behandlungsansätze bei Bulimia nervosa

Bei der Bulimie ist ein stationärer Aufenthalt aufgrund der selten lebensbedrohlichen körperlichen Verfassung meist nicht notwendig, er wird jedoch häufig genutzt, um den Teufelskreis dieser Essstörung zu durchbrechen und die psychosozialen Belastungsfaktoren auszuschalten. Wenn der Gewichtsverlust kritisch und der körperliche Zustand des Patienten bedenklich ist, Medikamenten- bzw. Drogenmissbrauch vorliegt oder die psychische Verfassung durch Suizidgefahr, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen gefährdet ist, muss eine stationäre Behandlung angeordnet werden (Jacobi et al., 2000, S. 56-57).

Wie auch bei der Anorexie muss vor der eigentlichen Behandlung mindestens ein Erstanamnesegespräch stattfinden, das dem Therapeuten wichtige Informationen über den Hintergrund der Krankheit und die Motivation des Patienten gibt und dem Betroffenen sachliche Informationen über die Art und Ziele der Therapie sowie zur eigenen Krankheit nahe bringt. Während der Therapie soll einerseits das

gezügelter Essverhalten der Patienten durch Selbstbeobachtung des Essverhaltens, Informationsvermittlung über psychologische und physiologische Mechanismen der Regulation des Essverhaltens und durch das sukzessive Erlernen eines normalen, ungezügelter Essverhaltens verändert werden. Andererseits sollen neue Lösungsstrategien bei Stress und Problemen erlernt werden, um das Ess-Brech-Verhalten zu ersetzen. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien werden zusätzlich genutzt, um falsche Vorstellungen von Gewicht, Figur, Nahrungsmitteln und Essen zu berichtigen (Pudel et al., 2003, S. 245-246).

4.4 Kognitive Verhaltenstherapie anhand konkreter Beispiele

Für den folgenden Abschnitt wurde das Buch „Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa“ (Jacobi et al., 2000) als Grundlage herangezogen. Weitere Quellen werden entsprechend zitiert.

Durch die kognitive Verhaltenstherapie sollen das verzerre Gewichtsideal, das restriktive Essverhalten und die ungenügenden Konfliktbewältigungsstrategien durchbrochen werden, um neue adäquate Bewältigungsstrategien zu trainieren (Mauch, 2006, S. 122).

4.4.1 Informationsvermittlung

Um den Patienten wichtige Hintergrundfaktoren der Essstörung nahe zu bringen und dadurch die Motivation zu steigern, ist es sinnvoll, die Informationsvermittlung an den Anfang der Therapie zu legen. Das Verständnis der Essstörung soll erweitert werden, indem die Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung erkannt und im weiteren Verlauf abgebaut werden. Der Patient soll begreifen, dass sowohl der falsche Umgang mit Konfliktsituationen, als auch das gezügelte Essverhalten und das niedrige Gewicht, das meist unter dem individuellen Set-Point² liegt, verändert werden muss und dies Bestandteil der Therapie ist. Um den Zusammenhang zwischen Heißhungerattacken und langanhaltenden Diätversuchen zu verdeutlichen, kann die Minnesota-Studie von 1950 angeführt werden, in der normalgewichtige Männer ihr Gewicht durch verminderte

² Als Set-Point wird das bestimmte Körpergewicht eines Menschen bezeichnet, welches vom Stoffwechsel unter normalen Bedingungen erstaunlich konstant gehalten wird und dauerhaft nicht wesentlich verändert werden kann, ohne dass gesundheitliche Probleme auftreten. (Jacobi et al., 2000, S. 180)

Nahrungszufuhr experimentell reduzierten und Folgeerscheinungen wie Heißhungeranfälle, ständige Beschäftigung mit dem Essen und weitere für Anorexia und Bulimia nervosa typische Symptome aufwiesen. Durch diese Studie wird zusätzlich die Bedeutung des Set-Points demonstriert und dem Patienten kann somit die biologische Regulation des Körpergewichts und deren Folgen auf das Essverhalten erklärt werden. Es ist außerdem wichtig, den Betroffenen die Folgeschäden der Essstörung aufzuzeigen und ihnen damit sowohl die körperlichen auch als psychischen Beeinträchtigungen zu verdeutlichen (siehe dazu Kapitel 2.4 und 3.4).

Aus den oben genannten Zusammenhängen ergibt sich nun die Notwendigkeit einer Gewichtszunahme, die der Patient zulassen muss, wenn er deutliches Untergewicht hat oder das Gewicht unter dem individuellen Set-Point liegt. Die Symptome und Folgeerscheinungen der Essstörung können ohne das Festlegen eines bestimmten Mindestgewichts nicht verbessert werden, deshalb sollte möglichst ein Vertrag über die Gewichtszunahme von wöchentlich mindestens 500g abgeschlossen werden. Das Mindestgewicht ergibt sich entweder aus dem prämorbidem Gewicht, das der Patient nach Abschluss der Wachstumsperiode und vor der Essstörung über längere Zeit ohne Schwierigkeiten gehalten hat, oder über bestimmte BMI-Werte, die statistisch definiert wurden und sich bewährt haben (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Mindestgewicht bei Frauen und Männern (Jacobi et al., 2000, S. 61)

Mindestgewicht	Frauen	Männer
Ab 18 Jahre	BMI = 20	BMI = 21
17 bis 18 Jahre	BMI = 19	BMI = 20
15 bis 17 Jahre	BMI = 18	BMI = 19

Falls sich das Essverhalten der Patienten trotz Erreichen des Mindestgewichtes und weiterer therapeutischer Maßnahmen nicht normalisiert, ist es möglich, dass das festgesetzte Mindestgewicht noch zu niedrig ist. Es muss dann individuell verändert und angepasst werden.

Da zusätzlich das vorherrschende Schlankeitsideal einen Einfluss auf die Essstörung hat, muss je nach Notwendigkeit auch diese Thematik durch die

kritische Auseinandersetzung mit den Medien und bestimmten Vorurteilen bearbeitet und individuell korrigiert werden.

4.4.2 Veränderung von Essverhalten und Gewicht

Um auslösende und aufrechterhaltende Einflussfaktoren der Essstörung zu erkennen, ist es sinnvoll, zu Beginn der Therapie eine anamnetische³ Gewichtskurve zu rekonstruieren. Dabei soll der Patient vom Beginn der Essstörung bis zum aktuellen Zeitpunkt sein Gewicht und dessen Veränderungen graphisch darstellen und mit bestimmten sozialen oder emotionalen Ereignissen in Verbindung bringen. Befindet sich der Patient in einem kritischen Gewichtsbereich oder hat er das Mindestgewicht erst kurzzeitig erreicht, sollte auch eine akute Gewichtskurve geführt und regelmäßig besprochen werden.

Ein fester Bestandteil der Therapie sollte außerdem ein Selbstbeobachtungsprotokoll sein. Der Patient lernt das Beobachten des eigenen Essverhaltens durch das tägliche Aufschreiben von Zeitpunkt und Ort der Nahrungsaufnahme, Menge und Art der Lebensmittel, durch das Notieren von Heißhungeranfällen, Erbrechen (gegebenenfalls auch Laxantien- und Diuretikagebrauch) sowie Gedanken und Gefühlen. Ziel dabei ist es, die Auslöser und Konflikte für das problematische Essverhalten zu erkennen und dadurch ein Verständnis für die Funktionalität der Erkrankung zu entwickeln. Daraufhin können Alternativmöglichkeiten für kritische Situationen erarbeitet und die Veränderung der Symptomatik nachvollzogen werden.

Das krankhafte, meist gezügelte Essverhalten soll in die Richtung eines „normalen“ Essverhaltens verändert werden. Folgende Punkte sind erstrebenswert:

- ein ausgewogenes Verhältnis aus Kohlenhydraten, Fetten und Eiweißen in der Nahrung
- regelmäßige Nahrungsaufnahme (beispielsweise drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten täglich)

³ anamnetisch: die Vorgeschichte der Krankheit nach Angaben des Kranken betreffend

- das Einhalten geplanter Mahlzeiten, um Heißhunger und Essanfälle zu vermeiden
- Abbau der „Schwarzen Liste“, also das Einbeziehen gemiedener Lebensmittel in die Nahrungsauswahl
- Orientierung am Appetit erlernen, diätetische Gesichtspunkte bei der Nahrungsauswahl vermeiden
- das Weglassen von Kalorienzählen und detailliertem Abwägen der Lebensmittel, um Beschäftigung mit dem Essen zu reduzieren
- gemeinsames Zubereiten von warmen Mahlzeiten (mit ernährungswissenschaftlicher Fachkraft)
- das Erstellen von Ernährungsplänen (nur bei Bedarf)

Um Heißhungeranfälle, Erbrechen und den Gebrauch von Abführmitteln oder anderen Medikamenten zu reduzieren, können kurzfristig wirksame Strategien entwickelt werden. Diese ersetzen jedoch nicht das Bearbeiten der für die Essstörung zugrunde liegenden Konflikte und bieten nur eine vorübergehende Hilfe. Eine Möglichkeit dafür sind Stimuluskontrolltechniken, bei denen der Stimulus (Auslöser) für das Problemverhalten unter Kontrolle gebracht werden soll, indem dessen Bedingungen systematisch beseitigt oder eingegrenzt werden. Es ist sinnvoll, folgende Punkte umzusetzen, die durch die Analyse des eigenen Kontrollverhaltens ergänzt werden können:

- das Essen an einem festen Platz bzw. das Vermeiden von Essen im Stehen, vor dem Kühlschrank, im Gehen etc.
- das Vermeiden von Lebensmittelvorräten
- das Einplanen einer bestimmte Dauer für das Essen (kein Schlingen, kein extrem langsames Essen) sowie das Zurechtlegen einer bestimmten Menge
- das Vermeiden von Essanfällen an bestimmten Tageszeiten (zum Beispiel vormittags während der Schulzeit)
- das Vermeiden von Beschäftigungen während des Essens (Fernsehen, lesen etc.)
- das Einkaufen von Lebensmitteln nach einer vorgeschriebenen Liste

Weiterhin ist es notwendig, mit dem Patient zusammen individuelle Strategien zu entwickeln, die in kritischen Momenten angewendet werden können. So soll das Auftreten von Heißhungeranfällen und Erbrechen sowie das Auslassen von Mahlzeiten oder das Durchführen bestimmter Bewegungseinheiten verhindert werden. Ein Bad nehmen oder Freunde anrufen sind Beispiele hierfür. Gleichzeitig können vernachlässigte Hobbys oder andere positive Verstärker (personenspezifische Belohnungen) eingesetzt werden, um das problematische Essverhalten zu reduzieren.

4.4.3 Veränderung psychosozialer Konflikte

Auch wenn die Veränderung des Essverhaltens in dieser Arbeit das eigentliche Thema darstellt, muss ein weiterer Schwerpunkt der verhaltenstherapeutischen Behandlung, nämlich die Veränderung der psychosozialen Konflikte, erwähnt werden.

Die Bearbeitung der Problembereiche, die dem gestörten Essverhalten zugrunde liegen, ist mindestens genauso wichtig wie die bereits beschriebenen Therapieansätze. Es handelt sich hierbei allerdings um eine weniger konkrete Vorgehensweise, da die Bearbeitung der Konflikte nicht so spezifisch vorgenommen werden kann wie bei der kognitiven Verhaltenstherapie. Trotzdem gibt es bestimmte charakteristische Therapieprozessphasen, die nacheinander durchlaufen werden müssen:

1. Phase: Identifikation der Konflikte

Die der Essstörung zugrunde liegenden Konflikte oder Problembereiche sind individuell verschieden. Sie können anhand der Vorgeschichte der Patienten und der Aufzeichnung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des krankhaften Essverhaltens erkannt werden. Häufig werden die Konflikte auch erst deutlich, wenn die primäre Symptomatik der Essstörung reduziert wird und die Spannungen und Gefühlszustände spürbar werden.

2. Phase: Bearbeitung der Konflikte

Da die Konflikte sehr individuell sind, ist auch die Möglichkeit der Bearbeitung sehr verschieden. So kann beispielsweise die allgemeine Fähigkeit zur Problemlösung oder die soziale Kompetenz verbessert werden. Manchmal ist

auch der Einbezug von Familienangehörigen notwendig, um familiäre Konflikte zu beeinflussen.

3. Phase: Formulieren von Zielen

Nachdem die einzelnen Problembereiche beschrieben wurden, können nun kurzfristige und langfristige Ziele formuliert werden. Je nach Aktualität werden diese überdacht und verändert oder können durch neue Ziele ergänzt werden.

4. Phase: Verwirklichen von Zielen

In der Therapie werden die konkreten Schritte zur Umsetzung der Ziele geplant, beobachtet und bewertet. Der Patient muss Schwierigkeiten benennen können, um bei Bedarf seine Ziele umformulieren zu können (siehe Punkt 3).

4.4.4 Veränderung verzerrter Kognitionen und Veränderung der Körperschemastörung

Zu der Behandlung essgestörter Patienten zählt auch die Korrektur der verzerrten Einstellungen und Überzeugungen zum eigenen Gewicht und zur eigenen Figur. Das äußere Erscheinungsbild hat häufig eine große Bedeutung für die Bewertung der eigenen Person und oft werden diese verzerrten Ansichten auch in andere Lebensbereiche übertragen. Eine Studie am Universitätsklinikum Lübeck hat ergeben, dass „die Körperzufriedenheit bei Aufnahme in die Behandlung (...) den besten und einzigen statistisch signifikanten Prädiktor für die Gewichtszunahme bietet. Je stärker das Wunschbild in Richtung Gewichtszunahme geht, desto größer ist die tatsächliche Gewichtszunahme im Behandlungsverlauf.“ (Benninghoven et al., 2005, S. 93). Da die verzerrten Ansichten zur Aufrechterhaltung der Essstörung beitragen und die Rückfallgefahr vergrößern, ist eine Veränderung notwendig.

Die Wirksamkeit der direkten Behandlung der Körperschemastörung, bei der sich abgemagerte Personen noch als zu dick empfinden oder eine geringe Gewichtszunahme kaum auszuhalten ist, ist empirisch nicht bestätigt. Körperorientierte Verfahren wie psychomotorische Therapie, Verbesserung des Körperbildes durch Gruppenarbeit oder Sport können allerdings einen positiven Effekt auf die eigene Körperwahrnehmung haben und so zur Verbesserung des Krankheitsbildes beitragen.

Häufig wird auch Kunst- oder Tanztherapie eingesetzt, um die Körperwahrnehmung zu schulen und die Teilnehmer für ihre sinnlichen Wahrnehmungen zu sensibilisieren. In einigen Kliniken (zum Beispiel in der Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt) wird zusätzlich die Videokonfrontation genutzt, um die Körperschemastörung zu verbessern. Dabei wird der Patient zu Beginn seiner Therapie mit einer Videokamera aufgezeichnet, um die Bilder im Nachhinein gemeinsam zu beurteilen und nach fortgeschrittener Therapiedauer mit aktuellen Bildern vergleichen zu können.

5 Das betreute Wohnen

5.1 Einführung

Die Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörung vom Rauhen Haus in Hamburg stellt in dieser Arbeit den zu untersuchenden Einflussfaktor auf das Essverhalten der Bewohner dar. Im Folgenden werden deshalb die rechtlichen Grundlagen und das Konzept der Wohngruppe (WG) sowie Prozesse in der Gruppe genauer erläutert. Im Anschluss erfolgt ein Vergleich zwischen der Arbeit der Wohngruppe und den bereits beschriebenen Therapieansätzen.

Die WG befindet sich in der Klaus-Groth-Straße 7 und 9a, 20535 Hamburg, und besteht aus einer Stadtvilla und einem Gartenhaus. Es stehen insgesamt zehn Plätze für Mädchen und junge Frauen mit den Essstörungen Anorexie und Bulimie zur Verfügung.

Der Träger der Wohngruppe ist die Stiftung „Das Rauhe Haus“, eine diakonische Einrichtung in Hamburg, die 1833 von dem evangelischen Sozialreformer Johann Hinrich Wichern gegründet wurde. Er wollte damit die Kindern des Armenviertels St. Georg unterstützen und ihnen mit Unterkunft und Ausbildung eine bessere Zukunft ermöglichen. Während das Rauhe Haus damals von dem Senatsmitglied Karl Sieveking und der Kirche finanziert wurde, erhält die Stiftung heute ihre Einnahmen durch die Stiftungsmitglieder, Spenden und öffentliche Mittel.

Neben zwei Schulen und einer Hochschule ist die Stiftung durch insgesamt etwa 100 Einrichtungen und Wohngruppen im Bereich Kinder- und Jugendarbeit, Pflege alter Menschen, Betreuung geistig behinderter und psychisch kranker Menschen vertreten.

Die Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörung gehört zur Abteilung der Kinder- und Jugendhilfe des Rauhen Hauses. Insgesamt werden in dieser Abteilung über 100 Kinder und Jugendliche in Wohngruppen und Lebensgemeinschaften betreut, 150 erhalten eine ambulante Hilfe in ihren Familien bzw. im eigenen Wohnraum. Eine ambulante Betreuung ist nach dem Aufenthalt in der Wohngruppe vorgeschrieben.

5.2 Rechtliche Grundlagen

Die Rechtsgrundlagen für das betreute Wohnen bilden der § 34 in Verbindung mit §§ 35a, 41 KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz) und der § 39 BSHG (Bundessozialhilfegesetz).

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz ist Bestandteil des Sozialgesetzbuches (SGB) VIII und regelt sowohl die Arbeit der Jugendhilfe als auch die Rechte von Kindern und Jugendlichen. Der § 34 zur Heimerziehung und sonstigen betreuten Wohnform beschreibt die Arbeit des betreuten Wohnens, indem bestimmte Ziele vorgegeben werden. Demnach sollen Kinder und Jugendliche im betreuten Wohnen ihren Alltag mit pädagogischen und therapeutischen Angeboten verbinden und in Fragen der Ausbildung und allgemeinen Lebensführung unterstützt werden. In § 35a wird die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche geregelt. Das betreute Wohnen ist dabei Bestandteil der Eingliederungshilfe und kann als Maßnahme der Hilfe zur Erziehung gleichzeitig den in Abschnitt 3 erwähnten erzieherischen Bedarf decken. Die Hilfe für junge Volljährige und die ambulante Nachbetreuung wird in § 41 KJHG geregelt. Demnach haben junge Menschen (in der Regel bis zum 21. Lebensjahr) ein Recht auf Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung und sollen nach Beendigung der Hilfe im notwendigen Umfang unterstützt werden.

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) gibt Auskunft über die gesetzlich garantierten Hilfeleistungen im Regel- und Ausnahmefall, es bestimmt die Höhe der Lebensgrundlagen und des Lebensunterhaltes und bezieht außerdem die Unterstützung spezieller bedürftiger Gruppen mit ein, so auch die Gruppe der seelisch behinderten Menschen. Laut dem Sozialgesetzbuch (SGB) IX ist der Behinderungsbegriff in §2 Abschnitt 1 wie folgt definiert:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Die seelische Behinderung, also die psychischen Probleme als Ursache, ist demnach einer körperlichen Erkrankung gleichgesetzt. Für die Nutzer des

betreuten Wohnens ist also eine Diagnose nach ICD-10 (siehe Kapitel 2.2) notwendig (*Schlichte, 2006, S. 25*), die im Fall der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa gegeben ist.

Nach § 39 BSHG kann dieser Personengruppe die sogenannte Eingliederungshilfe gewährt werden. In § 39 Abschnitt 3 werden die Aufgaben der Eingliederungshilfe genauer definiert. Für die Wohngruppe des Rauhen Hauses lassen sich daraus folgende Aufgaben ableiten:

- die Beseitigung oder Milderung der Folgen der (seelischen) Behinderung
- die Eingliederung der behinderten Menschen in die Gesellschaft
- die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen oder erleichtern
- die Möglichkeit der Ausübung einer angemessenen Tätigkeit schaffen
- die Menschen unabhängig von der Pflege machen

Das genaue Leistungsangebot der Wohngruppe ergibt sich aus der schriftlichen Kooperationsvereinbarung zwischen der Kinder- und Jugendhilfeabteilung des Rauhen Hauses und der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinderkrankenhauses Wilhelmstift in Hamburg, da die Einrichtung auf deren Initiative hin entstanden ist. Das Konzept der WG wird im folgenden Kapitel beschrieben.

5.3 Das Konzept

Die Wohngruppe gehört zu der seltenen Form des intensiv betreuten Wohnens mit einer 24-stündigen Präsenz der Betreuer. Sie ist nicht als langfristige Begleitung der Bewohner gedacht, sondern soll „eine kurzfristige Bearbeitung einiger konkreter Schwierigkeiten auf dem Weg zur Selbstständigkeit beinhalten (...)“ (*Schlichte, 2006, S. 24*). Die Wohngruppe ist als poststationäre Betreuungsform vorgesehen, welche im Idealfall als direkter Anschluss an einen Klinikaufenthalt erfolgt. Die Wohndauer in der WG beträgt mindestens sechs Monate, in der Regel sollen zwölf Monate erreicht werden.

Die folgenden Ausführungen sind der „Kooperationsvereinbarung zwischen dem Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und der Kinder- und Jugendhilfeabteilung des Rauhen Hauses“ (siehe Anhang S. A3 ff.) bzw. der „Ergänzenden Leistungsbeschreibung der Region Hamm / Horn für Mädchen und junge Frauen mit gestörtem Essverhalten“ vom Rauhen Haus (siehe Anhang S. A6 ff.) entnommen.

5.3.1 Die Zielgruppe der Wohngemeinschaft

Das Angebot der Wohngemeinschaft richtet sich in der Regel an weibliche Jugendliche und junge Frauen im Alter von 12 bis 21 Jahren (siehe § 41 KJHG), in Ausnahmefällen kann die Altersgrenze auch über- oder unterschritten werden. Die Jugendlichen und Frauen leiden an den Essstörungen Anorexie oder Bulimie und haben im Regelfall einen stationären Klinikaufenthalt hinter sich. Eine weitere stationäre Hilfe muss von Jugendamt bewilligt worden sein und wird danach anteilig finanziert. Die Bewohner sollen ihr aktuelles Mindestgewicht (BMI = 19) erreicht haben und sind bereit, an einer externen Gruppen- und Einzeltherapie teilzunehmen.

Nach dem mehrmonatigen Klinikaufenthalt mit teilweise geschlossenen Strukturen und festen Abläufen und Vorgaben befinden sich die Betroffenen in einem labilen körperlichen und psychischen Zustand. Der Schulbesuch oder die Arbeit wurde unterbrochen und die sozialen Kontakte sind eingeschränkt. Durch die Psychotherapie haben sie sich bereits mit der Essstörung auseinandergesetzt und sowohl die Ursachen als auch die aufrechterhaltenden Bedingungen des gestörten Essverhaltens erkannt. Es wurde ihnen Wissen über die eigenen Handlungsmöglichkeiten und ein geregeltes Essverhalten vermittelt. Die Möglichkeit der selbstständigen, unkontrollierten Anwendung des wieder erlernten Essverhaltens bestand allerdings noch nicht.

Es handelt sich bei der Zielgruppe häufig um Personen mit selbstverletzendem Verhalten, einer latenten Suizidgefahr, Erfahrung im Missbrauch von Medikamenten und einem unberechenbaren individuellen Verhalten. Von Rückfällen im Krankheitsbild ist auszugehen. Wie bereits erwähnt, kann bei Essstörungen eine Komorbidität mit anderen psychischen Störungen bestehen. Die Betroffenen leiden mitunter an Depressionen, einer Borderline-Persönlichkeitstörung oder Zwangshandlungen. Oft ziehen sie sich dabei gesellschaftlich zurück. Da neben diesen psychischen Auswirkungen auch körperliche Symptome vorliegen, ist eine gleichzeitige medizinische Versorgung notwendig.

5.3.2 Die Ziele der Wohngemeinschaft

Ein Ziel der Wohngemeinschaft ist die zeitliche Minimierung der klinischen Unterbringung der Patienten mit einer Essstörung, „um regressiven Prozessen, der Gefahr der Stigmatisierung und einer Chronifizierung der Krankheit wirkungsvoll vorzubeugen“. Durch den poststationären Aufenthalt in der Wohngruppe soll die Rückkehr in das krankheitsfördernde, meist familiäre System vermieden werden. Auf diese Weise kann Rückfällen in der Essstörung und damit verbundenen Wiederaufnahmefällen in die Klinik vorgebeugt werden.

Durch gruppenpädagogische Arbeit, dem Training eines normalen Essverhaltens und der individuellen Beratung der Bewohner sollen folgende Fähigkeiten und Verhaltensweisen entwickelt und stabilisiert werden:

- ein eigenständiges und ausreichendes Essverhalten erlernen und beibehalten
- adäquate Problemlösungsstrategien im Hinblick auf den Umgang mit der Essstörung erarbeiten und umsetzen
- den Umgang mit der eigenen Essstörung sowie den Umgang mit der Essstörung der anderen Bewohner verbessern
- soziale Kontakte herstellen und halten
- Nähe- und Distanzbedürfnisse erkennen und durchsetzen
- die Fähigkeit zum selbstständigen und eigenverantwortlichen Handeln erlernen
- Perspektiven entwickeln (Schule, Ausbildung, Beruf)
- sich auf eine eigenständige Lebensführung vorbereiten

Die Überleitung in den eigenen Wohnraum oder eine andere angemessene Anschlussmaßnahme wird nach dem Aufenthalt in der Wohngruppe angestrebt. Eine individuelle Planung und Zielsetzung findet in den regelmäßigen Hilfe- bzw. Erziehungskonferenzen statt.

5.3.3 Die Maßnahmen im betreuten Wohnen

Mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Wohngruppe beginnt die Restrukturierung des öffentlichen und persönlichen Alltags. Die in der Klinik erlernten Fähigkeiten müssen nun angewendet werden, wobei die Betreuer unterstützend zur Verfügung stehen. Für die einzelnen Bewohner gibt es einen sogenannten Bezugsbetreuer, der speziell für diese Person zuständig ist, eine tragfähige Beziehung zu ihr

aufbaut und die formalen Angelegenheiten regelt. Neben der regelmäßigen Problemanalyse werden beispielsweise auch gemeinsame Hilfeplangespräche mit dem Amt, ASD (Allgemeiner sozialer Dienst) und den Eltern durchgeführt. Die anderen Betreuer stehen jedoch ebenfalls als Ansprechpartner bereit und ihre Hilfe kann zusätzlich in Anspruch genommen werden.

Die Bewohner gehen wieder zur Schule, zur Ausbildung oder Arbeit und stehen damit der normalen Alltagsbelastung gegenüber. Der Kontakt zu Familie und Freunden soll ausgebaut und neue Beziehungen innerhalb der Wohngruppe sollen geknüpft werden. Das Zusammenleben mit Gleichgesinnten und die Verbindung zu den Betreuern gewinnen einen zentralen Stellenwert.

Es gibt bestimmte Vorgaben, die eingehalten werden müssen:

- Die wöchentliche ambulante Psychotherapie, die außerhalb der Wohngruppe stattfindet.
- Die Einzelgespräche mit dem jeweiligen Bezugsbetreuer.
- Die Gruppensitzungen (abwechselnd im Krankenhaus Wilhelmstift und der Wohngruppe), bei der das unter ärztlicher Kontrolle gemessene Gewicht offengelegt werden muss, das Essverhalten und die Stimmung sowie mögliche Verbesserungsvorschläge besprochen werden, die Befindlichkeiten und aktuelle Probleme im Haus thematisiert und gemeinsame Planungen beschlossen werden.
- Der wöchentliche Putzdienst in einem der Gemeinschaftsräume.
- Das wöchentliche Kochen (und Einkaufen) mit der Ökotrophologin. Diese Möglichkeit wird gleichzeitig für das Erkennen des aktuellen Essverhaltens und für eine ernährungswissenschaftliche Beratung genutzt.
- Das gemeinsame Erstellen eines Ernährungsplanes mit der Ökotrophologin.
- Das tägliche Führen von Essensprotokollen, die von den Betreuern/der Ökotrophologin bewertet werden.
- Das Halten bzw. Überschreiten des Mindestgewichts (bei unter 18 jährigen muss der BMI $\geq 18,5 \text{ kg/m}^2$ und bei über 18 jährigen $\geq 19 \text{ kg/m}^2$ sein).
- Die wöchentliche Gewichtsvisite (abwechselnd im Wilhelmstift und beim Hausarzt mit gleichzeitiger Gesundheitskontrolle).

- Das Einnehmen von täglich insgesamt sechs Mahlzeiten, davon eine warme Abendmahlzeit mit Nachtsch in der Gruppe.
- Die Teilnahme an der monatlichen Ernährungsgruppe (Informationsveranstaltung zu ernährungsbezogenen Themen).
- Der monatlicher Termin mit der Ökotrophologin (Zwischenanamnese)
- Das Verbot von Lightprodukten (fettreduzierte und/oder mit Süßungsmitteln versehene Lebensmittel).

Je nach pädagogischem und persönlichem Bedarf können weitere Maßnahmen ergriffen werden, um spezielle Verhaltensmuster zu kontrollieren und andere zu unterstützen. Beispiele dafür sind:

- Bestimmte Mahlzeiten zusätzlich begleiten, um die Einhaltung des Ernährungsplanes zu kontrollieren und eventuelle Fehler zu beheben.
- Medikamente, Rasierklingen, Scheren etc. verwahren, damit Risiken vermindert werden.
- Die körperliche Aktivität durch Verbot von Schulsport, Freizeitsport und Ausgang einschränken, gegebenenfalls Ausgang nur in Begleitung zulassen.
- Gemeinsame Gruppenaktivitäten bzw. freizeitpädagogischer Maßnahmen vorschlagen und durchführen.
- Die Essprotokolle auf sogenannte Stimmungsprotokollen erweitern. Dabei müssen zusätzlich die Gedanken und Gefühle vor und nach dem Essen sowie das Auftreten oder das Bedürfnis nach einem Essanfall oder Erbrechen notiert werden. Eine Vorlage für das normal und das erweiterte Essprotokoll befindet sich im Anhang (S. A29 und A30).

Um die Bewohner wieder vollständig in den Alltag zu integrieren und diesen für sie lebenswert zu machen, wird zum einen auf aktuelle Konflikte wie Freizeitplanung, medizinisch / gesundheitliche Fragen oder schulische Probleme eingegangen und das Erlernen von alltagspraktischen Fähigkeiten gefördert. Zum anderen wird regelmäßige Eltern- und Familienarbeit betrieben und langfristig eine Zukunftsperspektive mit möglichen Zielvorstellungen für die Jugendlichen entwickelt. Durch die hohen Anforderungen des Klientels werden die Standards des Jugendhilfeangebotes oft überschritten. Eine individuelle Vorgehensweise ist

dabei unerlässlich, deren ausführliche Darstellung ist für diesen Rahmen jedoch zu umfangreich.

Dem Ziel des betreuten Wohnens, die Selbstständigkeit der Bewohner zu fördern, das Essverhalten zu normalisieren und die jungen Frauen auf den eigenen Wohnraum vorzubereiten, wird durch die Aufteilung der Wohngruppe in zwei Häuser zusätzlich entsprochen. Grundsätzlich gelten in beiden Häusern die gleichen Regeln, im Gartenhaus müssen die Bewohner allerdings selbstständig einkaufen gehen, eine eigene Kasse führen und können bis auf das warme Abendessen alle Mahlzeiten eigenständig einnehmen. Ein Einzug in das Hinterhaus ist aufgrund der höheren Selbstverantwortung erst ab 16 Jahren möglich. Das Büro der Betreuer befindet sich im Vorderhaus, wodurch der zufällige Kontakt zwischen Betreuern und Bewohnern im Gartenhaus nicht gegeben ist. Bei Gesprächsbedarf, Konflikten und Fragen zu ernährungswissenschaftlichen Themen steht das Personal aber auch hier zur Verfügung. Die Fähigkeit, Probleme selbst zu erkennen und mitzuteilen, wird dadurch erprobt.

5.3.4 Das Personal in der Wohngemeinschaft

Das Team der Betreuer besteht aus fünf Sozialpädagogen oder Mitarbeitern mit einer vergleichbaren Qualifikation und einer Ökotrophologin bzw. Diätassistentin. Im täglichen Doppeldienst werden die beiden Häuser intensiv betreut, der Stellenschlüssel beträgt

1: 1,77 (Pädagogisches Personal : Plätze).

Die Mitarbeiter haben verschiedene Zusatzausbildungen und verfügen dadurch über spezielle Kenntnisse in der Gesprächsführung, Beratungstätigkeit oder Körperarbeit.

Sie werden in ihrer Wahrnehmungs-, Vermittlungs- und Kontaktfähigkeit stark gefordert. Sie müssen Krankheitsrückschritte sofort bemerken und deshalb das Essverhalten, das Auftreten der Bewohner und die Bereitschaft der persönlichen Auseinandersetzung genau beobachten.

Ihre Aufgabe in der Gruppe ist es, die Selbstverantwortung und Selbstkontrolle der Bewohner zu entwickeln und zu unterstützen und zusätzlich die Kommunikation untereinander zu regulieren.

Um den Anforderungen in der Wohngruppe gerecht zu werden und die fachliche Qualifikation auf einem aktuellen Stand zu halten, sind regelmäßige Fortbildungen und Supervisionstermine notwendig. Bei einer Supervision trifft sich das Team mit einem erfahrenen Moderator, um durch gezielte Konfliktlösungen die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhöhen. In der wöchentlichen Dienstbesprechung wird der Austausch im Kollegium ebenfalls gewährleistet und eine ständige Kommunikation mit dem Kooperationspartner Wilhelmstift und anderen hilfeleistenden Stellen (z.B. Waage e.V., Hamburger Zentrum für Essstörungen) ist vorhanden.

Für die Reinigung ist hauswirtschaftliches Personal mit $\frac{1}{4}$ Stelle eingeplant.

5.4 Gruppendynamische Prozesse

Die gruppendynamischen Prozesse innerhalb des betreuten Wohnens haben neben den bereits beschriebenen Konzeptpunkten der WG einen weiteren Einfluss auf das Essverhalten der Bewohner. In diesem Abschnitt werden die Mitglieder des betreuten Wohnens als eine Gruppe definiert und die Prozesse in der Gruppe durch verschiedene Modelle erklärt. Die Aussagen über die Gruppenprozesse werden anhand von Beobachtungen getroffen, die in einem Zeitraum von elf Monaten in der Einrichtung gemacht wurden. Eine wissenschaftliche Analyse der Prozesse ist im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht möglich.

Die Nutzer des betreuten Wohnens bilden eine Gruppe, da auf sie gemeinsame Merkmale zutreffen und zwischen ihnen mindestens eine Interaktionsrelation⁴ existiert (*Lechner, 2001, S. 27*).

Gemeinsame Beziehungen bestehen im Fall der Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörungen zum einen in der ähnlichen Krankheitsgeschichte (meist verbunden mit dem Aufenthalt im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift) und dem gemeinsamen Wunsch, die Essstörung überwinden zu wollen. Zum anderen besitzen sie die gleiche Alterstruktur, das gleiche Geschlecht, einen ähnlichen Tagesablauf (der bis auf wenige Ausnahmen den Schulbesuch beinhaltet) und die Gemeinsamkeit, in der gleichen Einrichtung zu wohnen. Daraus ergeben sich

⁴ Interaktionsrelation: aufeinander bezogenes Handeln bzw. Wechselbeziehungen untereinander.

auch gemeinsame Regeln, die die Gruppenmitglieder befolgen müssen (siehe Abschnitt 5.3) und ein häufiger Kontakt untereinander.

Die Gruppengröße variiert je nach Anzahl der Bewohner in der WG. Da die Mitglieder regelmäßig wechseln, aber ein Maximum von zehn Personen nicht überschritten wird, kann die Gruppe als offene Kleingruppe bezeichnet werden (Lechner, 2001, S. 28-30).

Es gibt verschiedene Modelle für die Erklärung von Gruppenprozessen.

Das älteste Modell ist das **Phasenmodell**, in dem man davon ausgeht, dass das Gruppengeschehen in definierbaren Phasen abläuft. Die von Bales (1953) beschriebenen drei Stadien der Gruppenentwicklung (orientation stage, evaluation stage und emerging solutions stage) wurden von verschiedenen Wissenschaftlern überarbeitet und das erweiterte Tuckman-Modell von 1977 gilt heute als das Akzeptierteste (Lechner, 2001, S. 70). Die darin beschriebenen fünf Phasen heißen:

- *Forming* (Orientierungsphase),
- *Storming* (Rollen suchen und Grenzen erkennen),
- *Norming* (Übereinstimmung der Gruppe in bestimmten Einstellungen, Arbeitgrundlage ist geschaffen),
- *Performing* (produktive Periode) und
- *Adjourning* (Auflösung der Gruppe).

In der Wohngruppe werden diese Phasen als wiederkehrendes Geschehen durchlaufen, da durch den regelmäßigen Wechsel der Mitglieder die Rollenverteilung und die Arbeitsziele variieren. Es ist zu beobachten, dass die Orientierungsphase und die Phase der Rollenfindung stark ausgeprägt sind. Die Bewohner wollen nach anfänglicher Eingewöhnungszeit ihren Platz in der Gruppe festlegen, wodurch die Beziehungen untereinander und zu den Betreuern definiert werden. Erst dann beginnt die produktive Periode, in der die Arbeit an der eigenen Essstörung als ein Ziel im Vordergrund steht. Die einzelnen Phasen können nicht exakt gegeneinander abgegrenzt werden, eine generelle Gültigkeit des Modells wird sogar von Tuckman selbst abgelehnt (Lechner, 2001, S. 71).

Ein weiteres Modell für die Erklärung von Gruppendynamischen Prozessen ist das **kybernetische Modell**, bei dem die sogenannte Rückkopplung im Zentrum der Betrachtung steht. Die Gruppenprozesse werden dabei durch das Offenlegen des Regelsystems der Gruppe organisiert, wodurch dieses verändert werden kann. Wichtig für das Interaktionssystem der Gruppe ist hier das so genannte Feedback-System, das Fatzer 1980 als ein Agieren und Reagieren auf das spezifisch wahrgenommene Verhalten anderer Gruppenmitglieder beschreibt. Die Rückkopplung erfolgt entweder verbal in gruppendynamischen Sitzungen oder nonverbal durch die Wirkung des individuellen Verhaltens auf andere Gruppenmitglieder.

In der WG wird die verbale Form der Rückkopplung durch die wöchentlichen Gruppensitzungen im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und in der Einrichtung direkt ermöglicht. Bestimmte persönliche oder zwischenmenschliche Probleme können auf diese Weise gelöst und die Gruppe dadurch beeinflusst werden. Es findet ebenfalls eine nonverbale Rückkopplung statt, da durch häufiges Zusammenreffen der Bewohner bestimmte Verhaltensweisen genutzt werden können, um anderen Gruppenmitgliedern eine Botschaft zu vermitteln. Beispiele hierfür sind:

- extrem langsames Essen, um die Schwere der eigenen Essstörung zu verdeutlichen
- die Körperhaltung ändern, wenn bestimmte Personen den Raum betreten, um Sympathie / Antipathie auszudrücken
- die Zimmertür schließen bzw. offen lassen
- verschiedene Lebensmittel mit Namen versehen, um Besitzverhältnisse deutlich zu machen.

Es ist anzumerken, dass die Möglichkeit der nonverbalen Rückkopplung in der Wohngruppe häufiger genutzt wird als das mündliche Feedback. Zur verbalen Form der Rückkopplung müssen die meisten Bewohner erst animiert werden.

Verschiedene Gruppenprozesse können auch durch **komplexe Ansätze** erklärt werden, da meist viele Faktoren für die Entstehung bestimmter Ereignisse verantwortlich sind. Neben den gängigen Theorien kann es also immer weitere Erklärungen geben, die einen ursächlichen Einfluss auf das Zustandekommen des Ergebnisses, also auf die Dynamik in der Gruppe haben. Die Ausprägung der Komplexität ist abhängig von der Anzahl der Elemente bzw. Personen, von der

Menge und Verschiedenartigkeit der Beziehungen und von den zeitlichen Veränderungen im System bzw. in der Gruppe.

Die Wohngruppe besitzt eine hohe Komplexität, da die Menge und Verschiedenartigkeit der Beziehungen innerhalb der Gruppe und zu außenstehenden Personen sehr hoch ist und durch die zeitliche Veränderung sowohl der Krankheitsverlauf der Gruppenmitglieder als auch die Zusammensetzung der Gruppe beeinflusst werden. Die Gesamtheit aller möglichen Ereignisse ist also nicht erfassbar und Prognosen, die die Gruppendynamik betreffen, sind demnach schwer zu festzulegen (*Lechner, 2001, S. 75-78*).

Laut der Kooperationsvereinbarung zwischen dem Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und dem Rauhen Haus wird das selbstständige Essen am besten in einer Gruppe von Mitbetroffenen trainiert, da diese die Mahlzeiten kritisch und konstruktiv begleiten. Man hofft auf einen Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung untereinander. Diese Annahme kann nur teilweise belegt werden, denn es gibt auch gruppendynamische Prozesse in der Wohngruppe, die das Erlernen eines normalen Essverhaltens erschweren:

- Erfahrene Bewohner fühlen sich durch neue Mitbewohner überfordert und ziehen sich zurück.
- Bestimmte Aspekte eines gestörten Essverhaltens werden von anderen Bewohnern übernommen.
- Die Angst vor weniger Aufmerksamkeit bzw. Zuwendung bei einem gesunden Essverhalten und Gewicht führt zu Rückschritten im Krankheitsverlauf.

Diese Verhaltensweisen müssen von den Betreuern sofort erkannt und beeinflusst werden. Die gruppendynamischen Prozesse innerhalb der Wohngruppe unterliegen also einer ständigen Kontrolle von außen.

5.5 Vergleich der gängigen Therapieansätze bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa mit den Maßnahmen in der Wohngruppe

Die in Kapitel 4 beschriebenen Therapieansätze bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa werden in diesem Abschnitt erneut aufgefasst und mit den Maßnahmen in der Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörungen verglichen. Das Konzept des Betreuten Wohnens soll damit genauer beurteilt werden, um die Ergebnisse der

empirischen Studie im praktischen Teil der Diplomarbeit besser einordnen zu können.

Da die Maßnahme des betreuten Wohnens poststationär verläuft, haben die Bewohner während ihres vorangegangenen Klinikaufenthaltes bereits ihr Mindestgewicht erreicht und alle biologisch-physiologischen Regulationsmechanismen wieder hergestellt sowie eine therapeutische Behandlung hinter sich. Die psychosozialen Faktoren der Krankheit sind größtenteils ausgeschaltet und bei Bulimikern wurde durch die stationäre Behandlung der Teufelskreis der Essstörung unterbrochen. Nur im Ausnahmefall werden Patientinnen aufgenommen, die sich nur in ambulanter psycho-therapeutischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden. Sie müssen eine für die Wohngruppe notwendige psychische und körperliche Stabilität besitzen. Durch ein persönliches Vorstellungsgespräch, den Entlassungsbericht aus der Klinik und Berichte vom ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst) bzw. vom Jugendamt kann sich das Team der Betreuer ein erstes Bild von der neuen Bewohnerin machen. In einem Erstanamnesebogen (siehe Anhang S. A23 ff.) werden zusätzlich sowohl Informationen zur Krankheitsgeschichte, zum aktuellen Essverhalten, zur Einstellung zu Körper und Gewicht als auch zum Gesundheitszustand und zu biometrischen Daten erfragt.

Wie bereits erwähnt, wird bei der Therapie einer Essstörung zwischen Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und Psychotherapie unterschieden. Die Wohngruppe kann diesen Anforderungen jedoch nicht in allen Bereichen gerecht werden, da sie weder über ausreichend qualifiziertes Personal noch über die dafür notwendigen räumlichen und zeitlichen Kapazitäten verfügt.

Die der Essstörung zugrunde liegenden seelischen Konflikte werden deshalb hauptsächlich in einer externen Psychotherapie bearbeitet. Die Mitbewohner der Wohngruppe verpflichten sich, die ambulante Therapie bei einem Psychologen oder einem Psychotherapeuten ein Mal wöchentlich zu besuchen und gefährden bei Nichteinhaltung dieser Abmachung ihren Platz in der Wohngruppe. Durch diese Vorgehensweise wird garantiert, dass die psychosozialen Konflikte von fachlich kompetenter Seite regelmäßig bearbeitet und dadurch die Ursachen für das gestörte Essverhalten erkannt und verändert werden. Da zwischen den

Bewohnern und den Betreuern zusätzlich intensive Gespräche stattfinden, besteht zum Teil auch dort die Möglichkeit, sich mit den seelischen Konflikten auseinander zu setzen und Lösungsansätze zu erarbeiten.

Die Pharmakotherapie verläuft weitestgehend unabhängig vom Betreuten Wohnen. Die Bewohner bekommen je nach Notwendigkeit und Bedarf bestimmte Psychopharmaka von ihrem behandelnden Arzt oder Psychologen und müssen diese selbstständig einnehmen. Die Betreuer sind über die Art und die Dosis des Medikamentes allerdings zu informieren, um auf bestimmte Nebenwirkungen eingehen zu können. Gibt es Probleme bei der regelmäßigen Einnahme der Medikamente oder besteht das Risiko einer absichtlichen Überdosierung, so können die Präparate auch weggeschlossen und nur in vorgeschriebener Menge ausgeteilt werden.

Die kognitive Verhaltenstherapie findet in der Wohngruppe viele Anwendungsmöglichkeiten:

Der Informationsvermittlung dienen einerseits die wöchentlichen Gespräche mit den Bezugsbetreuern, andererseits klärt die monatliche Ernährungsgruppe über abwechselnde ernährungsbezogene Themen auf. Auf spezielle Fragen kann in den Einzelgesprächen mit der Ökotrophologin und praxisbezogen beim gemeinsamen Kochen eingegangen werden.

Da die Aufnahme in die Wohngruppe erst mit dem Mindestgewicht erfolgt und vertraglich festgelegt ist, dürfte die Notwendigkeit einer Gewichtszunahme eigentlich nicht gegeben sein. Trotzdem gibt es immer wieder Fälle, bei denen das Gewicht zu niedrig ist oder bei denen es nach dem Einzug in die WG absinkt. Die Risiken dieses Zustands werden dann von den Betreuern verdeutlicht und eine Gewichtszunahme von 500g pro Woche wird vereinbart.

Durch die wöchentliche Gewichtsvisite im Wilhelmstift oder beim Hausarzt kann eine aktuelle Gewichtskurve geführt werden, die einerseits zur Beobachtung des Gewichtsverlaufes und andererseits zum Erkennen bestimmter Auslöser für eine Gewichtsveränderung gedacht ist. Bei Bedarf kann diese Kurve zusammen mit dem Bewohner besprochen werden. Gleichzeitig können Auslöser und Konflikte für das gestörte Essverhalten anhand der täglichen Essprotokolle erkannt werden. Die Ökotrophologin und die Betreuer bewerten die Protokolle regelmäßig.

In der Wohngruppe gibt es bestimmte Regeln, die das Essverhalten der Bewohner normalisieren sollen. Die unter 4.4.2 beschriebenen Punkte werden realisiert. So müssen beispielsweise sechs Mahlzeiten (drei Hauptmahlzeiten, zwei Zwischenmahlzeiten und eine Spätmahlzeit) eingenommen werden, die sich nach einem von der Ökotrophologin individuell erstellten Essplan (Vorlage im Anhang S. A28) richten. Dabei wird auf ein ausgewogenes Verhältnis der Nährstoffe geachtet, diätetische Lebensmittel werden reduziert oder ganz verboten und die Schwarze Liste wird sukzessiv abgebaut. Das gemeinsame Kochen mit der Ökotrophologin soll zusätzlich den ungezwungenen Umgang mit Lebensmitteln und der Nahrungszubereitung fördern und ein Gefühl für bestimmte Mengenangaben und normale Portionsgrößen geben.

Die Regeln in der WG beinhalten gleichzeitig einige Stimuluskontrolltechniken, die die Auslöser für das problematische Essverhalten einschränken sollen. Es können zwar nicht alle Mahlzeiten der Bewohner kontrolliert werden, bei den gemeinsamen Mahlzeiten gibt es allerdings eine bestimmte Zeitvorgabe (eine Hauptmahlzeit muss innerhalb von 30 Minuten eingenommen werden), einen vorgeschriebenen Ort (der Gemeinschaftsraum neben der Küche) und das Verbot von Beschäftigungen während des Essens (kein Telefonieren, kein Fernsehen, kein Zeitungslesen). Die Außenreize für das bulimische Essverhalten werden durch gemeinsames Einkaufen nach einer Einkaufsliste und der eingeschränkten Vorratshaltung mittels eines abschließbaren Lagerschanks für Lebensmittel zusätzlich reduziert.

In den Einzelgesprächen zwischen den Betreuern und Bewohnern werden gleichzeitig Strategien entwickelt, die die Betroffenen in kritischen Situationen anwenden können. Je nach Hobby, Interesse und äußeren Rahmenbedingungen (Finanzen, Zeit etc.) werden gemeinsam verschiedene Vorschläge erarbeitet und Hilfe zur Umsetzung gegeben.

Die verhaltenstherapeutisch sinnvollen operanten Prinzipien werden durch individuelle Verstärker und Sanktionen umgesetzt. Sanktionen wie Bewegungseinschränkung, zusätzliche Mahlzeiten oder das Rechtfertigen der Gewichtsabnahme vor dem gesamten Team stehen positiven Verstärkern wie eine außergewöhnliche Unternehmung, Bewegungsfreiheit oder einem Geschenk gegenüber. Das sind allerdings nur Beispiele, die je nach Bedarf eingesetzt werden, da sie nicht bei allen Betroffenen die gleiche Wirkung zeigen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörungen nahezu alle gängigen Therapieansätze bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa in den Alltag der Bewohner integriert. Die kognitive Verhaltenstherapie hat dabei einen zentralen Stellenwert und wird so praxisbezogen wie möglich eingesetzt.

Durch die regelmäßigen Teamsitzungen, Supervisionstermine und Fortbildungen wird der Wissensstand der Betreuer und die gemeinsame Arbeit auf einem fachlich aktuellen Stand gehalten. Dadurch kann die Essstörung optimal behandelt werden und die Bewohner erhalten einen geeigneten Rahmen für den Umgang mit ihrer Krankheit.

- Empirischer Teil -

6 Die empirische Studie

6.1 Einführung

In dem folgenden Teil der Arbeit wird die Untersuchungsmethode der Diplomarbeit, in diesem Fall eine schriftliche Befragung, detailliert dargestellt. Es wird dabei auf die zu untersuchende Stichprobe sowie die Durchführung der Befragung eingegangen. Die Zusammensetzung des Fragebogens und die zugrunde liegenden Hypothesen werden genauer beschrieben. Im Anschluss werden die Untersuchungsergebnisse ausgewertet und diskutiert.

6.2 Fragestellung

Der Verlauf einer Essstörung wie Anorexie oder Bulimie ist in einem hohen Maße chronisch (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 17*). Diese Entwicklung soll durch das betreute Wohnen verhindert werden, um die Rückfallhäufigkeit zu senken und eine Wiederaufnahme in eine Klinik zu vermeiden. Die Bewohner der Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörungen vom Rauhen Haus sollen deshalb neben sozialen Kompetenzen und alltagstauglichen Fähigkeiten vor allem ein normales Essverhalten erlernen.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel dieser Studie, die Auswirkungen des betreuten Wohnens auf das Essverhalten von jungen Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa zu ermitteln und damit die Vorteile dieser Maßnahme im Anschluss an einen stationären Aufenthalt nachzuweisen.

Das Essverhalten von Patienten mit einer Essstörung wird anhand des revidierten Fragebogens zum Essverhalten (FEV-R) von Westenhöfer (1992) erfasst und in vier Dimensionen (Kognitive Kontrolle, nochmals unterteilt in rigide und flexible Kontrolle, und Störbarkeit des Essverhaltens) ausgewertet.

Die Lebensmittelauswahl und –häufigkeit wird durch eine Food Frequency List (FFL) ermittelt, mit der im Nachhinein Aussagen über die

Ernährungsgewohnheiten der Befragten getroffen werden können. Zusätzlich gibt es Fragen zu vorangegangenen Klinikaufenthalten, zum betreuten Wohnen, zu Bewegungsgewohnheiten und Mahlzeitenhäufigkeiten.

Mit der vorliegenden Befragung soll analysiert werden, ob durch den Aufenthalt im betreuten Wohnen im Gegensatz zur Vergleichsgruppe

- die Anzahl der Wiederaufnahmen in die Klinik reduziert wurden,
- das Essverhalten,
- das Ernährungsverhalten und
- das Bewegungsverhalten verbessert wurden.

Außerdem wird ausgewertet, welche der Konzeptpunkte des betreuten Wohnens von den Bewohnern als hilfreich empfunden wurden und wie die Befragten ihr Essverhalten selbst einschätzen, um damit eine Aussage über die Krankheitseinsicht treffen zu können.

Ein weiterer Gegenstand der Auswertung besteht darin, die Zusammenhänge zwischen dem betreuten Wohnen und der Gewichtsentwicklung der Bewohner deutlich zu machen, die hauptsächlich durch das Essverhalten beeinflusst wird. Erwartungen sind:

- das Mindestgewicht wird während des Aufenthaltes in der WG erreicht, gehalten oder überschritten
- das Mindestgewicht wird nach dem Auszug aus der WG gehalten oder überschritten.

6.3 Angaben zur Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus Mädchen und jungen Frauen mit der Essstörung Anorexie oder Bulimie. Da durch die Umfrage die Auswirkungen des betreuten Wohnens auf das Essverhalten von jungen Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa untersucht werden, sind die Teilnehmer der Studie in zwei vergleichbare Gruppen aufgeteilt, die vor allem der Aufenthalt im betreuten Wohnen voneinander unterscheidet.

Die erste Gruppe der Befragten besteht aus ehemaligen Bewohnern der Wohngruppe, die zwischen 2001 und 2006 mehr als sechs Monate in der WG gelebt haben. Vor dem Aufenthalt in der Wohngruppe haben die Teilnehmerinnen

mindestens einen Klinikaufenthalt hinter sich. Dieser Teil der Stichprobe umfasst elf Teilnehmer (n = 11).

Die Vergleichsgruppe besteht aus Patienten, die mindestens einen Klinikaufenthalt erlebt haben, danach jedoch nicht in das betreute Wohnen gezogen sind, sondern im eigenen Wohnraum oder bei ihren Eltern gelebt haben. Dieser Teil der Stichprobe umfasst ebenfalls elf Teilnehmer (n = 11).

6.4 Der Fragebogen

Die Methode der schriftlichen Befragung wird aus zwei Gründen angewandt, die eine persönliche Befragung (Interview) bzw. eine Gruppenbefragung und bestimmte Messungen oder ärztliche Untersuchungen erschweren:

- Räumliche Differenzen, da die Wohnorte der ehemaligen Bewohner der Wohngruppe des Rauhen Hauses und die der Mitglieder der Vergleichsgruppe teilweise stark variieren und ein gemeinsamer Treffpunkt (wie beispielsweise bei Kursen o.ä.) nicht gegeben ist.
- Zeitliche Differenzen (zu hoher Zeitaufwand, Terminschwierigkeiten) die die Teilnehmerzahl der Studie gegebenenfalls eingeschränkt hätten.

Der für diese Studie genutzte Fragebogen befindet sich im Anhang (siehe S. A11 ff.).

Der Fragebogen setzt sich aus selbst entworfenen Fragen, aus einer sogenannten Food Frequency List (FFL)⁵, dem revidierten Fragebogen zum Essverhalten von Westenhöfer (1992) und einigen demographischen Erhebungen zusammen. Durch die Auswahl der Fragestellungen soll belegt werden, dass das betreute Wohnen einen positiven Effekt auf das Essverhalten von essgestörten jungen Frauen hat.

Folgende **Hypothesen** liegen den Fragen zugrunde:

Die Patienten, die im betreuten Wohnen gelebt haben, nehmen nach ihrem Aufenthalt in der WG keinen essstörungsbedingten Klinikaufenthalt in Anspruch.

Das betreute Wohnen soll durch ein Aufhalten der Chronifizierung der Essstörung die Rückfallhäufigkeit und die Wiederaufnahmen in eine Klinik vermindern. Durch

⁵ FFL = eine Lebensmittelliste, auf der der Klient ankreuzt, wie häufig er verschiedene Lebensmittel verzehrt.

Frage 3 wird tabellarisch die Anzahl der Klinikaufenthalte, der Name der Klinik, der Aufenthaltszeitpunkt und die Aufenthaltsdauer sowie die jeweilige Gewichtsveränderung ermittelt. Damit kann neben einer genauen Erhebung der Klinikaufenthalte auch eine Aussage über die Rückfallhäufigkeit nach dem Aufenthalt in der Wohngruppe getroffen werden.

Die Patienten, die im betreuten Wohnen gelebt haben, weisen eine bessere Versorgung in Hinblick auf die einzelnen Lebensmittelgruppen und einen höheren Anteil an nicht-diätetischen Lebensmitteln bei ihrer Nahrungsauswahl auf als die Vergleichsgruppe.

Beispiele für nicht-diätetische Lebensmittel sind: Brot und Brötchen aus Weiß- bzw. Mischmehl, Pommes frites und Bratkartoffeln, vollfette Milchprodukte, Butter, Margarine und Öl, Limonadengetränke, Chips und Schokolade. Es wird erwartet, dass die Verzehrshäufigkeit in diesen Fällen höher ist als bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe.

Die Verzehrsgewohnheiten werden anhand der **Food Frequency List (FFL)** erfasst. Diese retrospektive Ernährungserhebungsmethode (hier rückblickend auf die letzten drei Monate) ermöglicht durch die Vorgabe verschiedener Lebensmittel aus acht Gruppen einen qualitativen Überblick über die Verzehrsmuster der Befragten (*Westenhöfer et al., 2003, S. 261*). Ein Vergleich zwischen den beiden Gruppen kann somit vollzogen werden. Die verwendete FFL orientiert sich an gängigen Listen, die häufig in der Praxis eingesetzt werden (z.B. von der Zentrale für Ernährungsberatung). Bestimmte Lebensmittelvorgaben wurden in Hinblick auf die oben genannte Hypothese ergänzt.

Die Lebensmittelgruppen der verwendeten FFL mit den einzelnen Lebensmitteln sind in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Lebensmittelgruppen mit den dazugehörigen Lebensmitteln aus der FFL

Lebensmittelgruppe	Lebensmittel
Getreide, Getreideerzeugnisse, Kartoffeln	Vollkornbrot, Vollkornbrötchen - Mischbrot, Weißbrot, Brötchen - Müsli, Getreideflocken, Frühstücksflocken - Reis, hell oder Nudeln, hell - Vollkornreis, Vollkornnudeln – Kartoffeln - Pommes frites, Bratkartoffeln
Gemüse, Salat	Gemüse, frisch oder tiefgekühlt - Gemüse, aus dem Glas oder aus der Dose - Grüne Salate, Rohkostsalate - Salate mit Mayonnaise oder

Lebensmittelgruppe	Lebensmittel
	Sahnesauce - Hülsenfrüchte (getrocknete Bohnen, Erbsen, Linsen)
Obst	Obst, frisch - Obstkonserven
Milch, Milchprodukte	Milch, Kakao – Käse - Joghurt (vollfett), Sahnequark - Buttermilch, fettarmer Joghurt und Quark - Sahne, Creme fraiche – Frischkäse, Quark
Fleisch, Wurst, Fisch, Ei	Fleisch (Rind, Schwein, ...) – Geflügelfleisch - Wurst, Schinken - Putenaufschnitt, Hähnchenbrust - Fisch, frisch oder tiefgekühlt – Fischkonserven - Eier (auch in Speisen enthalten)
Fette, Öle	Butter – Margarine - Öl
Getränke	Mineralwasser, Früchte-, Kräutertee, Wasser - Kaffee, schwarzer Tee (mit Süßstoff)- Cola, Limonadengenetränke – Fruchtsaft - Wein, Sekt – Bier - Spirituosen
Süßigkeiten, Snacks, Knabberartikel	Chips, salzige Nüsse, Knabbergebäck - Schokolade, Süßigkeiten - Gummitiere, Weingummi - Eis, Pudding, Sahnecremes - Marmelade, Honig - Nusscremes

Die Antwortalternativen reichen von „selten oder nie“ bis „mehr als ein Mal pro Tag“.

Die Auswertung des Ernährungsverhaltens erfolgt über die Zusammenfassung der Mengenangaben der verschiedenen Lebensmittelgruppen pro Woche, die dann mit den Mengenvorschlägen für Lebensmittel aus DGE info 5/2004 verglichen werden (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Mengenvorschläge für Lebensmittel (DGE info 5/2004)

Gruppe	Lebensmittel
Getreide, Getreideerzeugnisse Kartoffeln	<ul style="list-style-type: none"> • Brot 200-300 g (4-6 Scheiben) oder Brot 150-250 g (3-5 Scheiben) und 50-60 g Getreideflocken • Kartoffeln 200-250 g (gegart) oder Teigwaren 200-250 g (gegart) oder Reis 150-180 g (gegart) <p>Produkte aus Vollkorn bevorzugen</p>
Gemüse, Salat	<ul style="list-style-type: none"> • Gemüse: insgesamt 400 g und mehr Gemüse 300 g gegart + Rohkost/Salat 100 g oder Gemüse 200 g gegart + Rohkost/Salat 200 g
Obst	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3 Portionen Obst (250 g) und mehr
Milch, Milchprodukte	<ul style="list-style-type: none"> • Milch/Joghurt 200-250 g

Gruppe	Lebensmittel
	<ul style="list-style-type: none"> • Käse 50-60 g fettarme Produkte bevorzugen
Fleisch, Wurst, Fisch, Ei	Pro Woche: <ul style="list-style-type: none"> • Fleisch und Wurst: 300-600 g insgesamt fettarme Produkte bevorzugen • Fisch: Seefisch fettarm 80-150 g und Seefisch fettreich 70 g • Ei: bis zu 3 Stück (inkl. verarbeitetes Ei)
Fette, Öle	<ul style="list-style-type: none"> • Butter, Margarine: 15-30 g • Öl (z. B. Raps-, Soja-, Walnuss-) 10-15 g
Getränke	<ul style="list-style-type: none"> • insgesamt mindestens 1,5 Liter bevorzugt energiearme Getränke

Je nach Übereinstimmung der verzehrten Lebensmittel mit den Vorgaben der DGE werden die jeweiligen Lebensmittelgruppen mit übermäßig, ausreichend und ungenügend bewertet. Diese qualitative Art der Auswertung ist ausreichend, um das Ernährungsverhalten der Befragten einschätzen und untereinander vergleichen zu können.

Die Selbsteinschätzung des Ernährungsverhaltens ist bei Patienten aus dem betreuten Wohnen objektiver als in der Vergleichsgruppe.

Das betreute Wohnen soll den Bewohnern ein normales Essverhalten vermitteln. Durch die täglich ausgewerteten Ernährungsprotokolle bekommen die Bewohner ein Gefühl für die richtige Menge und Art ihrer Nahrung. Über die FFL kann eine Aussage über das Ernährungsverhalten der Befragten getroffen werden, die anschließend mit der Selbsteinschätzung der Ernährung in Frage 5 in Bezug gebracht wird.

Die Patienten, die im betreuten Wohnen gelebt haben, führen seltener ein Ernährungsprotokoll und besuchen weniger häufig eine Ernährungsberatung als die Patienten in der Vergleichsgruppe.

Die Annahme, dass das betreute Wohnen das Essverhalten der Bewohner stabilisiert, soll belegt werden. In den Fragen 6 und 7 wird deshalb ermittelt, ob die

Teilnehmer ein Ernährungsprotokoll und eine Ernährungsberatung nutzen. Beide Aspekte deuten auf eine Unsicherheit im Essverhalten hin.

Die Patienten, die nicht im betreuten Wohnen gelebt haben, treiben mehr Sport als die ehemaligen Bewohner der WG.

Übermäßig sportliche Aktivität wird als Kompensation zum Essverhalten angesehen und gehört zur Symptomatik einer Essstörung (siehe Kapitel 2.2 und 3.2). In Frage 8 wird erfragt, wie häufig die Teilnehmer welche Art von Sport treiben.

Die ehemaligen Bewohner der WG haben ihr erreichtes Mindestgewicht gehalten oder überschritten und haben eine positive Einstellung zu ihrem Gewicht.

Das Essverhalten hat einen großen Einfluss auf das Gewicht. Die Fragen 9, 10, und 11 erfassen deshalb das aktuelle Gewicht, die Zufriedenheit damit und die Akzeptanz von Gewichtsschwankungen. Eine weitere Aussage über die Einstellung zum Gewicht lässt das erfragte Wunschgewicht (Frage 12) zu, da dieses essstörungsbedingt meist zu niedrig angesetzt wird (siehe Kapitel 2.2 und 3.2). Die Angaben zum Gewicht in Kilogramm können mithilfe der Körpergröße (Frage 49) in den BMI umgerechnet werden.

Die Patienten, die im betreuten Wohnen gelebt haben, kochen häufiger als die Patienten in der Vergleichsgruppe.

Zu einem normalen Essverhalten gehört auch die Tätigkeit des Kochens (vgl. Kapitel 4.4.2), was in der WG wöchentlich trainiert wird. Frage 13 soll die Häufigkeit des Kochens ermitteln.

Patienten, die nicht im betreuten Wohnen gelebt haben, vermeiden das Essen in der Öffentlichkeit und in Gesellschaft.

Frage 14 gibt verschiedene Möglichkeiten vor, die den Ort der Mahlzeiteinnahme betreffen. Außerdem können die Befragten angeben, ob sie allein oder in Begleitung essen. Neun unterschiedliche Häufigkeiten (von „4 bis 6 mal täglich“ bis „seltener“) können angegeben werden.

Wenn sich die Patienten Zuhause nicht wohl fühlen, weisen sie ein schlechtes Ernährungs- und Essverhalten auf.

Die Fragen 15 bis 20 dienen dazu, eine Aussage über den aktuellen Haushalt der Befragten treffen zu können. Die Alltagssituation Zuhause hat einen bedeutenden Einfluss auf das Ernährungs- und Essverhalten von essgestörten Patienten und soll damit erfasst werden. Die Intensität, wie wohl sich die Befragten Zuhause fühlen, wird dann mit den Ergebnissen der Analyse des Ernährungs- und Essverhaltens in Bezug gebracht.

Je intensiver die Bewohner die Maßnahmen in der WG angenommen haben, desto positiver sind die Auswirkungen auf das Essverhalten der Betroffenen.

Die Fragen 21 bis 30 beziehen sich auf den Aufenthalt der ehemaligen Bewohner in der WG. Angaben zu der Länge des Aufenthaltes, zur Gewichtsentwicklung und zur Einschätzung der einzelnen Maßnahmen als Hilfe zur Stabilisierung des Essverhaltens werden ermittelt. Da in der Wohngruppe viel Eigenverantwortung verlangt wird, ist der Erfolg des betreuten Wohnens auch abhängig davon, inwieweit die Bewohner die Maßnahmen angenommen haben. Auf einer Skala von 1 bis 6 (1 = sehr intensiv angenommen, 6 = gar nicht angenommen) können sie diesen Umstand selbst beurteilen. Diese Aussage wird anschließend mit den Ergebnissen des FEV-R in Verbindung gebracht.

Bei Patienten, die im betreuten Wohnen gelebt haben, sind die kognitive Kontrolle (speziell die rigide Kontrolle) und die Störbarkeit des Essverhaltens geringer ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe.

Das Essverhalten der jungen Frauen wird mit dem **revidierten Fragebogen zum Essverhalten (FEV-R)** erfasst. Der ursprüngliche FEV wurde 1989 von Pudiel und Westenhöfer veröffentlicht und ist die deutschsprachig Übersetzung des Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) von Stunkard und Messik (1985). Dieser Fragebogen wird als sehr nützlich für die Charakterisierung klinischer Essstörungen eingeschätzt (*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 69*).

Der TFEQ beinhaltet drei Dimensionen, die eine differenzierte Betrachtung des Essverhaltens ermöglichen. Diese Dimensionen sind

1. Die kognitive Kontrolle des Essverhaltens: mit den Werten dieser Skala soll das Ausmaß der gezügelten Nahrungsaufnahme reflektiert werden.
2. Die Störbarkeit des Essverhaltens: verschiedene Störquellen (situative oder emotionale Faktoren) wirken sich auf die Enthemmung des kontrollierten Essverhaltens aus. Die Werte dieser Skala ermitteln somit das Ausmaß der äußeren Reize auf das Essverhalten.
3. Die erlebten Hungergefühle: Der Einfluss der Hungergefühle auf die Nahrungsaufnahme soll mit der dritten Skala erfasst werden.

(*Tuschen-Caffier et al., 2005, S. 69*)

Der FEV wurde seit der ersten Veröffentlichung weiterentwickelt. In dem FEV-R (1992) wurde auf die Skala der erlebten Hungergefühle verzichtet, da sie im Vergleich zu der Skala „Störbarkeit“ wenige neue Informationen bietet. Die Skala „kognitive Kontrolle“ wurde zusätzlich in die Aspekte „flexible Kontrolle“ und „rigide Kontrolle“ unterteilt.

Die *rigide Kontrolle* ist gekennzeichnet durch den Wechsel von Phasen strenger Diätvorschriften (die kognitive Kontrolle des Essverhaltens wird hier anhand absoluter Gebote oder Verbote ausgeübt) mit Phasen des zügellosen Essens (eine externe Störung führt zum Zusammenbruch der kognitiven Kontrolle). Die rigide Kontrolle kann zur Manifestation von Essstörungen führen und sollte deshalb durch die *flexible Kontrolle* ersetzt werden. Bei der flexiblen Kontrolle des Essverhaltens gibt es Verhaltensspielräume in Quantität und Zeit, die eine Kompensation bestimmter Regelüberschreitungen bei der Nahrungsaufnahme ermöglichen (*Westenhöfer et al., 2003, S. 165-167*). Es wird erwartet, dass die rigide Kontrolle bei ehemaligen Bewohnern der WG geringer ist als in der Vergleichsgruppe.

Die Auswertung des Essverhaltens erfolgt mithilfe von Summenwerten der einzelnen Skalen, die anhand eines Auswertungsschlüssels bewertet werden.

Die Skala „kognitive Kontrolle“ setzt sich aus 21 Items⁶ zusammen. Der Summenwert der Skala kann also zwischen 0 (= keine kognitive Kontrolle) und 21 (= extreme kognitive Kontrolle) liegen.

⁶ Item: Fachbegriff für Bestandteile bzw. einzelne Fragepunkte eines Fragebogens

Die Skala der rigiden Kontrolle des Essverhaltens besteht aus 16 Items. Der Summenwert variiert zwischen 0 (= keine rigide Kontrolle) und 16 (= extreme rigide Kontrolle).

Bei der Skala „flexible Kontrolle“ kann der Summenwert zwischen 0 (= keine flexible Kontrolle) und 12 (= extreme flexible Kontrolle) liegen, da es für diese Skala 12 Items gibt.

Die „Störbarkeit“ wird auf einer Skala mit 16 Items ermittelt. Der Summenwert der Skala kann demnach zwischen 0 (=keine Störbarkeit) und 16 (=extreme Störbarkeit) liegen.

Die ehemaligen Bewohner der WG erleben weniger Essanfälle und erbrechen seltener als die Personen in der Vergleichsgruppe.

Durch die in der WG umgesetzte kognitive Verhaltenstherapie sollen die Ess- und Brechanfälle reduziert und ein Alternativverhalten entwickelt werden. In den Fragen 43 bis 46 wird die Häufigkeit von Ess- und Brechanfällen sowie deren Auslöser ermittelt.

Die demographischen Daten, die am Ende des Fragebogens erhoben werden, sollen es ermöglichen, gezielte Aussagen über die Stichprobe zu treffen.

Der Pretest, der zur Überprüfung und Erhebung von Fragen und Erhebungsprozeduren zu qualitativ hochwertigen Umfragen gehört (*Deutsche Forschungsgemeinschaft, 1999, S. 49*), wurde am 10. November 2006 an drei freiwilligen Testpersonen durchgeführt. Von den Testpersonen waren zwei anorektisch und eine bulimisch. Der Fragebogen wurde daraufhin sprachlich und inhaltlich geringfügig verändert.

6.5 Beschreibung der Durchführung der Befragung

Die Teilnehmer der Befragung sind in zwei Gruppen aufgeteilt (siehe Abschnitt 6.3, Angaben zur Stichprobe).

Die erste Gruppe besteht aus ehemaligen Bewohnern der Wohngruppe für junge Frauen mit Essstörungen vom Rauhen Haus, denen ein Informationsbrief (siehe Anhang S. A22) mit den wichtigsten Informationen zu der vorliegenden Studie

zugeschickt wurde. Aus Gründen des Datenschutzes wurden diese Briefe intern über das Rauhe Haus versendet. Bei Interesse konnten die Personen ihre Adresse über einen Vordruck in einem frankiertem Rückumschlag mitteilen. Die Anzahl der ehemaligen Bewohner, die angeschrieben werden konnten, ist aus zwei Gründen sehr gering:

- Da die Wohngruppe erst seit 2001 besteht, ist die Anzahl der ehemaligen Bewohner begrenzt.
- Aufgrund des großen Zeitabstandes zwischen dem Auszug aus der Wohngruppe und dem Zeitpunkt der Befragung sind viele Adressen nicht mehr aktuell.

Von achtzehn angeschriebenen ehemaligen Bewohnern der WG haben sich dreizehn für die Befragung zur Verfügung gestellt, dies sind 72%. Ihnen wurden am 13. November die Fragebögen (mit dem Fragebogenteil „Betreutes Wohnen“) mit einem Anschreiben und einem frankiertem Rückumschlag zugeschickt.

Für die Vergleichsgruppe wurde ein Informationsbrief mit den wichtigsten Informationen für diese Studie (siehe Anhang S. A21) über den Emailverteiler der Zentrale für Ernährungsberatung an verschiedene Ökotrophologen in Hamburg und Umgebung verschickt. Patienten mit einer Essstörung wie Anorexie oder Bulimie sollten damit erreicht werden, wobei ein Klinikaufenthalt für die Teilnahme an der Studie vorausgesetzt wurde. Bei Interesse konnten die Personen ihre Adresse über einen Vordruck mitteilen. Es meldeten sich 12 Freiwillige, denen ebenfalls ein Fragebogen (ohne Fragebogenteil „Betreutes Wohnen“) inklusive Anschreiben und einem frankiertem Rückumschlag zugeschickt wurde.

Nach zwei Wochen lagen 22 ausgefüllte Fragebögen vor, die Rücklaufquote für die Fragebögen beträgt also 88%.

7 Die statistische Auswertung der Studie

7.1 Einführung

Die erhobenen Daten werden mit SPSS 13.0 für Windows ausgewertet und zum Teil mit Microsoft Excel aufbereitet. Die unterschiedlichen Messparameter zu den anthropometrischen Daten der Probanden und zur Gewichtsentwicklung, das Bewegungs- und Essverhalten, sowie die Angaben zur aktuellen Wohnsituation und zum Aufenthalt im betreuten Wohnen werden entweder mit Hilfe von Mittelwert \pm Standardabweichung oder anhand von Häufigkeiten aufgeführt. Die Daten werden mit dem Student's t-Test für unabhängige Stichproben auf signifikante Unterschiede des Mittelwertes zwischen den beiden Gruppen (ehemalige Bewohner der Wohngruppe und Vergleichsgruppe) geprüft. Die Häufigkeitsverteilungen werden mit dem Chi-Quadrat-Test bzw. mit dem Mann-Whitney-Test auf Signifikanz untersucht. Bei der Auswertung der Unterschiede zwischen mehreren Gruppen wird der Kruskal-Wallis-Test genutzt, um die Signifikanz zu berechnen. Die Spearman-Rangkorrelation wird berechnet, um Aussagen zu Zusammenhängen zwischen verschiedenen Rängen treffen zu können.

Bei der Auswertung der Daten gibt es geringfügige Probleme, da die Teilnehmer jede Frage des Fragebogens beantworten müssen, um eine lückenlose Auswertung zu ermöglichen. Die vorliegenden Fragebögen weisen jedoch einige einzelne unbeantwortete Fragen auf, welche als fehlende Werte definiert sind und dementsprechend von SPSS erkannt werden. Bei der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse wird auf diese fehlenden Werte hingewiesen.

7.2 Darstellung der Ergebnisse

7.2.1 Charakterisierung der Stichprobe

Das Durchschnittsalter der untersuchten Stichprobe ($n = 22$) liegt bei $22,50 \pm 5,9$ Jahren, wobei die ehemaligen Bewohner der Wohngruppe mit durchschnittlich $21,9 \pm 1,8$ Jahren jünger sind als die Mitglieder der Vergleichsgruppe ($23,9 \pm 8,1$ Jahre). Dieser Unterschied ist nicht signifikant ($t = -1,1$; $df = 20$, $p = 0,273$).

Von den 22 jungen Frauen haben vierzehn Anorexie und acht Bulimie, die Anzahl der jeweiligen Erkrankung ist in beiden Gruppen gleich. Die Essstörung hat in der Gruppe der ehemaligen Bewohner der WG mit durchschnittlich $13,36 \pm 2$ Jahren begonnen, in der Vergleichsgruppe lag der Zeitpunkt bei $13,64 \pm 1,8$ Jahren. Der Unterschied ist nicht signifikant ($t = -0,335$; $df = 20$; $p = 0,741$). Die Befragten haben die Essstörung seit $9 \pm 6,1$ Jahren. Die ehemaligen Bewohner der WG haben die Krankheit durchschnittlich $7,7 \pm 1,7$ Jahre, in der Vergleichsgruppe liegt der Zeitraum bei $10,3 \pm 8,5$ Jahren. Auch dieser Unterschied zwischen den Gruppen ist nicht signifikant ($t = -0,975$; $df = 20$; $p = 0,341$).

Das aktuelle Gewicht der Teilnehmerinnen liegt durchschnittlich bei $59,16 \text{ kg} \pm 9,27 \text{ kg}$ (bei $n = 21$) und die Körpergröße beträgt im Durchschnitt $1,68 \pm 0,05 \text{ m}$. Der durchschnittliche BMI entspricht demnach $20,88 \pm 2,64 \text{ kg} / \text{m}^2$. Es gibt einen fehlenden Wert in der Gruppe der ehemaligen Bewohner der WG. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist nicht signifikant (Gewicht: $t = -0,072$; $df = 19$; $p = 0,943$; BMI: $t = -0,051$; $df = 19$; $p = 0,96$). Von den Befragten sind 19,1% untergewichtig, da ihr BMI unter $18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$ (WHO, 2006) liegt. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist statistisch hoch signifikant (chi-Quadrat = 8,048; $df = 1$; $p = 0,005$). In der Gruppe der ehemaligen Bewohner der WG ist kein Teilnehmer untergewichtig, in der Vergleichsgruppe sind es jedoch vier Personen (45,5%).

Die Befragten sind hauptsächlich Studenten (45,5%), zu gleichen Teilen Schüler und Arbeiter in Vollzeit (je 22,7%) und eine Minderheit befindet sich noch in der Ausbildung (9,1%). Die Hälfte der Befragten hat als Schulabschluss das Abitur, etwa ein Drittel besitzt den Realschulabschluss, drei Teilnehmer haben eine abgeschlossene Ausbildung und eine Person hat ein abgeschlossenes Studium.

Von den 22 Teilnehmern leben zehn Personen in einer festen Partnerschaft, zwölf sind ledig. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist in diesem Fall nicht signifikant (chi-Quadrat = 0,18; $df = 1$; $p = 0,67$).

Jeweils 22,7% der Befragten wohnen bei ihren Eltern oder in einer Wohnung mit ihrem Partner zusammen. Die Mehrheit wohnt in einer WG (36,4%) und vier Personen (18,4%) leben allein. Die ehemaligen Bewohner der WG wohnen durchschnittlich zu zweit, die Mitglieder der Vergleichsgruppe zu dritt. Auch hier ist der Unterschied zwischen den Gruppen nicht signifikant (chi-Quadrat = 1,63; $df = 3$; $p = 0,651$).

7.2.2 Klinikaufenthalte

Die Teilnehmer der Studie haben durchschnittlich $2 \pm 1,1$ essstörungsbedingte Klinikaufenthalte hinter sich. Zwischen den beiden Gruppen gibt es keinen signifikanten Unterschied ($t = 0,759$; $df = 20$, $p = 0,457$). Die Kliniken „Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift“ ($n = 11$), „Medizinisch-psychosomatische Klinik Bad Brahmstedt“ ($n = 6$) und „Seeparkklinik Bad Bodenteich“ ($n = 3$) sind am häufigsten genannt. Die Namen aller besuchten Kliniken sowie ihre Häufigkeitsverteilung sind der Abbildung 1 zu entnehmen.

Die Länge des Klinikaufenthaltes beträgt durchschnittlich $7,6 \pm 5,12$ Wochen. Zwischen den Gruppen gibt es dabei keinen signifikanten Unterschied ($t = 0,961$, $df = 20$; $p = 0,348$). Die durchschnittliche Gewichtszunahme pro Klinikaufenthalt liegt bei $6,01 \pm 5,7$ kg.

Häufigkeitsverteilung der Kliniken

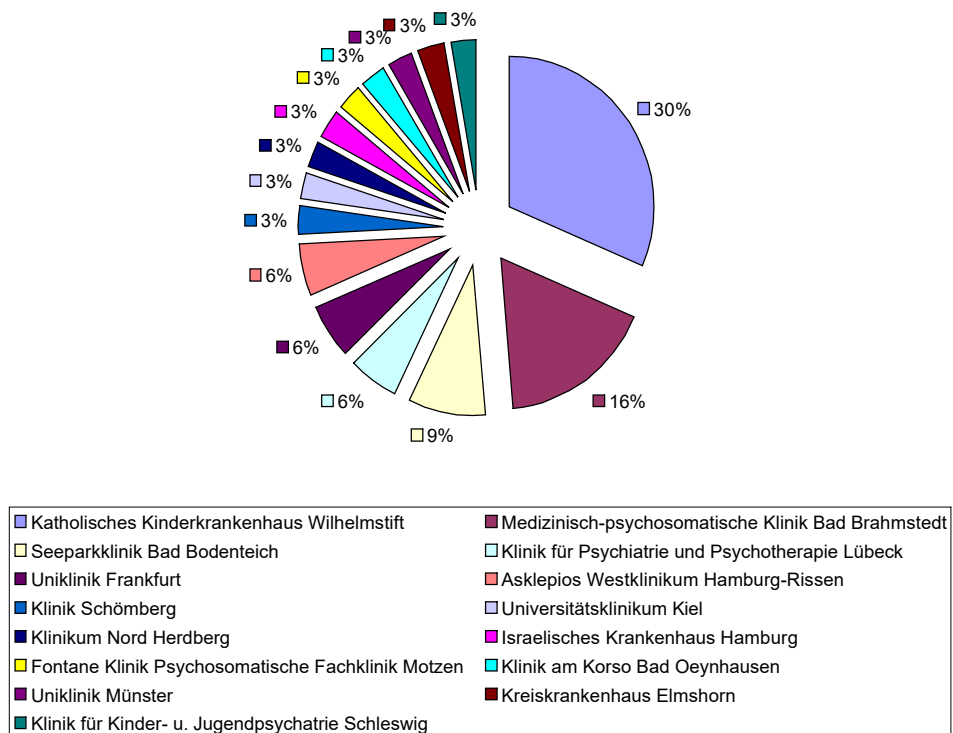


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der Kliniken

Von den ehemaligen Bewohnern der WG gibt nur eine Person einen Klinikaufenthalt nach der Zeit im betreuten Wohnen an, das entspricht einer Quote von 9,1%. Die zeitliche Verteilung der Klinikaufenthalte ist in Tabelle 6 erkennbar.

Tabelle 6: Häufigkeit der Klinikaufenthalte

Zeitpunkt des Klinikaufenthaltes (Jahr)	Vergleichsgruppe (n = 11)	Ehemalige Bewohner der WG (n = 11)	
		Vor dem Aufenthalt in der WG	Nach dem Aufenthalt in der WG
1993	1	-	-
1998	-	2	-
1999	-	1	-
2000	-	3	-
2001	2	2	-
2002	3	6	-
2003	1	4	-
2004	3	4	-
2005	6	-	-
2006	5	-	1

7.2.3 Ernährungsverhalten

Insgesamt unterscheidet sich das Ernährungsverhalten der Befragten signifikant zwischen den beiden Gruppen (chi-Quadrat = 8,3; df = 2; p = 0,016). Von den ehemaligen Bewohnern der WG sind vier ungenügend und sechs ausreichend mit den notwendigen Lebensmitteln versorgt, eine Person liegt über den Vorgaben der DGE. In der Vergleichsgruppe sind sieben Personen ungenügend und vier ausreichend versorgt.

Betrachtet man das Ernährungsverhalten differenzierter nach den einzelnen Lebensmittelgruppen, können folgende Aussagen getroffen werden:

- Bei der Lebensmittelgruppe „*Getreide, Getreideerzeugnisse, Kartoffeln*“ sind die ehemaligen Bewohner der WG besser versorgt als die Vergleichsgruppe. Der Unterschied ist hoch signifikant (chi-Quadrat = 9,9; df = 2; p = 0,007).
- Bei der Lebensmittelgruppe „*Gemüse, Salat*“ sind die ehemaligen Bewohner der WG schlechter versorgt, als die Vergleichsgruppe. Der Unterschied ist allerdings nicht signifikant (chi-Quadrat = 4,72; df = 2; p = 0,094).
- 86,4% der Teilnehmer sind ausreichend mit „*Obst*“ versorgt. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist dabei aber hoch signifikant (chi-Quadrat = 11,64; df = 1; p = 0,001). Von den ehemaligen Bewohnern der

Wohngruppe essen drei Personen weniger Obst als von der DGE empfohlen, und sind damit schlechter mit Obst versorgt als die Mitglieder der Vergleichsgruppe.

- Die Versorgung der Studienteilnehmer mit „*Milch und Milchprodukten*“ ist kritisch zu betrachten, da neun von 22 Personen (40,1%) unzureichend versorgt sind. Die Gruppe der Befragten, die nicht im betreuten Wohnen gelebt haben, macht davon nur ein Drittel aus. Insgesamt ist der Unterschied zwischen den Gruppen aber nicht signifikant (chi-Quadrat = 2,27; df = 2; p = 0,321).
- Bei der Lebensmittelgruppe „*Fleisch, Wurst, Fisch, Eier*“ ist der Unterschied in der Versorgungslage hoch signifikant (chi-Quadrat = 8,82; df = 2; p = 0,012). Die ehemaligen Bewohner der WG verzehren diese Lebensmittel weitaus häufiger, als die Mitglieder der Vergleichsgruppe und sind deshalb zu 72,7% ausreichend versorgt. In der Vergleichsgruppe dagegen liegen 63,6% unter den Empfehlungen der DGE.
- Aus beiden Gruppen sind jeweils sieben Personen mit „*Fetten und Ölen*“ unterversorgt, es besteht statistisch trotzdem ein hoch signifikanter Unterschied in der Versorgung mit dieser Lebensmittelgruppe (chi-Quadrat = 11,55; df = 2; p = 0,003).
- Mit „*Getränken*“ sind alle Befragten ausreichend versorgt.
- „*Süßigkeiten, Snacks und Knabberartikel*“ werden von den ehemaligen Bewohnern der WG ausreichend bis übermäßig verzehrt. In der Vergleichsgruppe gibt es fünf Personen, die diese Lebensmittel weniger als zwei bis drei mal pro Woche zu sich nehmen. Die Unterschiede sind statistisch allerdings nicht signifikant.

Nicht-diätetische Lebensmittel werden von den ehemaligen Bewohnern der WG wesentlich häufiger gegessen als in der Vergleichsgruppe.

Die höchste Signifikanz ergibt sich bei dem Verzehr von Öl (Mann-Whitney-U = 24; Z = -2,52; p = 0,016). In Abbildung 2 wird dargestellt, wie sich die Verzehrs-häufigkeiten zwischen den beiden Gruppen unterscheiden. Die unterschiedlich farbigen Balken stehen zum einen für die Gruppe, die im betreuten Wohnen gelebt hat („ja“) und zum anderen für die Vergleichsgruppe („nein“).

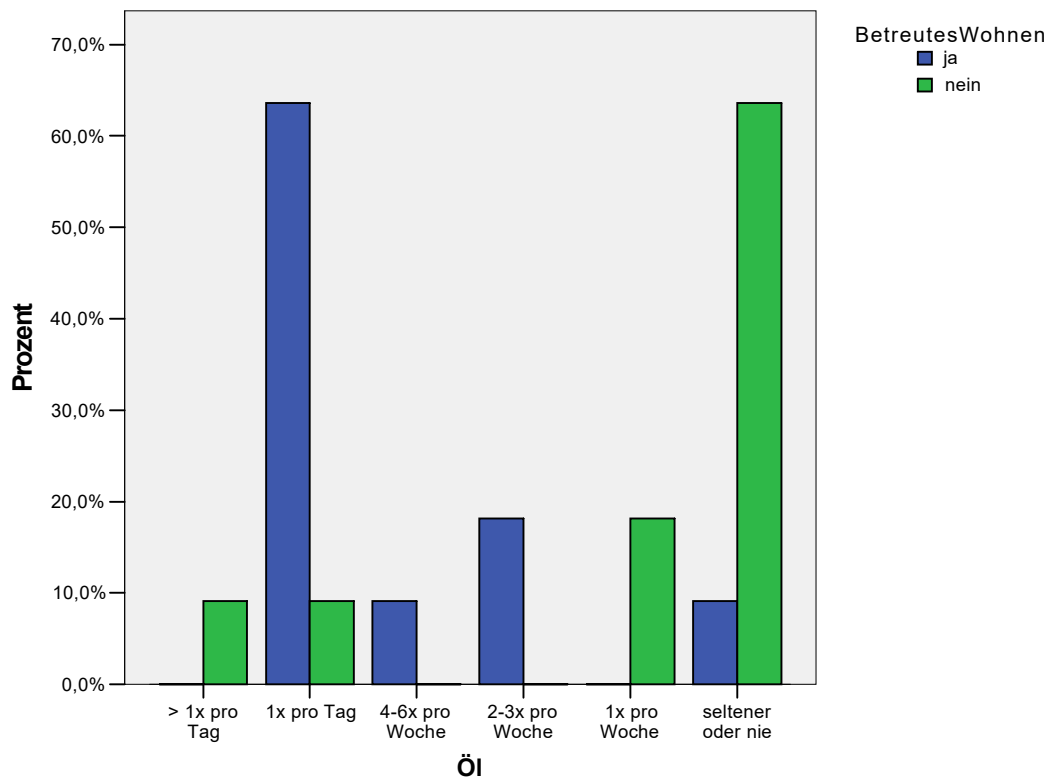


Abbildung 2: Verzehrshäufigkeit von Öl

Über 60% der Befragten, die nicht im betreuten Wohnen gelebt haben, nehmen Öl seltener als einmal pro Woche oder nie zu sich. Die gleiche Anzahl von ehemaligen Bewohnern der WG dagegen verzehrt Öl einmal am Tag.

Mischbrot, Weißbrot und Brötchen werden von sechs der ehemaligen Bewohner der WG vier bis sechs mal pro Woche und häufiger konsumiert, in der Vergleichsgruppe ist es nur die Hälfte der Personen. *Bratkartoffeln und Pommes frites* werden von 27,2% der ehemaligen WG-Bewohner verzehrt, in der Vergleichsgruppe sind das nur 9%. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind im Gegensatz zur Verzehrshäufigkeit von *hellen Nudeln oder hellem Reis* nicht signifikant. Diese werden von der Vergleichsgruppe seltener konsumiert (Mann-Whitney-U = 29; Z = -2,143; p = 0,04). Drei Personen der Vergleichsgruppe verzehren helle Nudeln oder hellen Reis selten bis nie, nur vier Personen essen diese Lebensmittel mehrmals pro Woche. Keiner der ehemaligen Bewohner der WG meidet diese Lebensmittel vollständig und sogar acht Personen (72,7%) verzehren sie mehrmals pro Woche.

Der Unterschied im Verzehr von *mayonnaise- oder sahnehaltigen Salaten* sowie im Verzehr von *Sahne bzw. Creme fraiche* ist nicht signifikant, aber darf nicht unberücksichtigt bleiben. 72,2% der ehemaligen Bewohner der WG meiden die genannten Salate, in der Vergleichsgruppe tun das sogar 90,1%. Sahne und Creme fraiche benutzen fünf von elf Personen (45,5%), die im betreuten Wohnen gelebt haben, mehrmals pro Woche, in der Vergleichsgruppe ist es nur eine Person.

90,1% der Befragten aus der Vergleichsgruppe verzichten auch auf *Rind- und Schweinefleisch*, sie essen diese Produkte „seltener als einmal pro Woche“ oder „nie“. Bei den ehemaligen Bewohnern der WG ist diese Quote halb so hoch (45,5%). Der Unterschied zwischen den Gruppen ist wegen des geringen Signifikanzwertes ($p = 0,056$) zu erwähnen, das festgelegte Signifikanzniveau wird aber knapp verfehlt.

Es gibt kaum Unterschiede bei dem Verzehr von *Margarine und Butter*. Margarine wird in beiden Gruppen von 81,8% der Befragten gemieden, Butter wird nur von je 27,3% pro Gruppe täglich verzehrt, aber von mehr als 45% gemieden.

Cola und Limonadenge Getränke werden in der Vergleichsgruppe von 90,9% „seltener als einmal wöchentlich“ oder „nie“ getrunken, bei den ehemaligen Bewohnern der WG verzichten 27,3% weniger darauf (die Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Verzehrshäufigkeit sind statistisch nicht signifikant).

Beim Verzehr von *Kuchen, Torten oder süßem Gebäck* gibt es bedeutende Unterschiede zwischen den Gruppen (Mann-Whitney-U = 23,5; Z = -2,481; $p = 0,013$), in Abbildung 3 werden diese verdeutlicht. Es ist erkennbar, dass nur Mitglieder der Vergleichsgruppe diese Lebensmittel meiden, ehemalige Bewohner der WG essen süße Backwaren dagegen einmal pro Woche oder häufiger.

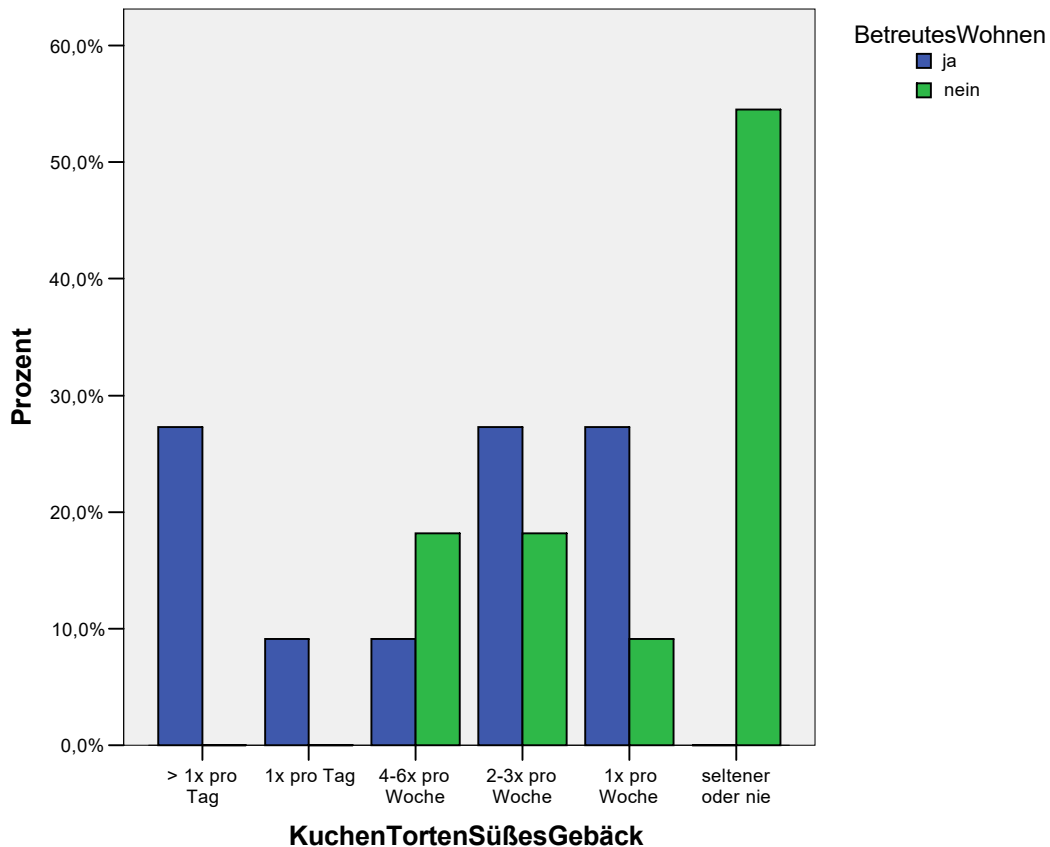


Abbildung 3: Verzehrshäufigkeit von Kuchen, Torten, süßem Gebäck

Chips, salzige Nüsse und Knabbergebäck werden von den ehemaligen Bewohnern der WG etwas häufiger verzehrt, als in der Vergleichsgruppe. 63,3% konsumieren diese Lebensmittel einmal pro Woche oder häufiger, in der Vergleichsgruppe sind es nur 27,3%. Es besteht allerdings kein signifikanter Unterschied ($p = 0,133$).

Bei *Schokolade und anderen Süßigkeiten* unterscheidet sich die Verzehrshäufigkeit zwischen den beiden Gruppen nur gering (keine Signifikanz), da jeweils sechs Personen aus jeder Gruppe diese Sachen zwei bis dreimal pro Woche oder häufiger verzehren. In der Vergleichsgruppe werden sie jedoch stärker gemieden. 45,5% verzehren Süßigkeiten seltener als einmal pro Woche oder nie, bei den ehemaligen Bewohnern der WG sind es nur 9,1%.

Der Verzehr von *Eis, Pudding und Sahnecremes* unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen ($p = 0,365$). Von den ehemaligen Bewohnern der WG konsumieren allerdings doppelt so viele Personen diese Lebensmittel mindestens einmal pro Woche, als in der Vergleichsgruppe (dort sind es nur 27,3%).

Auch *Nusscremes* werden von den ehemaligen Bewohnern der WG häufiger verzehrt. Von den Befragten, die Nusscremes mindestens einmal pro Woche essen, ist der Anteil mit 27,3% dreifach so hoch als in der Vergleichsgruppe. Es besteht aber keine statistische Signifikanz zwischen den beiden Gruppen.

Bei den Genussmitteln *Wein und Sekt* unterscheiden sich die Verzehrshäufigkeiten zwischen den Gruppen signifikant (Mann-Whitney-U = 27,5; Z = -2,774; p = 0,028). Diese Getränke werden von allen Mitgliedern der Vergleichsgruppe seltener als einmal pro Woche oder nie konsumiert, die genaue Verteilung ist in Abbildung 4 zu erkennen.

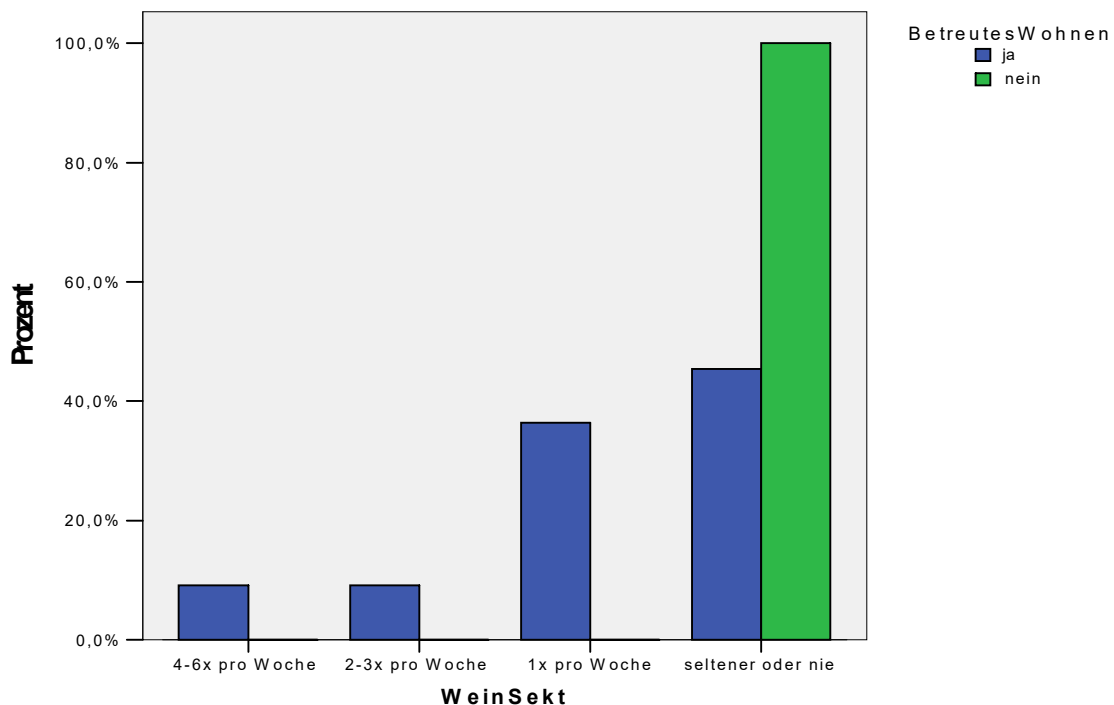


Abbildung 4: Verzehrshäufigkeit von Wein und Sekt

Bier und *Spirituosen* werden in beiden Gruppen relativ gleich konsumiert, der Unterschied ist nicht signifikant. Auffällig ist allerdings, dass hochprozentiger Alkohol in der Vergleichsgruppe von 50% mehr Befragten gemieden wird, als bei den ehemaligen Bewohnern der WG.

Von den Befragten schätzen sieben Personen ihr eigenes Ernährungsverhalten richtig ein, sechs Teilnehmer denken, sie essen bei tatsächlich unzureichender Lebensmittelzufuhr zu viel. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind aber statistisch nicht signifikant.

Ein bedeutender Unterschied zwischen den Gruppen besteht bei dem Führen eines *Ernährungsprotokolls*, er ist hoch signifikant (chi-Quadrat = 15,636; df = 2; $p < 0,001$). Von den ehemaligen Bewohnern der WG führt keiner ein Ernährungsprotokoll, während in der Vergleichsgruppe 18,2% regelmäßig und 36,4% bei Bedarf notieren, was sie tagsüber gegessen haben. Es verzichten nur 45,5% darauf.

Diese Tendenz ist weiterhin in den signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen bei dem Besuch einer *Ernährungsberatung* erkennbar (chi-Quadrat = 9,636; df = 3; $p = 0,022$). Von den ehemaligen Bewohnern der WG besucht nur eine Person monatlich eine private Ernährungsberatung, die anderen nehmen diese nicht in Anspruch und haben auch nach den vorangegangenen Klinikaufenthalten und nach dem Aufenthalt in der WG darauf verzichtet. In der Vergleichsgruppe besuchen 27,3% eine Ernährungsberatung (zwei Drittel davon mehrmals pro Woche, ein Drittel monatlich), die restlichen 72,7% haben diese Dienstleistung immerhin in der Vergangenheit in Anspruch genommen.

7.2.4 Bewegungsverhalten

Das Bewegungsverhalten unterscheidet sich zwischen den beiden Gruppen signifikant (Mann-Whitney-U = 19,5; $Z = -2,75$; $p = 0,005$). Die ehemaligen Bewohner der WG treiben deutlich weniger Sport, als die Mitglieder der Vergleichsgruppe, was in Tabelle 7 detailliert dargestellt wird.

Tabelle 7: Sportliche Aktivität in Stunden

	Betreutes Wohnen -ja-	Betreutes Wohnen -nein-
	Stunden Sport pro Woche	Stunden Sport pro Woche
	Anzahl	Anzahl
0 bis >1	6	1
1 bis >2	2	
2 bis >3		2
3 bis >4	1	1
4 bis >5	1	2
5 bis >6	1	
6 bis >7		1
mehr als 7		4

Die Mitglieder der Vergleichsgruppe treiben durchschnittlich vier bis sechs Stunden Sport pro Woche, 36,4% davon bewegen sich sogar mehr als sieben Stunden pro Woche. Die ehemaligen Bewohner der WG treiben durchschnittlich eine bis drei Stunden Sport pro Woche, jedoch nie mehr als sechs.

Die am häufigsten genannten Sportarten dabei sind:

- Ausdauer- bzw. Cardiotraining (ehemalige WG-Mitbewohner n = 2, Vergleichsgruppe n = 8)
- Fitnesskurse (ehemalige WG-Mitbewohner n = 3, Vergleichsgruppe n = 8)
- Fahrradfahren in der Stadt (ehemalige WG-Mitbewohner n = 2, Vergleichsgruppe n = 3)
- Walken/Spazieren (ehemalige WG-Mitbewohner n = 1, Vergleichsgruppe n = 3).

7.2.5 Einstellung zum Gewicht

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bei der *Zufriedenheit mit dem derzeitigen Gewicht* (nach dem Mann-Whitney-test ist $p = 0,365$). Es gibt in beiden Gruppen keine Person, die mit ihrem Gewicht sehr zufrieden ist. In der Gruppe der ehemaligen Bewohner der WG sind allerdings nur

18,2% „unzufrieden“ bis „sehr unzufrieden“, in der Vergleichsgruppe sind das doppelt so viele.

Die Gruppen weisen dagegen einen signifikanten Unterschied im Umgang mit Gewichtsschwankungen auf (Mann-Whitney-U = 29, Z = -3,131; p = 0,04). Zwar kann keiner von den Befragten „sehr gut“ mit Gewichtsschwankungen umgehen, von den ehemaligen Bewohnern der WG bewerten 45,5% diesen Umstand aber mit „gut“ und 36,4% mit „weniger gut“. Nur 18,2% können Gewichtsschwankungen „eher schlecht“ bis „schlecht“ akzeptieren. In der Vergleichsgruppe können nur 18,2% Gewichtsschwankungen gut akzeptieren, 63,6% beantworten diese Frage mit „eher schlecht“ bis „sehr schlecht“.

Die Differenz zwischen dem aktuellen Gewicht und dem Wunschgewicht unterscheidet sich zwischen beiden Gruppen nicht signifikant. Die ehemaligen Bewohner der WG wünschen sich ein Gewicht, das durchschnittlich $5 \text{ kg} \pm 2,6 \text{ kg}$ niedriger ist als ihr aktuelles Gewicht. Die Vergleichsgruppe möchte durchschnittlich gern $3,37 \text{ kg} \pm 3,5 \text{ kg}$ leichter sein. Der entsprechende BMI zu dem genannten Wunschgewicht liegt bei der Gruppe der ehemaligen Bewohner durchschnittlich bei $19,07 \text{ kg/m}^2 \pm 1,1$, bei der Vergleichsgruppe lautet der durchschnittliche BMI des Wunschgewichtes $20,18 \text{ kg/m}^2 \pm 3,2$. Der Unterschied ist nicht signifikant. Das Wunschgewicht wurde von jeweils zwei Personen pro Gruppe nicht angegeben.

Von den ehemaligen Bewohnern der WG haben sechs Personen (54,5%) während ihres Aufenthaltes im betreuten Wohnen ihr Mindestgewicht erreicht bzw. überschritten, es gibt einen fehlenden Wert. Die sechs Personen haben bis zum Zeitpunkt der Befragung einen BMI von $19 \text{ kg} / \text{m}^2$ nicht unterschritten, zusätzlich haben weitere drei Personen in der Zwischenzeit ihr Mindestgewicht erreicht bzw. überschritten.

7.2.6 Mahlzeitenhäufigkeiten und Ort der Essenseinnahme

Es gibt kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei der Häufigkeit der Einnahme verschiedener Mahlzeiten. Ein signifikanter Unterschied besteht nur bei der *Mittagsmahlzeit* (Mann-Whitney-U = 29,5; Z = -2,196; p = 0,04). 72,7% der ehemaligen Bewohner der WG nehmen diese täglich ein, nur 18,2% tun das in der Vergleichsgruppe. Dort essen 63,6% der Befragten drei bis viermal pro Woche

und seltener Mittag, von den ehemaligen Bewohnern der WG verzichteten nur 27,3% mehr als zweimal pro Woche auf ihr Mittag.

Alle ehemaligen Bewohner nehmen ihr *Frühstück* täglich oder fünf bis sechsmal pro Woche zu sich, in der Vergleichsgruppe tun das nur 81,9 %. Bei den *Zwischen- und Abendmahlzeiten* gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Gruppen, lediglich bei der Spätmahlzeit unterscheidet sich die Verzehrshäufigkeit. 62,6 % der Vergleichsgruppe nehmen diese weniger als dreimal pro Woche zu sich, das ist mehr als doppelt so viel im Vergleich zu den ehemaligen WG-Bewohnern. Dort essen sogar 45,5 % täglich nach der Abendmahlzeit noch etwas.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen bei den Angaben, wo die Mahlzeiten eingenommen werden, sind alle nicht signifikant. Trotzdem gibt es erkennbare Tendenzen:

- In der Kantine bzw. Mensa essen 45,5% der ehemaligen Bewohner der WG täglich bis mehrmals täglich, in der Vergleichsgruppe tut das keiner.
- Doppelt so viele Mitglieder der Vergleichsgruppe (36,4%) als ehemalige WG-Mitbewohner nehmen täglich ihr eigenes Essen mit zur Arbeit.
- Am Imbiss nehmen doppelt so viele Personen aus der WG (18,2%) als in der Vergleichsgruppe wöchentlich eine Mahlzeit zu sich.

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf das Essen allein oder in Gesellschaft ist nicht signifikant. Es ist nur zu bemerken, dass 18,2% der Vergleichsgruppe zwei bis drei mal pro Monat und seltener in Gesellschaft essen, von den ehemaligen Bewohnern der WG essen alle einmal wöchentlich und häufiger mit anderen zusammen.

Die ehemaligen Bewohner der WG kochen häufiger als die Mitglieder der Vergleichsgruppe. Statistisch ist der Unterschied zwischen den Gruppen zwar nicht signifikant, trotzdem wird in Abbildung 5 die Verteilung grafisch dargestellt. Es ist zu erkennen, dass der größte Teil der ehemaligen Bewohner der WG (81,8%) mehrmals pro Woche bis täglich selber kocht. In der Vergleichsgruppe tun das nur 45,5% der Befragten. Dort ist der Anteil der Befragten, die täglich selber kochen, allerdings höher.

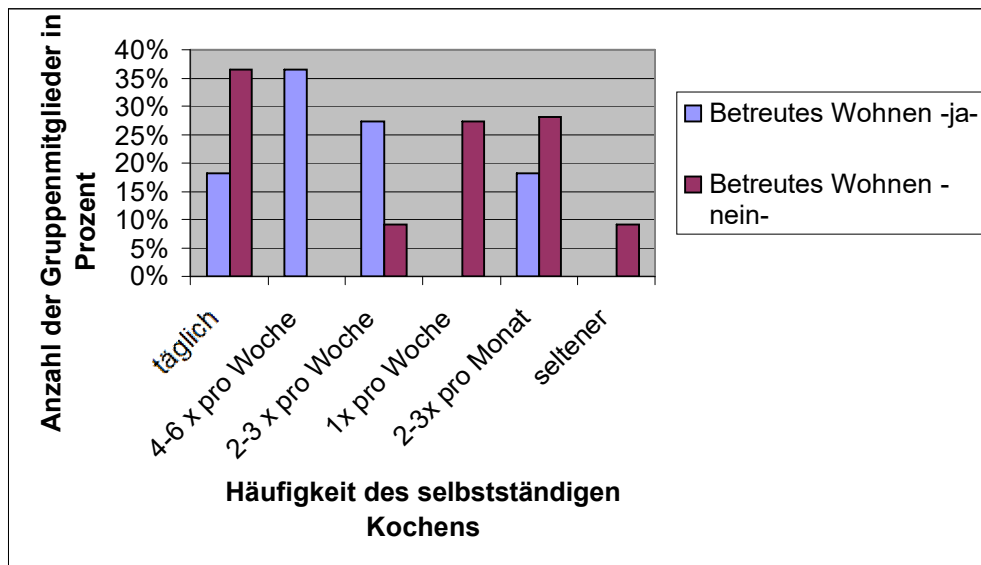


Abbildung 5: Häufigkeiten des selbstständigen Kochens im Vergleich

7.2.7 Der Wohnsitz

Wie bereits erwähnt (siehe 7.2.1), gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in Hinsicht auf die Art des Wohnsitzes. Auch der Vergleich der Antworten auf die Frage „Wie wohl fühlst Du Dich zu Hause?“ hat zwischen den Gruppen keinen bedeutenden Signifikanzwert ($p = 0,152$) ergeben. Die meisten Personen (45,5%) fühlen sich Zuhause wohl.

Der Mann-Whitney-Test kann bei dem Vergleich des Ernährungsverhaltens mit der Intensität des Wohlfühlens Zuhause (eingeteilt in zwei Gruppen: „etwas wohl bis sehr wohl“ und „sehr unwohl bis etwas unwohl“) nicht durchgeführt werden, da zu wenig Fälle vorliegen. In Tabelle 8 sind die Werte zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 8: Ernährungszustand im Bezug zum Wohnsitz

		Wohlfühlfaktor Zuhause				Anzahl der Befragten gesamt
		sehr wohl	wohl	etwas wohl	unwohl	
Auswertung Ernährungszustand gesamt	ungenügend	2	6	2	1	11
	ausreichend	3	4	1	1	9
	übermäßig	0	0	1	0	1

Die Anzahl der Spalten (Wohlfühlfaktor Zuhause) ergibt sich aus den genannten Antworten, nicht genannte Kategorien sind nicht aufgeführt.

Es ist kein Zusammenhang zwischen den Variablen erkennbar, worauf auch der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman von $-0,004$ hinweist. Demnach ist kaum eine Korrelation vorhanden. Dies gilt auch für die Auswirkung auf das Essverhalten. Es ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Personen, die sich Zuhause wohl fühlen und denen, die sich nicht wohl fühlen, in Bezug auf die kognitive Kontrolle (sowohl rigide als auch flexibel) und auf die Störbarkeit des Essverhaltens erkennbar. Die Korrelationskoeffizienten schwanken bei diesen Variablen im Bezug zum Wohlfühlfaktor zwischen $-0,2$ und $0,2$, was keine begründete Aussage über einen Zusammenhang zulässt.

7.2.8 Das betreute Wohnen

Die ehemaligen Bewohner der WG sind mit durchschnittlich $17,27$ Jahren $\pm 1,7$ Jahren in das betreute Wohnen gezogen. Sie haben dort mindestens zehn Monate und im Durchschnitt $21,7 \pm 7,3$ Monate gelebt. $13,3 \pm 8,8$ Monate haben die Betroffenen davon im Vorderhaus (Klaus-Groth-Straße 7) und $8,5 \pm 8,1$ Monate im Hinterhaus (Klaus-Groth-Straße 9a) verbracht.

Der BMI der Bewohner hat sich während des Aufenthaltes im betreuten Wohnen um durchschnittlich $1,54 \pm 1,74$ kg / m² erhöht. Sechs von zehn Personen (ein fehlender Wert) haben die WG mit ihrem Mindestgewicht oder mehr verlassen, während lediglich drei Personen bereits beim Einzug das Mindestgewicht erreicht hatten.

Die Bewohner haben die verschiedenen Konzeptpunkte der WG als Hilfe zur Stabilisierung des Essverhaltens unterschiedlich bewertet. In Tabelle 9 sind die Ergebnisse zusammengefasst. Dabei ist zu erkennen, dass die Kontakte bzw. Beziehungen zu den anderen Bewohnern am besten bewertet wurden (Durchschnittsnote $1,91 \pm 0,994$). Das zweitbeste Ergebnis (Durchschnittsnote $2,2 \pm 1,135$) hat die ambulante Psychotherapie erhalten. Beide Aspekte wurden außerdem nicht schlechter als mit Note 4 bewertet. Sehr hilfreich für die Bewohner waren zusätzlich die Einzelgespräche mit den Bezugsbetreuern (Durchschnittsnote $2,27 \pm 1,191$). Die monatliche Ernährungsgruppe und die Gruppentherapie im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift sowie das wöchentliche Wiegen wurden mit einer Note = 4 am schlechtesten bewertet.

Tabelle 9: Bewertung der einzelnen Konzeptpunkte der WG

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
Warme Abendmahlzeit	1	6	2,45	1,809
Sechs erforderliche Mahlzeiten	1	6	3,45	1,440
Ernährungsprotokoll	2	6	3,73	1,191
Wöchentliches Einkaufen	2	6	3,70	1,703
Wöchentliches Kochen	1	6	2,73	1,348
Wöchentliches Wiegen	2	6	4,00	1,483
Ambulante Psychotherapie	1	4	2,20	1,135
Einzelgespräche mit den Betreuern	1	5	2,27	1,191
Gruppentherapie im WS	2	6	4,55	1,440
Monatliche Ernährungsgruppe	3	6	4,22	1,394
Zwischenanamnese mit der Ökotrophologin	2	6	3,91	1,300
Individueller Ernährungsplan	2	6	3,91	1,514
Verzicht auf Kalorienzählen	1	6	4,36	1,629
Verbot von Lightprodukten	1	6	3,82	1,991
Möglichkeit der ständigen Kontaktaufnahme	1	6	3,64	2,014
Kontakte zu anderen Bewohnern	1	4	1,91	0,944
Sanktionen bei Gewichtsverlust	1	6	3,55	1,368

Bei den Wünschen und Kritikpunkten gibt es viele fehlende Werte (7 bzw. 6), da nicht alle Befragten Angaben dazu gemacht haben.

Die genannten Wünsche sind:

- mehr Gruppenarbeit
- besserer Umgang mit Bulimikern
- bessere Absprache unter den Betreuern
- individuellerer und normalerer Umgang mit dem Essen und Essverhalten der Bewohner

Die genannten Kritikpunkte sind:

- Inkonsequenz bei bestimmten Regeln
- falscher Umgang mit Bulimikern
- Verbot von Lightprodukten
- Symptomatik der Mitbewohner beeinflusst die Betroffenen
- Pauschalbehandlung, wenig Individualität im Umgang mit den Bewohnern

Von den elf ehemaligen Bewohnern der Wohngruppe wurde das Angebot im betreuten Wohnen unterschiedlich stark angenommen. Es gibt keinen, der behauptet, das Angebot gar nicht angenommen zu haben. Der Großteil ($n = 5$, also 45,5%) hat das Angebot meistens angenommen, 27,3% geben an, das Angebot fast gar nicht angenommen zu haben. Jeweils 9,1% haben das Angebot sehr intensiv, weniger oder selten angenommen.

Vergleicht man die Angaben, inwieweit die Bewohner das Angebot in der WG angenommen haben, mit den Ergebnissen der Analyse ihres Essverhaltens, ergeben sich statistisch gesehen keine signifikanten Zusammenhänge (p ist immer größer als 0,1). Berechnet man die Rangkorrelation nach Spearman, sind die größten Zusammenhänge sind bei der Störbarkeit des Essverhaltens ($k = 0,353$) und der flexiblen Kontrolle des Essverhaltens ($k = -0,355$) erkennbar. In Abbildung 6 und Abbildung 7 werden diese Zusammenhänge verdeutlicht.

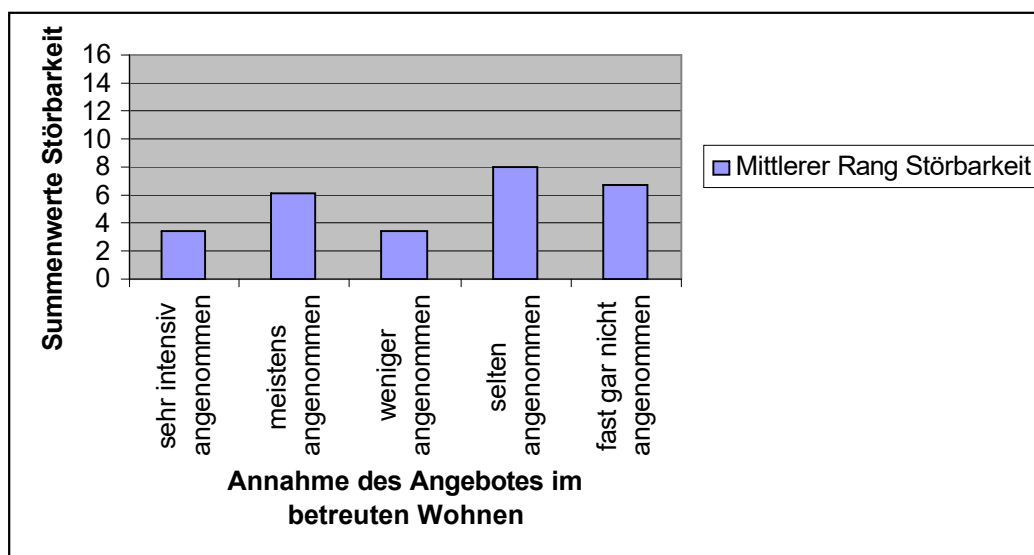


Abbildung 6: Zusammenhang zwischen der Annahme des Angebotes im betreuten Wohnen und der Störbarkeit des Essverhaltens

Die durchschnittlichen Summenwerte der Störbarkeit sind am höchsten, wenn das Angebot in der WG selten oder fast gar nicht angenommen wurde. Je intensiver das Angebot angenommen wurde, desto geringer ist also die Störbarkeit des Essverhaltens.

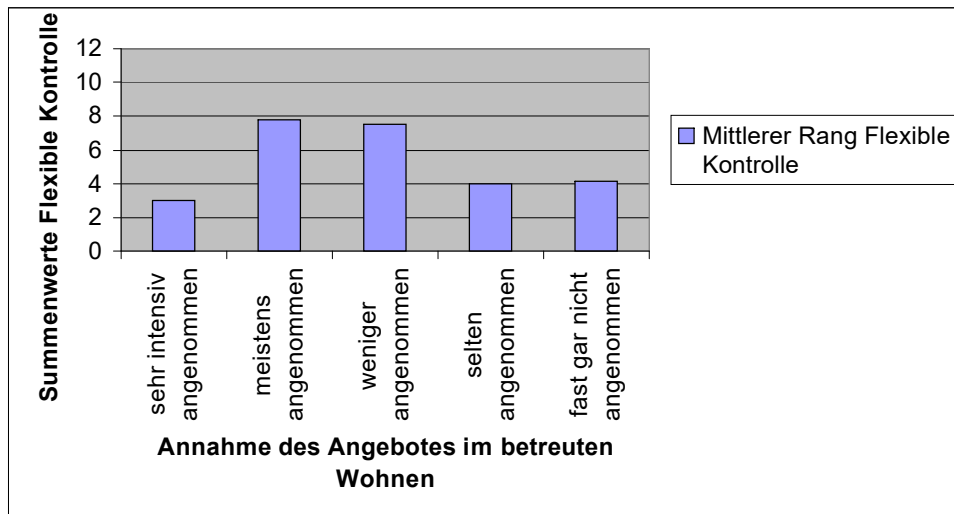


Abbildung 7: Zusammenhang zwischen der Annahme des Angebotes im betreuten Wohnen und der flexiblen Kontrolle des Essverhaltens

Wenn das Angebot im betreuten Wohnen meistens angenommen wurde, sind die durchschnittlichen Summenwerte am höchsten. Die Annahme des Angebotes in der WG hat also einen positiven Effekt auf die flexible Kontrolle des Essverhaltens. Von den Bewohnern der WG hatten 54,5 % eine ambulante Betreuung nach dem Aufenthalt im betreuten Wohnen. Die durchschnittliche Dauer dieser Betreuung liegt bei 13,5 Monaten und variiert zwischen zwei und 24 Monaten.

7.2.9 Das Essverhalten

7.2.9.1 Kognitive Kontrolle

Die kognitive Kontrolle ist bei den ehemaligen Bewohnern der WG deutlich geringer als in der Vergleichsgruppe. Der signifikante Unterschied (Mann-Whitney-U = 24; Z = -2,408; p = 0,016) in Tabelle 10 erkennbar. Vergleicht man die Mittelwerte der Summenwerte dieser Skala zwischen den Gruppen, ergibt sich auch hier ein signifikanter Unterschied (t = -3,051; df = 20, p = 0,006).

Tabelle 10: Kognitive Kontrolle im Vergleich

Kognitive Kontrolle	Betreutes Wohnen	
	- ja -	- nein -
Sehr gering	3	1
Gering	2	1
Mittel	4	2
Hoch	2	1
Sehr hoch	0	6

Die Mehrzahl der Personen (54,5%), die nicht im betreuten Wohnen gelebt haben, weisen eine sehr hohe kognitive Kontrolle des Essverhaltens auf, nur 18,2% haben eine sehr geringe bis geringe kognitive Kontrolle. Im Vergleich dazu besitzen 45,5% der ehemaligen WG-Mitbewohner eine sehr geringe bis geringe kognitive Kontrolle des Essverhaltens. Keiner der Befragten, der im betreuten Wohnen gelebt hat, weist eine sehr hohe kognitive Kontrolle auf.

7.2.9.2 Störbarkeit

Der Unterschied der beiden Gruppen in Bezug auf die Störbarkeit ist nicht signifikant (Mann-Whitney-U = 58; Z = -0,166; p = 0,898 und t = 0,279; df = 20, p = 0,783). In Tabelle 11 wird der Zusammenhang zwischen dem betreuten Wohnen und der Störbarkeit des Essverhaltens verdeutlicht.

Tabelle 11: Störbarkeit im Vergleich

Störbarkeit	Betreutes Wohnen	
	- ja -	- nein -
Sehr gering	1	2
Gering	4	2
Mittel	2	4
Hoch	1	1
Sehr hoch	3	2

Die ehemaligen Bewohner der WG haben zu 45,5% eine sehr geringe bis geringe Störbarkeit des Essverhaltens, während dies in der Vergleichsgruppe bei weniger als der Hälfte der Fall ist. Die Anzahl der Betroffenen, die eine hohe bis sehr hohe

Störbarkeit des Essverhaltens aufweisen, ist in der Gruppe der ehemaligen WG-Bewohner trotzdem am höchsten.

7.2.9.3 Rigide Kontrolle

Der Unterschied in der rigiden Kontrolle des Essverhaltens zwischen beiden Gruppen ist zwar nicht signifikant, da aber der Signifikanzwert (Mann-Whitney-U = 31; $Z = -1,946$, $p = 0,056$) das festgelegte Signifikanzniveau nur knapp verfehlt, gibt es trotzdem nennenswerte Unterschiede zwischen den Teilgruppen. Vergleicht man allerdings die Mittelwerte der Summenwerte dieser Skala, ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($t = -2,195$; $df = 20$; $p = 0,04$). Die Zusammenhänge werden in Tabelle 12 deutlich.

Tabelle 12: Rigide Kontrolle im Vergleich

Rigide Kontrolle	Betreutes Wohnen	Betreutes Wohnen
	- ja -	- nein -
Sehr gering	3	1
Gering	1	1
Mittel	3	1
Hoch	3	2
Sehr hoch	1	6

54,5% der Mitglieder der Vergleichsgruppe weisen eine sehr hohe rigide Kontrolle des Essverhaltens auf, während es bei den ehemaligen Bewohnern der WG nur 9,1% sind. Dort liegt bei 36,4% eine geringe bis sehr geringe rigide Kontrolle vor, in der Vergleichsgruppe ist die Anzahl in dieser Personen nur halb so groß.

7.2.9.4 Flexible Kontrolle

Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf die flexible Kontrolle des Essverhaltens ist hoch signifikant (Mann-Whitney-U = 19; $Z = -2,741$; $p = 0,005$). Auch bei dem Vergleich der Mittelwerte der Summenwerte dieser Skala ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($t = -3,127$; $df = 20$; $p = 0,005$). Wie in Tabelle 13 dargestellt ist, weisen die ehemaligen Bewohner der WG zu 54,5% eine geringe bis sehr geringe flexible Kontrolle auf, bei 27,3% ist diese hoch. Bei

der Vergleichsgruppe dagegen liegt zu 72,7% eine hohe bis sehr hohe flexible Kontrolle des Essverhaltens vor, bei 9,1% ist sie gering.

Tabelle 13: Flexible Kontrolle im Vergleich

Flexible Kontrolle	Betreutes Wohnen	Betreutes Wohnen
	- ja -	- nein -
Sehr gering	2	0
Gering	4	1
Mittel	2	2
Hoch	3	3
Sehr hoch	0	5

Die größten Schwierigkeiten im Essverhalten bereiten den Befragten das Verlangen nach Süßem (n = 10), Langeweile (n = 9) und Stress, Essen in Gesellschaft und plötzlicher Heißhunger (jeweils n = 7). Auffällig dabei ist, dass die ehemaligen Bewohner der WG insgesamt weniger Schwierigkeiten nennen als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe. Dort haben jeweils 36,4% der Befragten drei oder vier Probleme gleichzeitig, von den ehemaligen Bewohnern der WG weist der größte Teil nur ein bis zwei Schwierigkeiten im Essverhalten auf. Der Zusammenhang ist in Abbildung 8 dargestellt.

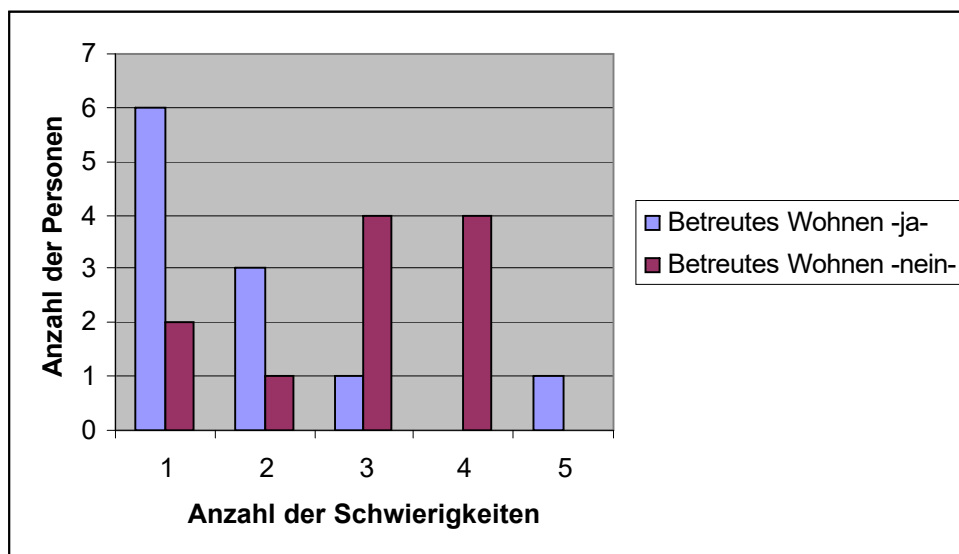


Abbildung 8: Anzahl der Schwierigkeiten im Essverhalten

Die *Häufigkeit der Essanfälle* unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen (Mann-Whitney-U = 47,5; Z = -0,587; p = 0,605). Die Abbildung 6 zeigt trotzdem deutliche Unterschiede in der Anzahl der Essanfälle pro Woche. Von den ehemaligen Bewohnern der WG haben 9,1% mehrmals pro Woche und häufiger einen Essanfall, in der Vergleichsgruppe ist die Zahl der Betroffenen bei gleicher Häufigkeit viermal so hoch (36,4%).

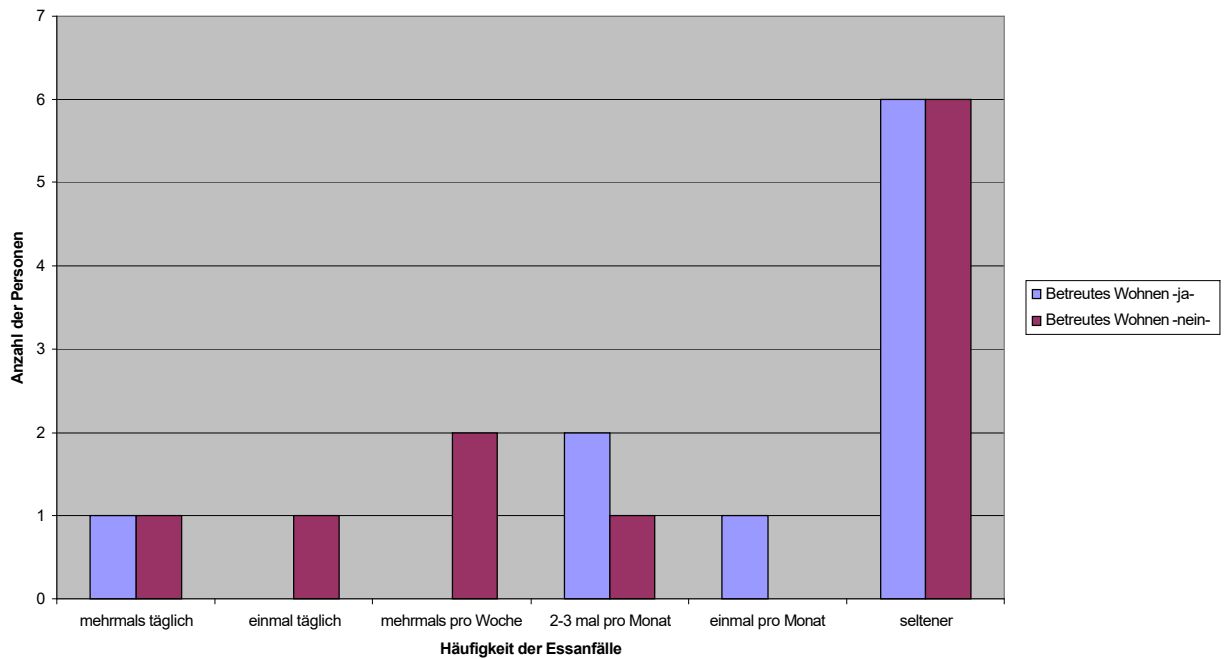


Abbildung 9: Häufigkeit der Essanfälle im Vergleich

Vergleicht man die Häufigkeit des Erbrechens zwischen den Gruppen, ist zu erkennen, dass die ehemaligen Mitglieder der WG deutlich weniger erbrechen als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe. Keiner von den Befragten, die im betreuten Wohnen gelebt haben, übergibt sich mehrmals pro Woche oder häufiger. Aus der Vergleichsgruppe tun das hingegen 27,3% in diesem Zeitraum. In Abbildung 10 ist grafisch dargestellt, inwieweit sich die Gruppen bezüglich der Häufigkeit des Erbrechens unterscheiden. Die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant (Mann-Whitney-U = 42,5; Z = -1,104; p = 0,387).

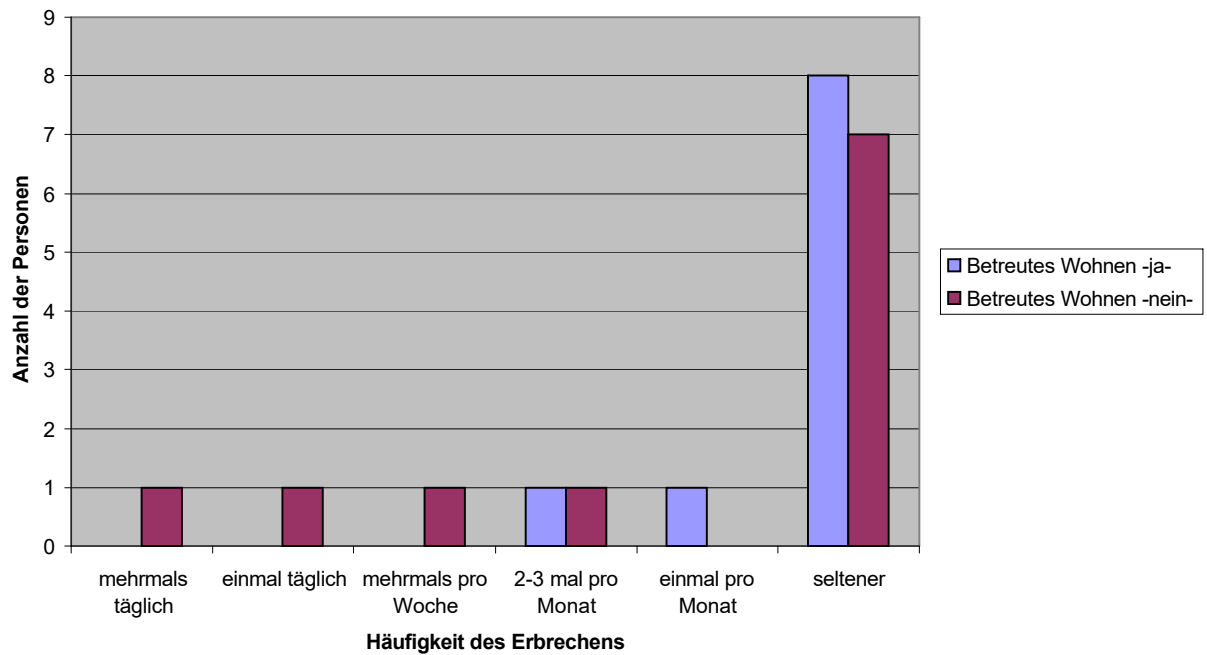


Abbildung 10: Häufigkeit des Erbrechens im Vergleich

Von den Befragten, die erbrechen oder in der Vergangenheit erbrochen haben, werden folgende Auslöser für das Erbrechen genannt:

- Stress
- Leistungsdruck
- Streit / Ärger
- Depressionen
- Langeweile
- Völlegefühl nach einem Essanfall
- Gewichtskontrolle
- der Krankheit hilflos ausgeliefert sein (Sucht).

Die meisten der genannten Gründe zeigen auf, dass alternative Strategien zur Bewältigung von Konflikten nicht erlernt oder umgesetzt wurden.

8 Diskussion und Bewertung der Auswirkungen des betreuten Wohnens auf das Essverhalten

Die wissenschaftliche Überprüfung der Auswirkungen des betreuten Wohnens auf das Essverhalten von jungen Frauen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa steht im Mittelpunkt dieser Arbeit. Die Bewertung dieses Aspektes erfolgt durch die Diskussion der in Kapitel 6.4 genannten Hypothesen.

Klinikaufenthalte

Die Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Anzahl und Länge der Klinikaufenthalte und der damit verbundenen Gewichtszunahme sind nicht signifikant.

Von den elf befragten ehemaligen Bewohnern der WG hat nur eine Person (9,1%) nach dem Aufenthalt in der Wohngruppe eine Wiederaufnahme in eine Klinik erlebt. Die Hypothese, dass die Patienten, die im betreuten Wohnen gelebt haben, nach ihrem Aufenthalt in der WG keinen essstörungsbedingten Klinikaufenthalt in Anspruch nehmen, kann somit nicht vollständig belegt werden.

Betrachtet man diesen Einzelfall allerdings genauer, ist anzumerken, dass der Einzug der Patientin in das betreute Wohnen erst vier Monate nach dem vorangegangenen Klinikaufenthalt stattgefunden hat. Im Regelfall soll das betreute Wohnen direkt im Anschluss an den stationären Aufenthalt erfolgen (vgl. Kapitel 5.3). Ein falsches Essverhalten kann sich in dieser Zeit verfestigt haben und die Bearbeitung der psychischen Ursachen kann vernachlässigt worden sein. Die Patientin gibt außerdem an, das Angebot in der WG fast gar nicht angenommen zu haben, was den Einfluss des betreuten Wohnens auf das Essverhalten zusätzlich verringert (vgl. Kapitel 7.3.8). Da hohe Abbruchraten von Behandlungen bei essgestörten Patienten relativ bekannt sind (*Mauch et al., 2006, S.125*), wäre weiterhin zu untersuchen, ob die Person den Aufenthalt im betreuten Wohnen gegebenenfalls vorzeitig abgebrochen hat.

Die Quote (90,9%), bei der eine Wiederaufnahme in die Klinik verhindert wurde, ist trotz der einen Ausnahme relativ hoch und ließe die Schlussfolgerung zu, dass das betreute Wohnen einen positiven Effekt auf den Krankheitsverlauf einer Essstörung hat.

Ernährungsverhalten

Das Ernährungsverhalten der ehemaligen Bewohner der WG soll hinsichtlich der einzelnen Lebensmittelgruppen und der Verwendung von nicht diätetischen Lebensmitteln besser sein als in der Vergleichsgruppe.

Betrachtet man das Ernährungsverhalten insgesamt, gibt es zwischen den Gruppen einen signifikanten Unterschied. Die ehemaligen Bewohner der WG sind insgesamt besser versorgt als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe. Differenziert man die Lebensmittelgruppen, so gibt es bei den ehemaligen Bewohnern der WG im Gegensatz zur Vergleichsgruppe eine signifikant bessere Versorgung mit „*Getreide, Getreideerzeugnissen und Kartoffeln*“ und „*Fleisch, Wurst, Fisch und Eiern*“. Die Teilnehmer der Vergleichsgruppe sind dagegen mit „*Obst*“ und „*Gemüse*“ besser versorgt. Die ehemaligen WG-Bewohner essen häufiger „*Milch und Milchprodukte*“ sowie „*Süßigkeiten, Snacks und Knabberartikel*“. Diese Unterschiede sind im Gegensatz zur Versorgung mit „*Fetten und Ölen*“ jedoch nicht signifikant. Mit „*Fetten und Ölen*“ sind die ehemaligen Bewohner der WG wesentlich besser versorgt als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe.

Das betreute Wohnen hat demnach einen positiven Effekt auf das Ernährungsverhalten von essgestörten jungen Frauen. Die ehemaligen Bewohner der WG sind mit einem Großteil der einzelnen Lebensmittelgruppen besser versorgt als die Teilnehmer in der Vergleichsgruppe. Sieben von elf Personen ernähren sich nach ihrem Aufenthalt in der WG den Lebensmittelmengenvorgaben der DGE entsprechend.

Der Verzehr von nicht-diätetischen Lebensmitteln ist bei den ehemaligen Bewohnern der WG höher als in der Vergleichsgruppe. Die größten Unterschiede gibt es beim Verzehr von Öl, hellen Nudeln/hellem Reis, Rind- und Schweinefleisch, Kuchen, Torten oder süßem Gebäck sowie Chips, salzigen Nüssen und Knabbergebäck. Diese Lebensmittel werden von den meisten Personen aus der Vergleichsgruppe gemieden, die ehemaligen Bewohner der WG essen diese jedoch wesentlich häufiger. Auch alkoholische Getränke, insbesondere Wein und Sekt werden von den ehemaligen WG-Mitbewohnern weitaus häufiger konsumiert als in der Vergleichsgruppe. Das Ernährungsverhalten der Bewohner wurde also auch in Hinsicht auf den Abbau der „Schwarzen Liste“ durch das betreute Wohnen verbessert.

Die Hypothese, dass die ehemaligen Bewohner der WG ihr Ernährungsverhalten objektiver einschätzen können als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe, kann nicht belegt werden. In beiden Gruppen gibt es etwa gleich viele Personen, die ihr Ernährungsverhalten richtig einschätzen bzw. denken, sie würden mehr essen, als es in der Realität der Fall ist. Durch das regelmäßige Führen eines Ernährungsprotokolls soll in der WG unter anderem die Fähigkeit verbessert werden, die eigene Ernährung richtig einschätzen zu können und Fehler zu erkennen. Da sich essgestörte Patienten allerdings häufig mit der Zubereitung und den Inhaltsstoffen von Lebensmitteln beschäftigen, ist diese Fähigkeit anscheinend auch in der Vergleichsgruppe vorhanden. Die Überzeugung, mehr zu essen als tatsächlich von den Befragten konsumiert wird, kann als eine Folge der kognitiven Kontrolle des Essverhaltens interpretiert werden. Die dabei selbst definierten Einstellungen und Grenzen in Bezug auf die Ernährung liegen bei essgestörten Personen oft unter dem Idealbild, was auch bei einem Teil der Stichprobenmitglieder zum Zeitpunkt der Befragung deutlich wird.

Der Aufenthalt im betreuten Wohnen führt dazu, dass die ehemaligen Bewohner auf ein Ernährungsprotokoll verzichten und keine Ernährungsberatung in Anspruch nehmen. Keiner der ehemaligen Bewohner der WG führt ein Ernährungsprotokoll und nur eine Person besucht monatlich eine Ernährungsberatung. Die Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen sind signifikant, was die Hypothese bestätigt. Das betreute Wohnen hat demnach auch hier einen positiven Effekt auf das Essverhalten, denn die ehemaligen Bewohner scheinen sich sicherer im Umgang mit dem Essen zu fühlen, so dass sie auf ein Ernährungsprotokoll und eine Ernährungsberatung verzichten können.

Bewegungsverhalten

Die Annahme, dass die ehemaligen Bewohner der WG weniger Sport treiben, als die Mitglieder der Vergleichsgruppe, wird durch die Studie bestätigt. Es besteht ein hoch signifikanter Unterschied in der Dauer der sportlichen Aktivität und es sind bestimmte Tendenzen in der Art der körperlichen Betätigung erkennbar. Die Befragten aus der Vergleichsgruppe treiben in einer Woche durchschnittlich drei Stunden mehr Sport als die ehemaligen WG-Mitbewohner und bevorzugen dabei

Fitness und Ausdauersport. Die sportliche Aktivität wird bei einer Essstörung oft als Kompensation zum Essverhalten genutzt (vgl. Kapitel 2.2 und 3.2) und kann somit der Symptomatik einer Essstörung zugeordnet werden. Im betreuten Wohnen wird dieses Verhalten erfolgreich reduziert.

Einstellung zum Gewicht

Die Zufriedenheit mit dem derzeitigen Gewicht fällt in beiden untersuchten Gruppen eher mittelmäßig aus und es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Beachtet man allerdings, dass von den Mitgliedern der Vergleichsgruppe 45,5% untergewichtig sind, ist dieser Vergleich nicht sehr aussagekräftig. Es wird dabei sogar deutlich, dass die Zufriedenheit der ehemaligen Bewohner der WG mit ihrem Gewicht ähnlich mit der Zufriedenheit der Vergleichsgruppe ist, obwohl von ihnen keiner untergewichtig ist. Diese Tatsache ist positiv zu bewerten.

Des Weiteren werden Gewichtsschwankungen von den ehemaligen Bewohnern der WG besser akzeptiert. Nur 18,2% können diese „schlecht“ bis „sehr schlecht“ akzeptieren, in der Vergleichsgruppe dagegen sind es 63,6%. Der Unterschied ist signifikant. Eine andere Tendenz ist zu erkennen, wenn man den durchschnittlichen BMI-Wert des angegebenen Wunschgewichtes der Gruppen miteinander vergleicht. Dieser ist in der Vergleichsgruppe um $1,1 \text{ kg/m}^2$ höher, die Unterschiede zwischen den Gruppen sind aber nicht signifikant.

Über die Hälfte der Bewohner hat während des Aufenthaltes in der WG ihr Mindestgewicht erreicht und es danach nicht unterschritten, weitere 27,3% haben ihr Mindestgewicht nach dem Aufenthalt in der WG überschritten.

Der Aufenthalt im betreuten Wohnen hat demnach einen positiven Effekt auf die Einstellung der Bewohner zu ihrem Gewicht und erhöht die Wahrscheinlichkeit, das Mindestgewicht zu erreichen und zu halten.

Mahlzeitenhäufigkeit und Ort der Essenseinnahme

Bei der Häufigkeit der Einnahme der Mittagsmahlzeit gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen. Von den ehemaligen Bewohnern der WG nehmen 72,2% täglich eine Mittagsmahlzeit zu sich, in der Vergleichsgruppe sind es nur 27,3%. Die ehemaligen WG-Mitbewohner nehmen auch häufiger ein Frühstück und eine Spätmahlzeit zu sich. Sie essen außerdem häufiger in der

Kantine bzw. Mensa oder am Imbiss und nehmen seltener ihr eigenes Essen mit zur Arbeit als die Mitglieder der Vergleichsgruppe. Der Aufenthalt im betreuten Wohnen wirkt sich demnach positiv auf die Mahlzeitenhäufigkeit aus und führt dazu, dass Lebensmittel, bei denen die Zusammensetzung und die Zubereitung nicht genau bekannt sind (besonders in öffentlichen Einrichtungen), häufiger gegessen werden. Durch die Anforderung in der WG, täglich eine warme Abendmahlzeit zu sich zu nehmen, und durch das regelmäßige Training eines Restaurantbesuches wird diese Eigenschaft verbessert.

Die ehemaligen Bewohner der WG essen häufiger in Gesellschaft und kochen häufiger, die Unterschiede zwischen den Gruppen sind aber nicht signifikant. Das Essverhalten ist in dieser Hinsicht trotzdem besser als in der Vergleichsgruppe. Das ist vermutlich darauf zurück zu führen, dass die Bewohner der WG einen Kochdienst pro Woche leisten und täglich in Begleitung von anderen Bewohnern oder Betreuern mindestens eine Mahlzeit einnehmen. Die Arbeit, die diese Seite des Essverhaltens betrifft, sollte in der WG weiter in Vordergrund rücken, um den Bewohnern das Essen in alltäglichen Situationen zu erleichtern.

Der Wohnsitz

Von den Befragten fühlt sich der Hauptteil Zuhause wohl und es sind keine Zusammenhänge zwischen diesem Aspekt und dem Ernährungs- bzw. Essverhalten zu erkennen. Da zu wenig Fälle vorliegen, können statistische Tests nur eingeschränkt vorgenommen werden. Die Hypothese, dass die Patienten, die sich Zuhause nicht wohl fühlen, ein schlechteres Ernährungs- und Essverhalten aufweisen, kann nicht bestätigt werden. Eine weitere Untersuchung mit einer größeren Stichprobe ist notwendig, um eine Aussage zum Zusammenhang zwischen den Variablen treffen zu können.

Das betreute Wohnen

Während des Aufenthaltes in der WG hat sich das Gewicht der Bewohner im Durchschnitt um 1,54 kg/m² erhöht. Die Kontakte zu anderen Mitbewohnern, die ambulante Psychotherapie und die Gespräche mit den Bezugsbetreuern werden dabei als Hilfe, das Essverhalten zu stabilisieren, am besten bewertet. In einer offenen Frage wird der Umgang mit den bulimischen Bewohnern, die Absprache

unter den Betreuern und der fehlende individuelle Umgang mit den Bewohnern kritisiert.

45,4% der Bewohner haben das Angebot in der WG meistens angenommen. Durch die berechneten Rangkorrelationen können folgende Aussagen getroffen werden:

- Je weniger das Angebot im betreuten Wohnen angenommen wurde, desto höher ist die Störbarkeit des Essverhaltens.
- Je intensiver das Angebot im betreuten Wohnen angenommen wurde, desto höher ist die flexible Kontrolle des Essverhaltens.

Die Hypothese „*Je intensiver die Bewohner die Maßnahmen in der WG angenommen haben, desto positiver sind die Auswirkungen auf das Essverhalten der Betroffenen.*“ kann statistisch nicht belegt werden. Die Annahme des betreuten Wohnens hat aber in Hinsicht auf die Störbarkeit und die flexible Kontrolle einen positiven Effekt auf das Essverhalten.

Den Ergebnissen zufolge ist es sinnvoll, die Intensität zu erhöhen, mit der die Bewohner das Angebot in der WG annehmen. Es können zum Beispiel bestimmte vertragliche Grundlagen geschaffen werden oder es kann versucht werden, durch vermehrte Feedback-Gespräche mit den Bewohnern das Angebot in der WG interessanter zu machen.

Das Essverhalten

Die Patienten, die im betreuten Wohnen gelebt haben, besitzen eine signifikant geringere kognitive Kontrolle des Essverhaltens als die Mitglieder der Vergleichsgruppe. Die Störbarkeit und die rigide Kontrolle des Essverhaltens sind ebenfalls weniger ausgeprägt, diese Unterschiede sind allerdings nicht signifikant. Die Mitglieder der Vergleichsgruppe weisen eine signifikant höhere flexible Kontrolle des Essverhaltens auf. Diese ist bei Maßnahmen zur Veränderung des Essverhaltens zwar zu bevorzugen (*Westenhöfer et al., 2003, S. 264*), im Bereich Essstörungen scheint es aber sinnvoll, die kognitive Kontrolle generell so gering wie möglich zu halten.

Mit den Ergebnissen wird nachgewiesen, dass das betreute Wohnen einen positiven Effekt auf das Essverhalten der Bewohner hat. Durch das Zusammenspiel der ambulanten Psychotherapie und der sozialpädagogischen Arbeit der Betreuer mit den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen, die vor

allem in der Ernährungstherapie umgesetzt werden, wird die bewusste Kontrolle des Essverhaltens vermindert. Die Vergleichsgruppe weist deutlich schlechtere Werte in der Analyse des Essverhaltens auf.

Durch die Studie wird deutlich, dass die ehemaligen Bewohner der WG weniger Ess- und Brechanfälle erleben, als die Mitglieder der Vergleichsgruppe. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind aber sehr gering und statistisch nicht signifikant. Es ist außerdem anzudenken, einen Essanfall aus Sicht der Betroffenen genau definieren zu lassen, da es diesbezüglich unterschiedliche Ansichten geben kann.

Kritik an der Studie

Die Stichprobe ist mit jeweils elf Teilnehmern pro Gruppe relativ klein, wodurch die ermittelten Ergebnisse nicht uneingeschränkt generalisiert werden können. Die Studie müsste mit einer größeren Anzahl an Teilnehmern durchgeführt werden.

Die Stichprobe kann außerdem nicht als repräsentativ angesehen werden, da die Quotenauswahl in beiden Gruppen durch freiwillige Personen zustande gekommen ist. Dieser Umstand verzerrt die Verlässlichkeit des Schlusses von der Stichprobe auf die Gesamtheit in nicht berechenbarer Weise (*Deutsche Forschungsgemeinschaft, 1999, S. 13*).

Die anthropometrischen Daten der Befragten wurden nicht mit geeichten Messmethoden ermittelt, was die Reliabilität erheblich einschränkt. Es kann vermutet werden, dass die errechneten BMI-Werte nicht der Realität entsprechen. Um das Ernährungsverhalten der Befragten zu ermitteln, wurde eine Food Frequency List verwendet. Diese retrospektive Methode hat die Nachteile, dass es sich nicht um eine lückenlose Erfassung der verzehrten Lebensmittel handelt, da die Liste nur bestimmte Lebensmittel abfragt. Es kann außerdem zu Schätzfehlern bei der Portionsgröße von Seiten des Probanden kommen, was eine genaue Nährwertberechnung erschwert.

9 Zusammenfassung

Die Wohngruppe (WG) für junge Frauen mit Essstörungen vom Rauhen Haus ist eine Form des betreuten Wohnens, bei der Patienten mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa im Anschluss an einen stationären Aufenthalt für mindestens sechs Monate durch fünf Sozialpädagogen und eine Ökotrophologin unterstützt werden. Das Ziel dabei ist es, das Essverhalten der Bewohner zu verbessern, psychische Ursachen der Krankheit zu bearbeiten und adäquate Problemlösungsstrategien im Hinblick auf den Umgang mit der Essstörung zu entwickeln. Außerdem sollen die Bewohner ein selbstständiges und eigenverantwortliches Handeln erlernen, berufliche Perspektiven entwickeln und auf eine eigenständige Lebensführung vorbereitet werden.

In der vorliegenden Studie werden die Auswirkungen des betreuten Wohnens auf das Essverhalten der jungen Bewohnerrinnen untersucht. Sie soll zur Verbesserung des Konzeptes der WG und zum Nachweis der Effektivität dieser Wohnform beitragen, da es keine vergleichbaren Untersuchungen in diesem Bereich gibt.

Insgesamt wurden 22 Teilnehmer, davon elf ehemalige Bewohner der WG und elf Personen einer Vergleichsgruppe, schriftlich zu ihren Klinikaufenthalten, ihrem Ernährungs- und Essverhalten, zu ihrer Einstellung zum Gewicht und zum Bewegungsverhalten befragt. Die ehemaligen Bewohner der WG erhielten zusätzlich Fragen zu ihrem Aufenthalt im betreuten Wohnen.

Die Auswertung der Studie hat ergeben, dass der Aufenthalt im betreuten Wohnen zum einen das Ernährungsverhalten in Bezug auf die Versorgung mit unterschiedlichen Lebensmittelgruppen und den Verzehr von nicht-diätetischen Lebensmitteln verbessert und zum anderen das Essverhalten hinsichtlich der kognitiven Kontrolle positiv beeinflusst. Außerdem ist die sportliche Aktivität bei ehemaligen Bewohnern der WG im Gegensatz zur Vergleichsgruppe geringer und das Untergewicht wird erfolgreich behandelt.

Das betreute Wohnen hat der Untersuchung zufolge einen nachgewiesenen positiven Effekt auf das Essverhalten von jungen essgestörten Frauen.

10 Abstract

The shared flat for young women with eating disorders of the deaconic institution “Rauhes Haus” is a kind of cared living, where patients with anorexia or bulimia are supported by five social educational workers and one nutritionist. They come there for at least six months after being in hospital to improve their eating habits, to work on their psychological causes and develop strategies to solve problems dealing with the eating disorder. Furthermore they should be given the ability to act on their own authority and enlarge their job competences. At the end, they should be able to stand on their own feet.

The available survey analyses the effects of the cared living on the inhabitant's eating habits. It should improve the concept of the cared living institution and provide evidence of the consequences of this type of living. There are no other existing surveys in this field.

22 participants were interviewed in written form. The questionnaire was sent to eleven former inhabitants and eleven persons in a comparable group without cared living. It asks questions about previous hospitalisations, about the eating habits and the composition of food, about the mental attitude towards their weight and the behaviour in physical exercising. The former inhabitants were also requested to answer questions about their residence in the cared living.

The analysis shows that the residence in the cared living improves the eating habits especially regarding to the feed with different groups of food and non-dietary food. Furthermore the cognitive control of the eating habits is influenced in a positive way and the sport activities of the former inhabitants are reduced. Moreover the underweight is successfully attended.

According to this survey the cared living has a positive effect on the eating habits of young women with an eating disorder.

11 Ausblick

Aufgrund der steigenden Prävalenz der Essstörungserkrankungen und der hohen Rate an Chronifizierungen in diesem Bereich ist es wichtig, die Behandlungsmöglichkeiten nach dem Klinikaufenthalt zu verbessern und den Betroffenen einen geeigneten Rahmen zu bieten, um die Symptome und psychischen Ursachen der Krankheit erfolgreich zu behandeln.

Die Wohngruppe für Mädchen und junge Frauen mit gestörtem Essverhalten vom Rauhen Haus wird diesen Anforderungen als besondere Form des betreuten Wohnens gerecht. Das Konzept der Wohngruppe, das mit dem Kinderkrankenhaus Wilhelmstift zusammen entwickelt wurde, bietet einige Möglichkeiten, die positiven Auswirkungen des betreuten Wohnens auf das Essverhalten der Bewohner weiter zu erhöhen.

Die Arbeit in der WG kann effektiver gestaltet werden, wenn die Kommunikation innerhalb des betreuenden Teams gefördert wird und bestimmte Leitsätze formuliert werden, die eine einheitliche und gleichbleibende Qualität des Betreuungsangebotes garantieren. Zusätzlich sollte durch bestimmte vertragliche Grundlagen und vermehrte Feedback-Gespräche mit den Bewohnern die Intensität erhöht werden, mit der das Angebot des betreuten Wohnens angenommen wird.

Die Ernährungstherapie in der Wohngruppe sollte vermehrt darauf abzielen, das selbstständige gesunde Essverhalten zu fördern und die Bewohner somit auf die Anforderungen im eigenen Wohnraum vorzubereiten. Dafür können Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung häufiger besucht und das eigenständige Einkaufen oder Zubereiten von Lebensmitteln erprobt werden. Eine zusätzliche ambulante ernährungstherapeutische Begleitung nach dem Aufenthalt in der Wohngruppe ist ebenfalls sinnvoll, um das gesunde Essverhalten zu stabilisieren und den Anforderungen im eigenen gerecht zu werden.

12 Literaturverzeichnis

1. Benninghoven, D; Heberlein, I; Kunzendorf, S; Jan, G.:
Körperschemastörung und interpersonelle Probleme für den Erfolg stationärer psychosomatischer Behandlung anorektischer und bulimischer Patienten; Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, Stuttgart (Georg Thieme Verlag), 2005
2. Bundessozialhilfegesetz, BGBl I 1961, 815, 1875, Stand: 30. Juni 1961
3. Das Rauhe Haus: Ergänzende Leistungsbeschreibung der Region Hamm / Horn für Mädchen und junge Frauen mit gestörtem Essverhalten, Stand: 15.12.2002
4. Deutsche Forschungsgemeinschaft: Qualitätskriterien der Umfrageforschung, Berlin (Akademie Verlag GmbH), 1999
5. Hamm, M.: Knaurs Handbuch Ernährung, München (Droemersch Verlagsanstalt Th. Knaur Nachf. GmbH & Co.), 2003
6. Hauner, A.; Reichert, E.: Bodytalk, München (Deutscher Taschenbuch Verlag), 2004
7. Isler, E.: Anorexie/Bulimie: Konzept „Akutes Management“; Aktuelle Ernährungsmedizin, Stuttgart (Georg Thieme Verlag), 2002
8. Jacobi, C.; Thiel, A.; Paul, T.: Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa, Weinheim (Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz), 2000
9. Janssen, J.; Laatz, W.: Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows, Berlin Heidelberg (Springer-Verlag), 2005

10. Kasper, H. : Ernährungsmedizin und Diätetik, München (Urban & Fischer Verlag), 2004
11. Kinder- und Jugendhilfegesetz, SGB VIII, Stand: 01.01.1999
12. Kooperationsvereinbarung zwischen dem Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und dem Rauhen Haus, Mai 2001
13. Lechner, H.: Die Erklärung von Gruppenprozessen, Frankfurt am Main (Peter Lang GmbH), 2001
14. Mauch, .; Iff, S.; Teuscher, P.; Sterchi, A.-B.; Stanga, Z.: Ernährungstherapeutische Beratung bei Patientinnen mit Anorexie, Bulimie oder deren Mischform; Aktuelle Ernährungsmedizin, Stuttgart (Georg Thieme Verlag), 2006
15. Pudel, V.; Westenhöfer, J.: Ernährungspsychologie, Göttingen (Hogrefe-Verlag), 2003
16. Schlichte, G.: Betreutes Wohnen, Hilfen zur Alltagsbewältigung, Bonn (Psychatrie-Verlag), 2006
17. Stahl, E.: Dynamik in Gruppen, Weinheim (Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz), 2002
18. Tuschen-Caffier, B.; Pook, M.; Hilbert, A.: Diagnostik von Essstörungen und Adipositas, Göttingen (Hogrefe-Verlag), 2005
19. Westenhöfer, J.: Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Eßverhaltens, Göttingen (Verlag für Psychologie, Hogrefe), 1992
20. Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS): Essstörungen, Hürth (Drei Kronen Druck), 2004

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg, den 21.02.2007

Susen Barth