

V&R  unipress

V&R unipress

Günter Reich / Gabriele Witte-Lakemann / Uta Killius

Qualitätssicherung
in Beratung und ambulanter Therapie
von Frauen und Mädchen mit Essstörungen

Eine Praxisstudie

Abschlussbericht

V&R unipress

Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Unterstützung durch die Stiftung Bildung und Behindertenförderung

Durchgeführt vom Bundesfachverband Essstörungen
in Kooperation mit der Ambulanz für Familientherapie und für Ess-Störungen
der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Bereich Humanmedizin der Universität Göttingen

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-89971-237-4

© 2005, V&R unipress in Göttingen / www.vr-unipress.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung
des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche
Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung
für Lehr- und Unterrichtszwecke. Printed in Germany.

Gesamtherstellung: Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

1. ZUSAMMENFASSUNG DES PROJEKTES UND WESENTLICHER ERGEBNISSE.....	11
1.1 Übersicht über das Projekt und die Durchführung.....	11
1.2 Ziele der Untersuchung.....	13
1.3 Die verwendeten Untersuchungsinstrumente	14
1.4 Ergebnisse der Untersuchung	14
2. EMPFEHLUNGEN AUS DER STUDIE.....	27
3. LEITLINIEN FÜR DIE BERATUNG UND AMBULANTE THERAPIE BEI ESSSTÖRUNGEN	31
4. AUSFÜHRLICHE DARSTELLUNG DES PROJEKTES: AUSGANGSLAGE, FRAGESTELLUNGEN UND ZIELE DES PROJEKTES	35
4.1 Formen von Essstörungen.....	35
4.2 Verbreitung von Essstörungen.....	38
4.3 Ursachen für die Entstehung von Essstörungen.....	39
4.4 Folgen von Essstörungen.....	41
4.5 Beratung und Therapie von Essstörungen	41
4.6 Die Notwendigkeit abgestufter Beratungs- und Behandlungsschritte und deren Kombination	43
5. FRAGESTELLUNGEN, ZIELE UND DURCHFÜHRUNG DES PROJEKTES	45
5.1 Fragestellungen und Ziele.....	45
5.2 Methodik und Arbeitsprogramm	46
5.2.1 Art und Umfang der Studie	46
5.2.2 Die Instrumente der Untersuchung.....	47
5.2.3 Die Messzeitpunkte.....	50
5.3 Ziele.....	52
5.4 Vorarbeiten	53
5.5 Durchführung und zeitlicher Ablauf.....	53
6. ÜBERSICHT ÜBER DIE DATENLAGE	57
7. DIE BETEILIGTEN INSTITUTIONEN	59
7.1 Art der Einrichtung und Finanzierung	59
7.2 Die Leistungen.....	60
7.3 Jährliche Inanspruchnahme von Beratungen	61
7.4 Jährliche Inanspruchnahme von Therapien	61
7.5 Spezifische Interventionen und Settings bei Essstörungen.....	62
7.6 Kooperationspartner der Einrichtungen.....	62
7.7 Finanzierung der Beratungen und Behandlungen.....	64
7.8 Weitere Arbeitsschwerpunkte der Einrichtungen	65

7.9	Zusammenfassende Typisierung der Einrichtungen	66
7.10	Zusammenfassung und Fazit	66
8.	DIE BERATERINNEN UND THERAPEUTINNEN.....	69
8.1	Altersverteilung	69
8.2	Berufsgruppen und Qualifikationen.....	69
8.3	Weiterbildungen	71
8.4	Berufserfahrung	72
8.5	Beschäftigungsstatus und -umfang	72
8.6	Die beraterische und therapeutische Orientierung	72
8.7	Die Arbeit der Beraterinnen und Therapeutinnen mit essgestörten Klientinnen	73
8.8	Zusammenfassung und Fazit	74
9.	TELEFONISCHE BERATUNGEN	77
9.1	Die Ratsuchenden	77
9.2	Das Alter der von der Essstörung Betroffenen	77
9.3	Art und Dauer der Essstörung.....	77
9.4	Ratsuchende, Alter der Betroffenen und Dauer der Essstörung nach Diagnosegruppen	79
9.5	Anliegen, Dauer und Ergebnisse der Beratung	81
9.6	Zusammenfassung und Fazit	81
10.	EINMALIGE BERATUNGEN.....	83
10.1	Die Ratsuchenden	83
10.2	Das Alter der von der Essstörung Betroffenen	84
10.3	Häufigkeit der Essstörungen.....	84
10.4	Alter der Betroffenen und Dauer der Essstörung nach Diagnosegruppen ..	85
10.5	Anliegen, Dauer und Ergebnisse der Beratung	86
10.6	Zusammenfassung und Fazit	86
11.	DIE KURZEN BERATUNGEN	89
11.1	Zur Datenlage	89
11.2	Soziodemographische Daten der Klientinnen.....	89
11.3	Klinische Daten der Klientinnen.....	90
11.4	Der Weg in die Beratung	93
11.5	Ergebnisse der kurzen Beratungen aus der Sicht der Beraterinnen	94
11.6	Die Ergebnisse der kurzen Beratungen im Urteil der Klientinnen.....	96
11.7	Zusammenfassung und Fazit	98
12.	KURZE ERNÄHRUNGSBERATUNGEN	99
13.	DIE ANGEHÖRIGENGRUPPEN.....	101
13.1	Zusammensetzung der Angehörigengruppen, soziodemographische Daten.....	101

13.2	Die Betroffenen: Alter, Art und Dauer der Essstörung, andere Erkrankungen und Behandlung	101
13.3	Erwartungen an die Angehörigengruppen	102
13.4	Angaben zu Verlauf und Ergebnissen der Angehörigengruppen. Angaben zu Anzahl und Dauer der Gruppensitzungen.....	103
13.5	Ergebnisse der Angehörigengruppen.....	104
13.6	Zusammenfassung und Fazit	110
14.	DIE MITTELLANGEN BERATUNGEN	113
14.1	Die Datenlage	113
14.2	Soziodemographische Daten der Klientinnen.....	113
14.3	Soziodemographische Daten zu den Herkunftsfamilien der Klientinnen .	115
14.4	Klinischer Status der Klientinnen nach Klientinnenangaben.....	116
14.5	Der Weg in die mittellangen Beratungen.....	117
14.6	Klinischer Status der Klientinnen in der Beurteilung der Beraterinnen....	118
14.7	Ergebnisse der mittellangen Einzelberatungen aus Klientinnensicht	119
14.8	Ergebnisse der mittellangen Gruppenberatungen aus Klientinnensicht....	125
14.9	Zusammenfassung und Fazit	133
15.	DIE LANGEN BERATUNGEN UND THERAPIEN	137
15.1	Ausgangsdaten der Klientinnen	137
15.1.1	Zur Datenlage.....	137
15.1.2	Soziodemographische Daten	137
15.1.3	Soziodemographische Daten zu den Eltern der Klientinnen	139
15.1.4	Problembewertungen zu Beginn der langen Beratungen und Therapien	140
15.1.5	Vorhergehende Behandlungen	144
15.1.6	Zusammenfassung und Fazit.....	145
15.2	Beurteilungen der Therapeutinnen/Beraterinnen zu Beginn der langen Beratungen und Therapien.....	146
15.2.1	Zur Datenlage.....	146
15.2.2	Der Weg in die langen Beratungen und Therapien	146
15.2.3	Klinischer Status der Klientinnen.....	149
15.2.4	Einschätzung der Problembereiche der Klientinnen durch die Beraterinnen/Therapeutinnen	150
15.2.5	Vereinbarungen	154
15.2.6	Zusammenfassung und Fazit.....	154
15.3	Beurteilung der langen Einzelberatungen und Therapien durch die Klientinnen	155
15.3.1	Zur Datenlage.....	155
15.3.2	Soziodemographische Daten	156
15.3.3	Klinischer Status der Klientinnen zu Therapiebeginn.....	156
15.3.4	Problembewertung am Anfang der Behandlung	157
15.3.5	Dauer und Art der Behandlungen.....	158

15.3.6	Ergebnisse der Behandlungen	159
15.3.7	Problembewertung zum Abschluss der Behandlung	166
15.3.8	Bewertung der Behandlung, der Kooperation mit der Behandlerin und der Einrichtung	170
15.3.9	Zusammenfassung und Fazit.....	172
15.4	Bewertungen der langen Einzelberatungen und -therapien durch die Behandlerinnen.....	173
15.4.1	Zur Datenlage.....	173
15.4.2	Bewertungen der Probleme	174
15.4.3	Gesamtbeurteilung des Beratungs- und Therapieverlaufs.....	176
15.4.4	Fragen zum Abschluss der Behandlung	176
15.4.5	Zusammenfassung und Fazit.....	178
15.5	Abschließende Bewertung der langen Gruppentherapien durch die Klientinnen	178
15.5.1	Zur Datenlage.....	178
15.5.2	Soziodemographische Daten	179
15.5.3	Klinischer Status der Klientinnen zu Beginn der Behandlung	179
15.5.4	Problembewertung am Anfang der Behandlung	179
15.5.5	Dauer und Umfang der Gruppentherapien	183
15.5.6	Ergebnisse der Gruppentherapien	184
15.5.7	Problembewertungen zum Abschluss	190
15.5.8	Bewertung der Gruppenbehandlung sowie der Kooperation mit den Behandlerinnen und der Einrichtung.....	194
15.5.9	Zusammenfassung und Fazit.....	196
15.6	Abschließende Bewertung der langen Gruppentherapien durch die Beraterinnen und Therapeutinnen.....	198
15.6.1	Zur Datenlage.....	198
15.6.2	Bewertung der Problembereiche	198
15.6.3	Gesamtbeurteilung der Gruppentherapien.....	201
15.6.4	Fragen zum Abschluss der Behandlung	201
15.6.5	Zusammenfassung und Fazit.....	202
16.	DIE KATAMNESEN DER LANGEN BERATUNGEN UND THERAPIEN	203
16.1	Vorbemerkung	203
16.2	Soziodemographische Daten	203
16.3	Klinische Daten der Klientinnen.....	204
16.4	Art und Dauer der Behandlungen, Zeitraum seit dem Behandlungsende .	205
16.5	Ergebnisse der Behandlungen.....	206
16.6	Problembewertung bei der Katamnese	214
16.7	Bewertung der Behandlungen sowie der Kooperation mit den Behandlerinnen und der Einrichtung	218
16.8	Zusammenfassung und Fazit	219

17. SEELISCHE UND ESSTÖRUNGSSPEZIFISCHE BELASTUNGEN IN URSPRUNGSFAMILIEN UND PARTNERSCHAFTEN DER KLIENTINNEN.....	223
18. MÄDCHEN- UND FRAUENSPEZIFISCHE ERFAHRUNGEN ZU KÖRPEREINSCHÄTZUNG, LEISTUNG, PARTNERSCHAFT UND SEXUALITÄT	229
18.1 Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der Körper einschätzung	229
18.2 Anerkennung und Leistung.....	239
18.3 Rollenverteilung und Förderung in der Ursprungsfamilie	244
18.4 Rollenverteilung in der Partnerschaft	246
18.5 Sexualität und Partnerschaft	249
18.6 Zusammenfassung und Fazit	253
19. ANGABEN ZU MISSBRAUCH, MISSHANDLUNG UND VERNACHLÄSSIGUNG	255
20. KLIENTINNEN, DIE DIE TEILNAHME AN DER BEFRAGUNG ABLEHNTEN	259
LITERATUR	261
ANHANG	265
Anhang A: Die Module	267
Anhang B: Information für die Klientin/Patientin.....	385
Anhang C: Einverständniserklärung	387
Anhang D: Die beteiligten Institutionen.....	389
Anhang E: Schlüssel für die Auswahl der telefonischen, einmaligen und kurzen und langen Beratungen/Therapien.....	393

1. Zusammenfassung des Projektes und wesentlicher Ergebnisse

1.1 Übersicht über das Projekt und die Durchführung

Essstörungen gehören zu den wesentlichen modernen Frauenkrankheiten. Bis zu 5% der Mädchen und Frauen zwischen 14 und 35 Jahren leiden an einer dieser Erkrankungen, insbesondere an einer Magersucht oder an einer Bulimie. Ein noch größerer Teil ist gefährdet, eine solche Störung zu entwickeln. Essstörungen haben eine Tendenz zur Chronifizierung mit erheblichen psychischen, körperlichen und sozialen Folgen für die Betroffenen und auch für ihre Angehörigen, zudem mit erheblichen finanziellen Belastungen für das Gesundheitswesen, Rentenversicherungsträger und Arbeitgeber.

Der zunehmenden Zahl von Mädchen und Frauen, die eine Essstörung entwickeln bzw. zu den Hochrisiko-Gruppen für diese Störungen gerechnet werden müssen, steht in der Bundesrepublik Deutschland ein unzureichendes beraterisches und psychotherapeutisches Behandlungsangebot gegenüber. Patientinnen mit Essstörungen gehören zu den psychotherapeutisch am schlechtesten versorgten Patientinnengruppen. Wegen des besonderen Charakters und des Verlaufs dieser Störungen wird ein abgestuftes System von Beratung, ambulanter und stationärer Therapie sowie einer entsprechenden Nachsorge in einer Versorgungskette für notwendig gehalten. Hierbei muss dem frauenspezifischen Charakter dieser Störungen Rechnung getragen werden.

Ziel der vorliegenden Praxisstudie ist dem entsprechend die Förderung einer frauen- und mädchengerechten Beratung und ambulanten Behandlung bei Essstörungen. Sie wurde vom Bundesfachverband Essstörungen (BFE) in Kooperation mit der Ambulanz für Familientherapie und Essstörungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen durchgeführt.

Das bundesweit einmalige Projekt soll erstmals die breite Kenntnislücke im Bereich der Beratung und ambulanten Therapie von Mädchen und Frauen mit Essstörungen schließen helfen. Es handelt sich um eine explorative Studie in einem bisher überhaupt nicht beforschten Bereich. Hierzu wurde die Praxis von insgesamt 40 Einrichtungen, die Beratung und Behandlung von Essstörungen durchführen, hinsichtlich ihrer Qualitätsmerkmale untersucht. Es wurden Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei Beratungen und Behandlungen von Essstörungen erhoben. Hierdurch wurde erfasst, welche Betroffenen und Angehörige welche Beratungs- und Behandlungsangebote nutzen, welche Beratungs- und Behandlungsmodalitäten angewendet werden und welche Wirkung sie haben. Zudem wurden Qualitätsstandards und Instrumente zur Qualitätssicherung für Beratung und

ambulante Therapie für Frauen und Mädchen mit Essstörungen formuliert bzw. entwickelt, die verbreitet und zum Teil auch implementiert wurden, wobei dieser Prozess fortgesetzt werden muss. Erfasst wurden in der Studie darüber hinaus spezifische Aspekte weiblicher Lebensbedingungen, das Körpererleben der von Essstörungen betroffenen Frauen und Mädchen sowie eventuell gemachte Gewalt- und sexuelle Missbrauchserfahrungen.

In vielen der beteiligten Einrichtungen wurde hiermit eine Qualitätssicherung der Arbeit eingeführt. Hierdurch sollten die eingesetzten Instrumente bezüglich ihrer Tauglichkeit zur langfristigen Verwendung in den einzelnen Institutionen überprüft werden. Problematisch war und ist, dass derartige Maßnahmen zur Qualitätssicherung außerhalb der »normalen« Tätigkeit in den Einrichtungen durchgeführt werden müssen und für die Mitarbeiterinnen erhebliche zusätzliche zeitliche Belastungen mit sich bringen.

Ab dem 01.04.2002 wurden für eineinhalb Jahre in den beteiligten Einrichtungen systematisch Daten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erhoben und ausgewertet. Dies geschah mit einem Modulsystem, das vom Bundesfachverband Essstörungen in Kooperation mit der Ambulanz für Familientherapie und für Essstörungen der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen entwickelt wurde, sowie mit weiteren für die Untersuchung von Essstörungen geeigneten Fragebogen-Instrumenten. Dieses Modulsystem wurde in der Diskussion mit den beteiligten Beratungseinrichtungen in mehreren Arbeitstreffen modifiziert und erweitert.

Die Beteiligung von Einrichtungen, die mit essgestörten Klientinnen arbeiten, übertraf die ursprünglichen Erwartungen und die entsprechenden um das Doppelte. Entsprechend mehr Daten waren zu erfassen und auszuwerten.

Im September 2003 wurde für die längerfristigen Beratungs- und Behandlungsprozesse, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, eine Abschlusserhebung durchgeführt. Die Dateneingabe und Auswertung dauerte bis zum August 2004. Im September und Oktober 2004 wurde eine katamnestische Erhebung für lange Beratungs- und Therapieprozesse durchgeführt.

Erste wesentliche Ergebnisse der Studie wurden auf einer vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend geförderten Fachtagung am 13. und 14. Mai 2004 vorgestellt.

Auf der Grundlage dieser Daten wurden dann Qualitätsstandards bezüglich der Angebote und der Ausstattung von Beratungsstellen und ambulanten Therapie-Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Essstörungen, bezüglich der Qualifikation der in den Beratungsstellen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Inhalte von Beratungen und Therapien formuliert. Die Qualitätsstandards wurden in Form von Leitlinien zusammengefasst. Damit soll dem Anrecht der betroffenen Mädchen und Frauen sowie ihrer Angehörigen auf eine dem aktuellen Stand der Forschung entsprechende und auf ihre individuelle weibliche Problemlage zugeschnittene optimale Beratung bzw. therapeutische Behandlung entsprochen werden.

Die Ergebnisse der Untersuchung, die Leitlinien sowie die Qualitätssicherungsinstrumente und deren Verbreitung sollen zu einer Erweiterung und Verbesserung der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Mädchen und Frauen mit Essstörungen in der Bundesrepublik beitragen.

Für die Beratungsstellen ist durch die hiermit gewonnene Transparenz innerhalb des gesamten Prozesses der Leistungserbringung eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern möglich. Den beteiligten sowie weiteren interessierten Beratungsstellen können die entwickelten Instrumente zur weiteren Qualitätssicherung zur Verfügung gestellt werden.

1.2 Ziele der Untersuchung

Die vorliegende Praxisstudie sollten folgende Qualitätsmerkmale der Beratung und ambulanten Therapie von Essstörungen in hierfür ausgewiesenen Einrichtungen untersuchen:

- Strukturqualität (Größe und methodische Ausrichtung der Einrichtung, Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter),
- Prozessqualität (Evaluation beraterischer und therapeutischer Prozesse) und
- Ergebnisqualität (Beratungs- bzw. Behandlungserfolg und -zufriedenheit).
Insbesondere sollte erfasst werden:
 - welche Betroffenen und Angehörigen welche Beratungs- und Behandlungsangebote nutzen, z. B. bezüglich der Problematik und Symptomatik sowie der Altersgruppe,
 - wie Betroffene und Angehörige auf die Essstörung aufmerksam werden, die Beratungs- bzw. Behandlungsnotwendigkeit erkennen und sich an eine entsprechende Einrichtung wenden,
 - welche weiteren Probleme und Symptome mit der Essstörung verbunden sind,
 - welche Beratungs- und Behandlungsmodalitäten angewandt und eventuell kombiniert werden,
 - welche Wirkung die angewandten Beratungs- und Behandlungsmethoden bezüglich der Veränderung der vorliegenden Essstörung und der weiteren Symptomatik, der psychosozialen Folgen sowie der Beratungs- und Behandlungszufriedenheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen haben,
 - welche seelischen und essstörungsspezifischen Belastungen in den Ursprungsfamilien und bei den Partnern der Klientinnen vorliegen,
 - welche mädchen- und frauenspezifischen Erfahrungen zu Körper einschätzung, Leistung, Partnerschaft und Sexualität die Klientinnen gemacht und welche Einstellungen sie hier haben sowie
 - Angaben zu Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Vorgeschichte der Klientinnen.

Untersucht werden sollten:

- die beteiligten Beratungsstellen und ihre Beratungs- und Behandlungsangebote,
- die hier tätigen Beraterinnen und Therapeutinnen mit ihren Qualifikationen,

- die telefonischen Beratungen,
- die einmaligen Beratungen,
- die kurz- und mittelfristigen Beratungen, hierunter auch Ernährungsberatungen, (2 bis 5 bzw. 5 bis 10 Sitzungen) am Beginn und am Ende; zudem war eine katamnestiche Untersuchung ein halbes Jahr nach dem Ende der Beratung vorgesehen,
- die Angehörigengruppen,
- die langen Beratungen und die Psychotherapien am Beginn, im Verlauf und am Ende bzw. zum Abschluss der Erhebung im September 2003, sowie katamnestiche ein Jahr nach Beendigung.

Auf der Grundlage dieser Daten sollten dann Qualitätsstandards bezüglich der Angebote und der Ausstattung von Beratungsstellen und ambulanten Therapie-Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Essstörungen, bezüglich der Qualifikation der hier tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Inhalte von Beratungen und Therapien formuliert werden. Hierbei sollte dem frauenspezifischen Charakter von Essstörungen besonders Rechnung getragen werden. Diese sollten in Form von Leitlinien für diese Einrichtungen zusammengefasst werden.

1.3 Die verwendeten Untersuchungsinstrumente

Hierzu wurde ein 16-teiliges Modulsystem mit insgesamt 25 verschiedenen Modulen für eine Basisdokumentation entwickelt. Diese Module erfassen Merkmale der Beratungseinrichtungen, der Beraterinnen und Berater bzw. Therapeutinnen und Therapeuten, der unterschiedlichen Beratungs- und Behandlungsformen, klinische und soziodemographische Daten der Klientinnen, ihrer Ursprungsfamilien und Partner sowie die genannten frauenspezifischen Fragen.

Zusätzlich wurden drei Standardinstrumente zur Erfassung der Essstörungssymptomatik (Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen, FSE; Eating Disorder Inventory, Eating Attitudes Test 3, Anorexia nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung, 3 EDI-EAT3-ANIS3) bzw. der seelischen Belastung (Symptom Checkliste 90-R, SCL-90-R) sowie zwei Instrumente zur Erfassung der Einzel- (Bielefelder Klienten Fragebogen, BIKEB) und Gruppentherapieprozesse (Gruppen-Erfahrungsbogen, GEB) eingesetzt.

1.4 Ergebnisse der Untersuchung

Insgesamt beteiligten sich 40 Beratungseinrichtungen mit 110 Beraterinnen und Therapeutinnen an der Erhebung. Damit wurde die ursprünglich erwartete Zahl um das Doppelte übertroffen.

Die untersuchten Einrichtungen

Ein großer Teil der untersuchten 40 Einrichtungen waren auf die Beratung und Behandlung von Essstörungen spezialisierte Einrichtungen (15) sowie Frauen- und

Mädchenberatungsstellen (12) oder Suchtberatungsstellen mit einem Schwerpunkt Essstörungen (10). Die meisten waren selbständig. Die Einrichtungen waren in der Mehrzahl in Regionen mit hoher Bevölkerungszahl tätig (über 200.000 Einw.).

Fast zwei Drittel (26) wurden von gemeinnützigen Vereinen getragen. 6 (15%) hatten konfessionelle Träger (vornehmlich die Sucht- sowie Ehe- und Lebensberatungsstellen), 4 wurden über öffentliche Träger (z. B. Behörden) finanziert.

14 der Einrichtungen verfügten nur über eine feste Mitarbeiterinnen- bzw. Mitarbeiterstelle, 11 über 2 und nur 7 über mehr als zwei. 8 verfügten über keine feste Stelle. Die meisten angestellten Beraterinnen und Therapeutinnen waren nur in Teilzeit beschäftigt.

Die meisten Beratungs- und Behandlungsleistungen wurden ohne Bezahlung durch die Klientinnen, durch Krankenkassen, nach dem KJHG oder durch Rentenversicherungsträger durchgeführt. Zum Teil wurden Gebühren und Spenden von den Klientinnen erhoben. Nur 7 Einrichtungen erhielten zumindest einen Teil ihrer Einnahmen aus von den Krankenkassen finanzierten Behandlungen, z. T. über Sonderverträge mit den Krankenkassen, z. T. über Abrechnungsmöglichkeiten einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Unsere Untersuchung fiel hier zum Teil in eine Phase des Umbruchs, in der sich einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Einrichtungen um eine Kassenfinanzierung therapeutischer Leistungen bemühten. Die vielfältigen offenen Beratungsleistungen der Einrichtungen waren hierüber nicht finanzierbar und werden dies auch in Zukunft nicht sein.

Insgesamt waren die Einrichtungen ohne Möglichkeiten der Krankenkassenfinanzierung von therapeutischen Leistungen, die nur in wenigen Fällen gegeben war, finanziell und personell äußerst schlecht abgesichert. Die Finanzierung der Leistungen bedurfte vielen der Einrichtungen weiterer Klärung und Absicherung.

In den meisten Einrichtungen wurden Beratungen und Therapien in Einzel-, Gruppen- und Familiensettings durchgeführt. Die meisten Einrichtungen arbeiteten zudem mit essstörungsspezifischen Methoden (z. B. Esstagebüchern oder Essprotokollen), ein Drittel auch mit Ernährungsberatung.

Die meisten Einrichtungen führten telefonische Beratungen, kurze Beratungen (bis zu fünf Gesprächen) und mittellange Beratungen (bis zu 10 Gesprächen) durch, die Hälfte Einzel- und Gruppentherapien, 13 auch Angehörigengruppen und 9 Paar- und Familientherapien. Die Beratungsleistungen haben einen erheblichen Umfang. 10 Einrichtungen führten 500 und mehr telefonische Beratungen im Jahr durch, 8 Einrichtungen 250 und mehr kurze Beratungen.

Die meisten Einrichtungen kooperierten regelhaft mit Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit Essstörungs- und anderen psychotherapeutischen und psychosomatischen Kliniken.

Insgesamt zeigte sich, dass Beratung und Therapie von Essstörungen institutionell nicht ausreichend abgesichert sind. Die Beratungsleistungen waren und sind zum großen Teil abhängig vom Engagement gemeinnütziger Vereine und deren Möglichkeiten, Finanzierungsquellen zu erschließen und zu erhalten. Die Arbeit der

Einrichtungen ist immer wieder hochgradig gefährdet, insbesondere wenn öffentliche oder kirchliche Unterstützung wegfällt.

Die Beraterinnen und Therapeutinnen¹

An der Untersuchung beteiligten sich 110 Beraterinnen und Therapeutinnen. Die am stärksten vertretenen Altersgruppen waren die der 41- bis 50-jährigen und der 51- bis 60-jährigen. Dies liegt vermutlich daran, dass viele dieser Beratungseinrichtungen im Zusammenhang mit der Frauenbewegung entstanden sind und diese in den genannten Jahrgangsguppen viele Vertreterinnen fand.

Von der Ausbildung her waren die meisten Sozialpädagoginnen und Diplom-Sozialarbeiterinnen, dann Diplom-Psychologinnen und Diplom-Pädagoginnen. Die meisten Beraterinnen und Therapeutinnen waren fest angestellt, zumeist in Teilzeit.

Ein Drittel der Untersuchten hatte eine Approbation als Psychotherapeutin, ein Zehntel eine Kassenzulassung. Eine Approbation ist für beraterische Tätigkeit nicht notwendig. Hier werden andere Qualifikationen, insbesondere Kenntnisse über Formen, Verläufe, Zusammenhänge und Behandlungsmöglichkeiten von Essstörungen, benötigt. Diese werden in der Regel durch Berufserfahrung und spezifische Weiterbildungen erworben.

Im Durchschnitt hatte jede Beraterin oder Therapeutin zwei Weiterbildungen. Die meisten verfügten über eine lange Berufserfahrung von über 10 Jahren, in der Arbeit mit Essstörungen von über 7 Jahren.

Die Hauptorientierung der Beraterinnen und Therapeutinnen war die humanistische Psychologie, gefolgt von der systemischen Therapie. Eine große Rolle spielten zudem feministische, integrative und psychodynamische, eine relativ geringe kognitiv-behaviorale Konzepte. Die Arbeit war spezifisch auf die Essstörung ausgerichtet.

Insgesamt weicht die psychotherapeutische Orientierung der in den untersuchten Einrichtungen tätigen Beraterinnen und Therapeutinnen von denen der niedergelassenen Psychotherapeutinnen ab, die sich entsprechend den Psychotherapie-Richtlinien den psychoanalytisch orientierten (psychodynamischen) oder verhaltenstherapeutischen Verfahren zuordnen.

Telefonische Beratungen

Telefonische Beratungen werden bei Essstörungen häufig in Anspruch genommen. In dieser Studie wurden Daten von 1.877 Gesprächen aus 27 Einrichtungen ausgewertet². Ratsuchende waren meistens die Betroffenen oder Angehörige, aber auch Angehörige einer Institution, z. B. Lehrer. In den allermeisten Fällen bestand

1 Nur 3 der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung (knapp 3 %) waren männlich. Daher wurde hier allein die weibliche Form gewählt.

2 Zur Datenlage bezüglich der Ausgangs- und Enddaten sowie der jeweiligen Einschätzungen von Klientinnen und Beraterinnen s. die Angaben in den jeweiligen Abschnitten zu den unterschiedlichen Beratungs- und Behandlungsformen.

eine Essstörung von Krankheitswert, am häufigsten eine Bulimie oder eine Anorexie. Die Essstörung dauerte in der Regel zwischen 2 und 5 Jahren, bei einer großen Gruppe bereits über 10 Jahre. Das heißt, dass telefonische Beratungen auch bei erheblich chronifizierten Störungen in Anspruch genommen werden. Betroffene und Angehörige haben oft einen langen Leidensweg hinter sich.

Anorexien waren in den jüngeren Altersgruppen (bis 18 Jahre) häufig, Bulimien bei den 19- bis 30-jährigen, Essgestörte mit Essanfällen bei den Klientinnen ab 26 bzw. 30 Jahren. Bei den Anorektikerinnen meldeten sich häufiger die Angehörigen als die Betroffenen selbst, bei den anderen Essstörungen eher die Betroffenen. Die Anorektikerinnen waren häufig kürzer erkrankt als die Bulimikerinnen und die Klientinnen mit Essanfällen, die meistens über 5 Jahre erkrankt waren. Diese Angaben entsprechen dem üblichen klinischen Bild.

Hauptanliegen für diese Beratungen war die Information über Behandlungsmöglichkeiten. Das Hauptergebnis der Beratungen war die Einladung zu einem weiteren, persönlichen Beratungsgespräch. In jeweils ca. einem Viertel der Fälle wurden Behandlungsmöglichkeiten empfohlen oder sogar vermittelt, über Umgangs- und Verhaltensmöglichkeiten bezüglich der Essstörung beraten und Informationsmaterial ausgehändigt.

Insgesamt heißt dies, dass durch telefonische Beratungen in relativ kurzer Zeit niedrigschwellig zu wesentlichen Weichenstellungen bei oft schon chronifizierten Essstörungen verholfen werden kann. Zudem ist diese Form der Beratung als ein erster wichtiger Schritt anzusehen, um Ambivalenzen bezüglich des Umgangs mit der Essstörung aufzufangen und zu bearbeiten. Der offene und anonyme Charakter dieser Arbeit ermöglicht es, ebenso wie bei den kurzen und einmaligen Beratungen, diese Leistungen mehrfach in Anspruch zu nehmen.

Einmalige Beratungen

Hierzu wurden 1.671 Fragebögen aus 29 Einrichtungen ausgewertet. Die Beratungen wurden in den meisten Fällen von Betroffenen oder von Angehörigen, zu meist den Müttern, wahrgenommen. In den meisten Fällen litten die Betroffenen unter einer Essstörung von Krankheitswert, am häufigsten unter einer Bulimie oder Anorexie. Die Essstörungen waren oft erheblich chronifiziert (Dauer im Durchschnitt 7 Jahre!).

Wegen Anorexie wurde in der Regel bereits nach kürzerer Erkrankungsdauer Beratung gesucht. Bulimien und Essstörungen mit Essanfällen oder Esssucht bestanden hingegen in der Regel schon eine Reihe von Jahren. Anorexien waren in den jüngeren Altersgruppen (bis 21 Jahre) häufig zu finden, Bulimien und Klientinnen mit Essanfällen bzw. Esssucht bei den 20- bis 30-jährigen bzw. den über 30-jährigen. Bei den Anorektikerinnen und den nicht näher bezeichneten Essstörungen meldeten sich häufiger die Angehörigen als die Betroffenen selbst, bei den anderen Essstörungen eher die Betroffenen. Diese Angaben entsprechen dem üblichen Bild.

Hauptanliegen war es, Informationen über Behandlungsmöglichkeiten oder den Umgang mit der eigenen Erkrankung zu bekommen. Das Ergebnis war in der großen Mehrzahl der Fälle eine Empfehlung oder Vermittlung von Behandlungsmöglichkeiten, dann die Beratung über Umgangs- und Verhaltensmöglichkeiten bezüglich der Essstörung und die Aushändigung von Informationsmaterial.

Einmalige Beratungen haben offensichtlich einen wesentlichen Klärungscharakter für Betroffene, Angehörige sowie andere Personen, die mit Essgestörten zu tun haben. Sie leisten ebenso wie telefonische Beratungen eine wesentliche Vorfeldarbeit für den weiteren Umgang mit der Essstörung, sind richtungsweisend für Motivation und weitere Weichenstellung. Auch hier ist der offene und niedrigschwellige Charakter des Angebotes entscheidend.

Kurze Beratungen

Daten über Kurzberatungen (2 bis 5 Gespräche) lagen aus 23 Einrichtungen von insgesamt 397 Klientinnen vor. Sie wurden von Klientinnen mit Essstörungen von erheblichem Krankheitswert aufgesucht. Bei einem großen Teil der Klientinnen war die Essstörung bereits chronifiziert. Bei einer relativ großen Gruppe von Klientinnen (20 %) konnten zudem in der Dauer einer kurzen Beratung weitere seelische Störungen diagnostiziert werden. Bei gut einem Drittel der Klientinnen hatten bereits Vorbehandlungen stattgefunden.

Die meisten Klientinnen fanden den Weg in die Beratung allein und aus eigener Initiative, wobei Anorektikerinnen häufiger als andere Klientinnen anderer Diagnose-Gruppen die Beratung durch Vermittlung von Angehörigen und anderen Personen aufsuchten. Anorektikerinnen kamen eher nach kurzer Erkrankungsdauer in die Beratung und waren jünger (zweites Lebensjahrzehnt) als Bulimikerinnen (drittes Lebensjahrzehnt) oder Klientinnen mit Essanfällen und anderen Essstörungen (viertes Lebensjahrzehnt und älter). Dies entspricht den Befunden bei den telefonischen und einmaligen Beratungen und dem üblichen klinischen Bild der verschiedenen Essstörungen.

Die Ergebnisse der Kurzberatungen waren Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, eine Abklärung der Essstörung sowie das Erarbeiten einer Behandlungsmotivation. Einige Veränderungen wurden auch bezüglich des Essverhaltens und bezüglich sonstiger seelischer Probleme erzielt, insbesondere bezüglich der sozialen Beziehungen und der Selbstwertprobleme.

Die Beratungszufriedenheit der Klientinnen ist als sehr hoch einzuschätzen. Insbesondere wurden Klientinnen zu einer intensiveren Behandlung ermutigt und erhielten neue Impulse im Umgang mit ihrer Essstörung.

Somit erfüllen die kurzen Beratungen eine weitere wichtige Schnittstellenfunktion im Versorgungssystem der Essstörungen. Hier finden wesentliche Weichenstellungen hinsichtlich der Behandlungsmotivation und weiteren Behandlung statt. Zudem ergeben sich hier bereits einige Veränderungsschritte. Die Offenheit des Ange-

botes und die spezifische Kompetenz macht sie offensichtlich auch bei chronischen Essstörungen für Betroffene und Angehörige attraktiv.

Kurze Ernährungsberatungen

Kurze Ernährungsberatungen von bis zu 5 Gesprächen wurden in zwei der Beratungseinrichtungen durchgeführt. Im Urteil der Klientinnen waren die Ergebnisse eindeutig positiv. Viele der Klientinnen erhielten hier wichtige Informationen sowie neue Impulse zum Umgang mit der Essstörung und wurden sich über eigene Möglichkeiten zum Umgang mit der Störung klar.

Auch wenn unbekannt ist, wie nachhaltig diese Ergebnisse sind, so erscheinen sie doch als ermutigend. Gezielte Ernährungsberatung von Beraterinnen, die sich mit Essstörungen auskennen bzw. in entsprechend spezialisierten Einrichtungen arbeiten, kann offensichtlich wertvolle Hilfestellung geben.

Angehörigengruppen

Angehörigengruppen wurden in 8 der untersuchten Einrichtungen durchgeführt. Drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Gruppen waren weiblich. Die häufigsten Essstörungen bei den betroffenen Töchtern waren Magersucht und Bulimie. Die Betroffenen befanden sich in der Regel im Jugendlichen- oder jungen Erwachsenenalter (15 bis 25 Jahre). Die Essstörung bestand im Durchschnitt seit 2,5 Jahren. Sie war bei einem erheblichen Teil der Betroffenen (30 %) bereits chronifiziert. In über der Hälfte der Fälle hatte die Betroffene bereits eine ambulante oder stationäre Behandlung gehabt.

Angehörigengruppen erfüllten insbesondere die Wünsche nach Austausch mit und Lernen von anderen Angehörigen. Zudem schien die Teilnahme an einer Angehörigengruppe das Verständnis für das betroffene Kind sowie die Einsicht in die Notwendigkeit eigener Verhaltensänderungen zu erhöhen. Auch konnte hier mehr Distanz zur Essstörung gefunden werden und eine stärkere Öffnung nach außen stattfinden, die Familien wurden etwas konfliktfähiger und weniger kohäsiv.

Die Zufriedenheit mit den Angehörigengruppen war sehr hoch. Über ein Drittel der Angehörigen nahm nach diesen Gruppen selbst weitere psychotherapeutische, beraterische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch. Zudem nahm ca. ein Drittel der Betroffenen im Anschluss an die Gruppenteilnahme von Angehörigen selbst eine Einzelpsychotherapie auf. Hier haben Angehörigengruppen offensichtlich eine erhebliche Weichenstellungs- und Motivierungsfunktion, die sich auch indirekt, über das familiäre Beziehungssystem, auf die Betroffenen auswirkt.

Mittellange Beratungen

Für mittellange Beratungen zwischen 5 und 10 Gesprächen lagen Ausgangsdaten von insgesamt 152 Klientinnen aus 20 Institutionen vor. Sie wurden hauptsächlich von Klientinnen mit höherem Bildungsabschluss im dritten und vierten Lebensjahr-

zehnt aufgesucht. Insgesamt war die untersuchte Gruppe deutlich jünger und hatte einen höheren Bildungsabschluss als die durchschnittliche weibliche Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Hälfte hatte bereits eine Vorbehandlung gehabt. Die Klientinnen zeigten zumeist sehr ausgeprägte Essstörungssymptome, Probleme mit ihrem Selbstwertgefühl (85 %) und hatten Schwierigkeiten in der Regulierung von Gefühlen. Selbstwertprobleme stellen die seelische Hauptproblematik bei Frauen und Mädchen mit Essstörungen dar. Mehr als die Hälfte hatte deutliche Probleme in der Ursprungsfamilie und eine große Zahl auch in den Partnerbeziehungen.

Die meisten Klientinnen litten an einer Bulimie oder Anorexie. Die Hälfte war gleichzeitig in ärztlicher Behandlung.

Die Klientinnen wurden in der Regel selbst auf ihre Essstörung aufmerksam und stellten selbst den Kontakt zur Beratungseinrichtung her. Eine wichtige Rolle spielte hier zudem die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Die meisten Klientinnen wollten zunächst unverbindliche Informationen bzw. ein Beratungsgespräch.

Da es sich bei den mittellangen Beratungen und Therapien um ein sehr offenes, den Bedürfnissen und der manchmal sehr schwankenden Motivationslage der Klientinnen sehr angepasstes Vorgehen handelt, bei dem in den ersten Stunden und auch für längere Zeit nicht klar ist, ob es bei diesen Gesprächen bleibt oder ob der Prozess in eine längere Beratung bzw. Therapie oder in eine stationäre Behandlung mündet, differierte die Datenlage bezüglich der Ausgangs- und der Enddaten sehr stark.

Insgesamt erbrachten bereits mittellange Beratungen über 5 bis 10 Sitzungen in einigen wesentlichen Problembereichen für die Betroffenen deutliche Verbesserungen bzw. Stabilisierungen, insbesondere bezüglich des Selbstwertgefühls. Essstörungsspezifische Vorgehensweisen, z. B. die Arbeit mit Essprotokollen, wurden als sehr hilfreich erlebt. Auch Gruppentherapien in diesem Bereich konnten wesentliche Verbesserungen erbringen, sogar im Gewichtsbereich bei Anorexien. Ansonsten sind die Veränderungen im Gewichtsbereich als eher geringfügig einzuschätzen. Zum Abschluss der mittellangen Beratungen wollten insbesondere die Klientinnen im Übergewichtsbereich noch weiter abnehmen. Klientinnen in allen Gewichtsklassen strebten noch Verbesserungen des Essverhaltens in Richtung eines ausgewogeneren, natürlicheren, normaleren Essens an.

Lange Beratungen und Therapien

Bei den langen Beratungen und Therapien lagen 532 Fragebogensätze zu den Ausgangsdaten vor. 60 % der Klientinnen wurden einzeln beraten oder behandelt, 19 % in Gruppen und 12 % sowohl in Einzel- als auch in Gruppentherapie. Das Durchschnittsalter betrug 28 Jahre. Am stärksten vertreten war die Altersgruppe zwischen 19 und 30 Jahren. Die größte Gruppe der Klientinnen waren Schülerinnen und Studentinnen (über ein Drittel). Etwas über die Hälfte der Klientinnen hatte Abitur bzw. Fachhochschulreife. Die meisten waren deutscher Nationalität und ledig. Fast die Hälfte hatte eine feste Partnerschaft. Die allermeisten waren heterose-

xuell orientiert. Die Eltern der Klientinnen gehörten zumeist der Mittelschicht an. Über drei Viertel der Klientinnen waren bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen. Eine besondere Häufung äußerlich gestörter Familienverhältnisse, etwa durch Scheidung der Eltern, fand sich nicht.

Auch hier war die untersuchte Gruppe deutlich jünger und hatte eine höheren Bildungsstand als die durchschnittliche weibliche Bevölkerung der Bundesrepublik. Neben der alters- und schichttypischen Verteilung von Anorexie und Bulimie spielten hier mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Selektionsfaktoren aufgrund des Problembewusstseins für Essstörungen sowie für das Aufsuchen von Beratung und Therapie eine wesentliche Rolle.

Behandlung suchten Klientinnen mit einer erheblichen subjektiven Symptom- und Problembelastung in einem breit gestreuten Gewichtsbereich von der Anorexie bis zur extremen Adipositas. Es fanden sich starke essstörungsspezifische Beeinträchtigungen (gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, Essanfälle, Störungen des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung). Über 80 % hatten zudem deutliche Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl. Weitere wesentliche Problembereiche waren die Regulierung von Gefühlen und die Depressivität. Die Hälfte der Klientinnen hatte deutliche Probleme in der Partnerschaft und in den Herkunftsfamilien.

Über die Hälfte der Klientinnen hatte zudem vor der jetzigen Behandlung bereits eine ambulante oder stationäre Therapie gehabt. Knapp ein Viertel sogar beides. In 11 % der Fälle lagen Abbrüche vorhergehender Behandlungen vor.

Einschätzungen zum Weg der Klientinnen in die langen Beratungen und Therapien sowie zum klinischen Status der Klientinnen lagen von 305 Beraterinnen und Therapeutinnen vor. Die Diagnose war in über 50 % der Fälle eine Bulimie, gefolgt von der Anorexie (ein Drittel). Bei ca. einem Fünftel der Klientinnen wurden Zweitdiagnosen vergeben, am häufigsten depressive Störungen. Knapp die Hälfte der Klientinnen war zusätzlich in ärztlicher Behandlung.

Auch in der Einschätzung der Therapeutinnen und Beraterinnen wiesen die Klientinnen zu Beginn der Behandlungen und Beratungen eine erhebliche Problembelastung auf. Als der wichtigste Problembereich wurde das Selbstwertgefühl der Klientinnen angesehen. Obwohl der größte Teil selbst auf die Essstörung aufmerksam wurde, waren für das Aufsuchen der Beratungseinrichtungen oft Hinweise von anderen Personen notwendig. Hierbei spielten insbesondere Angehörige und Hausärztinnen bzw. Hausärzte eine bedeutende Rolle.

Zu den Ergebnissen der langen Beratungen und Therapien im Einzelsetting lagen Daten von 211 Klientinnen vor. Diese dauerten im Durchschnitt 19 Monate mit einer durchschnittlichen Anzahl von 46 Sitzungen. Dabei war die Behandlung bei 133 Klientinnen noch nicht ganz abgeschlossen.

Die Behandlungen erbrachten insgesamt deutliche Verbesserungen im allgemeinen klinischen Zustand der Klientinnen, in den essstörungsspezifischen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie im konkreten Essverhalten, z. B. bei den Essanfällen, der Einschränkung der Nahrungsaufnahme, dem Erbrechen sowie bei der

Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit dem Essen und in der Ernährungsqualität. Weiterhin zeigten sich deutliche Verbesserungen in der zentralen seelischen Störung der Klientinnen, beim Selbstwertgefühl, bezüglich der sozialen Isolation sowie bei Problemen in den Ursprungsfamilien und in der Partnerbeziehung.

Bei Klientinnen mit einem BMI unter 17,5 (Anorexiegrenze) sowie bei der Gruppe der Untergewichtigen ergab sich eine signifikante Verbesserung des Gewichts. Keine Veränderungen gab es hier in der Gruppe der Normalgewichtigen und der Übergewichtigen bzw. Adipösen. In den letzten beiden Gruppen war der Wunsch abzunehmen am Ende der Behandlung noch sehr stark. Dieser fand sich, wenn auch in weitaus geringerem Ausmaß ebenfalls in den anderen Gewichtsgruppen. Zudem wollten viele Klientinnen in allen Gewichtsgruppen ihr Essverhalten noch weiter normalisieren. Dies bestätigt die besondere Veränderungsresistenz im Bereich des Übergewichtes und der Adipositas und deutet zugleich darauf hin, dass bei einer Reihe von Klientinnen die Störung der Körperwahrnehmung und des Essverhaltens sehr hartnäckig ist.

Die meisten Klientinnen zeigten sich zufrieden mit der Behandlung, der Beraterin bzw. Therapeutin sowie der Einrichtung.

Die Beraterinnen (199 Beurteilungen) beschrieben ebenfalls deutliche Veränderungen in wesentlichen Problembereichen der Klientinnen bezüglich wesentlicher Bereiche des Essverhaltens, bezüglich des Selbstwertgefühls und der Depressivität.

Auch die Gruppenbehandlungen (Daten von 95 Klientinnen) von durchschnittlich 35 Gruppenterminen im wöchentlichen Abstand erbrachten zum Teil deutliche Veränderungen hinsichtlich der allgemeinen Symptombelastung der Klientinnen, der Einstellungen zum Essen und zum Essverhalten sowie bezüglich des Essverhaltens selbst. Allerdings fielen diese Veränderungen in einzelnen Symptombereichen nicht so deutlich aus, wie es bei den langen Einzelberatungen und -therapien der Fall war. Gewichtsveränderungen ergaben sich im Verlaufe der Gruppentherapie lediglich im Bereich der Adipositas. Deutliche Verbesserungen verzeichneten die Patientinnen im Bereich des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung, der Essanfälle, der Ernährungsqualität sowie der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen. Bei den psychischen Problemen zeigten sich die deutlichsten Verbesserungen im Selbstwertgefühl.

Auch bei den Gruppenbehandlungen war die Zufriedenheit der Klientinnen in der Regel hoch. Allerdings war die Mehrheit der Klientinnen mit ihrem Gewicht und dem Essverhalten nach der Gruppentherapie nicht zufrieden. Dies spiegelt offensichtlich die Tatsache wider, dass beim Gewicht insgesamt wenige Veränderungen erreicht wurden. Wünsche zu weiterer Gewichtsabnahme bestanden vor allem bei Klientinnen im Übergewichts- und Adipositasbereich, aber auch in den anderen Gewichtsgruppen. In allen Bereichen wollte eine große Gruppe von Klientinnen ihr Essverhalten hin auf ein natürlicheres, gesünderes, normaleres verändern. Ähnlich wie bei den langen Einzelberatungen und -therapien belegt dies die Veränderungsresistenz im Bereich des Übergewichtes und der Adipositas und deutet auf

eine hartnäckige Störung der Körperwahrnehmung und des Essverhaltens bei einer Reihe von Klientinnen hin.

Die Beraterinnen und Therapeutinnen (65 Einschätzungen) beurteilten die Veränderungen der Klientinnen bezüglich der essstörungsspezifischen Probleme, der weiteren seelischen Probleme sowie der Partner- und Familienbeziehungen ebenfalls überwiegend positiv.

Katamnese der langen Beratungen und Therapien

In der Katamneseuntersuchung der langen Einzelberatungen und Therapien wurden die Daten von 124 Klientinnen ausgewertet. Insgesamt hatte sich hier ein Rücklauf von 130 Bögen (47 %) ergeben. Da die meisten Klientinnen Einzelgespräche hatten, wurde auf eine gesonderte Auswertung von Gruppen- und Einzelklientinnen verzichtet.

Die Klientinnen waren im Durchschnitt 28 Jahre alt. Die hauptsächlichen Diagnosen waren Bulimie (55 %), Anorexie (20 %) sowie Essanfälle bzw. Binge Eating Störung (19 %). Die meisten Klientinnen (118) hatten nach dem Abschluss der Behandlung nicht an einer nennenswerten ambulanten oder stationären Therapie teilgenommen.

Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von knapp 2 Jahren (20,5 Monate) mit durchschnittlich 1 Stunde pro Woche ergaben sich insgesamt stabile Behandlungsergebnisse im Zeitraum von einem halben Jahr bis zu zwei Jahren nach Abschluss der Behandlung.

Hier zeigten sich im Vergleich zum Behandlungsbeginn insgesamt deutliche Verbesserungen im allgemeinen klinischen Zustand der Klientinnen, in den essstörungsspezifischen Einstellungen und Verhaltensweisen sowie im konkreten Essverhalten. Diese ergaben sich bei der Beeinträchtigung durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, in der Ernährungsqualität sowie bei den Essanfällen und dem dauernden Diäthalten, aber auch beim Erbrechen. Bezüglich der seelischen Problematik verbesserten sich vor allen Dingen das Selbstwertgefühl, die soziale Isolierung und die Regulierung von Gefühlen. Wo Probleme im Partnerschafts- bzw. im Familienbereich bestanden, ergaben sich auch hier Verbesserungen.

Gegenüber dem Ende der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung der Untersuchung im September 2003 zeigten sich zudem Verbesserungen bei den allgemeinen seelischen Beschwerden und ein einigen wesentlichen Einstellungen und Verhaltensweisen, die die Essstörung betrafen, z. B. bezüglich der Angst vor dem Erwachsenwerden, der interozeptiven Wahrnehmung, der Selbstkontrolle beim Essen, in der Zentriertheit auf Figur und Gewicht und in der Körperannahme.

Verbessern tat sich auch der BMI der Klientinnen im Anorexiereich und im Untergewichtsbereich vom Therapiebeginn bis zur Katamnese. Im Normalgewichtsbereich fanden sich Verbesserungen von der Abschlusserhebung bis zur Katamnese. Im Bereich des Übergewichtes und der Adipositas ergaben sich keine Veränderungen.

Eine Reihe von Klientinnen hatte noch Probleme, zu einem ungezwungenen, normalen Essverhalten zu finden. Zudem äußerten viele Klientinnen im Übergewichtsbereich, bei denen sich das Gewicht im Gesamtverlauf wenig verändert hatte, noch eine deutliche Unzufriedenheit mit ihrem Gewicht. Dies belegt die bekannte Veränderungsresistenz bei Übergewicht und Adipositas. Zudem deutet es auf fortbestehende Störungen der Körperwahrnehmung bei einer Reihe von der Klientinnen hin. Diese Aspekte bedürfen weiterer Untersuchung im Langzeitverlauf.

Als hilfreich wurden von den Klientinnen insbesondere Einzel- und Gruppensprache sowie der Einsatz von Esstagebüchern und Essprotokollen erlebt. Insgesamt ergab sich bei den Klientinnen eine hohe Behandlungszufriedenheit. Die Kooperation mit der Behandlerin bzw. der Einrichtung wurde als überwiegend positiv bis sehr positiv beschrieben. Die Behandlung wurde von den Klientinnen auch im Rückblick als Erfolg gewertet.

Bei einem Rücklauf der Katamnese-Fragebögen von unter 50 % müssen die Ergebnisse natürlich vorsichtig betrachtet werden. Es ist sehr gut möglich, dass hier eine positive Selektion stattfand. Immerhin zeigen die Ergebnisse, dass mit einer Behandlung von durchschnittlich 2 Jahren im Bereich der Essstörungen bei einer relativ großen Gruppe von Klientinnen deutliche und nachhaltige Erfolge erzielt werden können.

Seelische und essstörungsspezifische Belastungen im Beziehungsumfeld der Klientinnen

Daten zu seelischen und essstörungsspezifischen Belastungen in Ursprungsfamilien und Partnerschaften der Klientinnen wurden von 684 Klientinnen (Ausgangsdaten der mittellangen und langen Beratungen und Therapien) erhoben. Hierdurch sollte ein Überblick über die genannten Bereiche ermöglicht werden. Bei über der Hälfte der Mütter (52 %) wurden seelische bzw. essstörungsspezifische Vorbelastungen genannt, am häufigsten mehrfache Diäten. 20 % der Mütter waren oder sind in Psychotherapie bzw. psychiatrischer Behandlung. Bei knapp einem Drittel der Väter wurden ebenfalls seelische oder essstörungsspezifische Belastungen genannt. Hier rangierten Substanzmissbrauch bzw. Sucht an erster Stelle (18 %). Die gefundenen Zahlen sind aus methodischen Gründen schwer mit solchen aus anderen Studien zu vergleichen, in denen die Belastungen zumeist durch intensive Interviews eruiert wurden. Insgesamt ist allerdings die familiäre Belastung mit seelischen Erkrankungen der hier untersuchten Gruppe als relativ hoch einzuschätzen.

Mädchen- und frauenspezifische Erfahrungen bezüglich der Körper einschätzung, Leistung, Partnerschaft und Sexualität

Angaben zu mädchen- und frauenspezifischen Erfahrungen bezüglich der Körper einschätzung, Leistung, Partnerschaft und Sexualität wurden ebenfalls bei 684 Klientinnen erfragt.

Ein erheblicher Teil der Klientinnen (fast ein Drittel) fühlte sich in der Adoleszenz (zwischen 12 und 18 Jahren) in der Familie oft oder immer wegen ihrer Figur kritisiert, 26 % manchmal. Das sind über die Hälfte der Klientinnen. Bezüglich der Kritik von Gleichaltrigen lag der entsprechende Anteil knapp über der Hälfte der Klientinnen. Ähnliche Tendenzen ergaben sich bei der Kritik wegen des Aussehens.

Über drei Viertel der Klientinnen hatte gegenüber Gleichaltrigen in der Adoleszenz Minderwertigkeitsgefühle wegen der Figur und des Aussehens, im Erwachsenenalter immer noch über die Hälfte. Eine ähnliche Tendenz ergab sich auch im Vergleich zu Abbildungen von Models in Zeitschriften. Bei über der Hälfte der Klientinnen fand sich die Mutter zu dick und betonte die Wichtigkeit von Schlankheit. Die meisten Informationen über Figur, Gewicht und Diät erhielten die Klientinnen aus Zeitschriften oder aus dem Fernsehen. Die hier verbreiteten Meinungen waren für sie die wichtigsten, danach die Ansichten von Jungen bzw. Männern und von Mädchen bzw. Frauen. Einen gewissen Einfluss hatten noch die Mütter.

Ein Drittel der Klientinnen verglich sich oft, ein weiteres Drittel manchmal mit Models. Dieser Vergleich stellte also für zwei Drittel der Klientinnen eine wichtige Bezugsgröße dar. Knapp zwei Drittel der Klientinnen meinten, dass das Leben leichter wäre, wenn sie so aussähen wie ein Model bzw. dass schlanke Frauen es leichter haben als nicht schlanke. Dies galt für Partnerschaften und Anerkennung, insbesondere von Männern, in gewisser Hinsicht aber auch für den beruflichen Erfolg. Neben der Gleichaltrigengruppe und der Familie spielte der durch Medien vermittelte Schlankheitsdruck, der Vergleich mit den hier präsentierten Bildern und der Eindruck, dass ein dementsprechendes Aussehen zu Erfolg und Anerkennung im Privatleben und auch im Beruf verhilft, eine wesentliche Rolle bei den Betroffenen.

Eine große Gruppe der Klientinnen (40 %) war mit ihrer beruflichen bzw. schulischen Situation unzufrieden, knapp zwei Drittel würden hier gerne mehr leisten. Über die Hälfte ging von einer Ungleichheit zwischen Männern und Frauen in der Anerkennung ihrer Leistungen aus. Eine große Gruppe (44 %) verglich sich mit den Leistungen anderer Frauen. Ein Drittel schätzte sich hier im Vergleich schlechter ein, gegenüber Männern nur ein Viertel. Die größte Gruppe der Klientinnen fühlte sich in ihren beruflichen Plänen von der Familie unterstützt. Allerdings sah eine große Gruppe die Rollenverteilung zwischen den Eltern als ungleich an. Die Einschätzung der eigenen Partnerschaft, falls vorhanden, fiel ähnlich aus.

Die größte Gruppe der Klientinnen fühlte sich in den Partnerschaften körperlich angenommen, allerdings ein Drittel in früheren Partnerschaften und ein Fünftel in der aktuellen Partnerschaft nicht bzw. überwiegend nicht. Das heißt, eine relativ große Gruppe der Klientinnen erlebte die Körperannahme in früheren Partnerschaften und auch in jetzigen als eher unbefriedigend, ebenso die Sexualität in der jetzigen Partnerschaft. Die aktuellen Partnerschaften wurden insgesamt besser beurteilt als frühere.

Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung

Hierzu machten insgesamt 266 Beraterinnen und Therapeutinnen Angaben. Dabei variiert allerdings die Stichprobengröße für die unterschiedlichen angesprochenen Bereiche. Die genauen Angaben sind dem Kapitel 19 zu entnehmen. Diese Angaben wurden am Ende der Therapie bzw. Untersuchung erhoben, da die Erinnerungen an derartige Vorfälle oft erst im Verlaufe eines Behandlungsprozesses deutlich werden.

Ein sexueller Missbrauch in Kindheit oder Jugend wurde für 17 % der 266 Klientinnen angegeben. Bei 20 % war dies unbekannt bzw. es lagen keine Angaben vor. Bei knapp zwei Dritteln wurde ein Missbrauch ausgeschlossen.

Körperliche Misshandlungen in der Kindheit wurden für ein Viertel (von 266 Klientinnen) angegeben, in der Jugendzeit für 11 % (n = 166), im Erwachsenenalter für 4 % (n = 136). Bedrohungen wurden für 24 % (n = 189) angegeben, Beschimpfungen und Entwertungen für 63 % (n = 195), Vernachlässigungen sicher für 12 % (n = 241).

Auch diese Zahlen sind aufgrund von Definitionsunterschieden bezüglich der untersuchten Phänomene sowie der unterschiedlicher Untersuchungsmethodik schwer mit denen aus anderen Studien zu vergleichen.

Die Angaben zum sexuellen Missbrauch liegen in der vorliegenden Untersuchung höher als die für Deutschland angegebene Prävalenz von 6,2 % (Lampe 2002), sind grob vergleichbar mit denen anderer Studien (Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2004, Fairburn et al. 1999). Die Rate der körperlichen Misshandlungen ist in unserer Studie niedriger als in den beiden zuletzt genannten (BMFSFJ 2004, Fairburn et al. 1999), ähnlich den Angaben für Studentinnen in der Übersicht von Lampe (2002). Die Rate der Vernachlässigungen erscheint als relativ hoch. Der Anteil psychischer Gewalt (Beschimpfungen, Entwertungen) ist dem in der Studie des BMFSFJ (2004) vergleichbar.

Klientinnen, die die Teilnahme an der Befragung ablehnten

Hier lagen Angaben von 53 Klientinnen vor. Diese wurden hinsichtlich einer Reihe von Parametern mit den Angaben von 585 Klientinnen verglichen, die an langen Beratungen und Therapien teilnahmen. Hieraus ergab sich, dass die Gruppe der Ablehnenden in der Regel einen geringeren Bildungsstand hatte als die Gruppe der an langen Beratungen und Therapien Teilnehmenden, seltener in einer festen Partnerschaft lebte, häufiger eine Suchtproblematik aufwies, häufiger in irgend einer Form von anderer Behandlung war und seltener eine Vorbehandlung hatte.

2. Empfehlungen aus der Studie

Aus den Ergebnissen der Studie ergeben sich die folgenden Empfehlungen.

Die Beratung und Behandlung von Essstörungen muss als eine Versorgungskette aufgebaut sein, die mit niedrighwelligen Beratungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige beginnt und in differenzierte längerfristige Beratungs- und Behandlungsformen mündet. Hierzu sind spezielle Beratungsmöglichkeiten einzurichten bzw. auszubauen und bekannt zu machen.

Da ein großer Teil der Klientinnen bereits unter einer chronifizierten Störung leidet, wenn eine Beratung oder Behandlung in einer Facheinrichtung aufgesucht wird, und bei Essstörungen erfolglose Vorbehandlungen häufig sind, muss der Weg in geeignete, auf die Störung und damit verbundene seelische Problematik zentrierte Behandlungen durch Beratung und gezielte Zuweisung besser gebahnt werden, um Leiden der Betroffenen und Kosten für die Solidargemeinschaft zu minimieren.

Mögliche Betroffene, deren Angehörige sowie Ärztinnen und Ärzte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Lehrerinnen und Lehrer) sind noch stärker als bisher für Anzeichen von Essstörungen zu sensibilisieren. Spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote müssen deutlicher bekannt gemacht werden.

In der Beratung und Therapie von Essstörungen sind Mädchen und Frauen mit niedrigerem Bildungsstand unterrepräsentiert. In Hauptschulen und berufsbildenden Schulen ist verstärkt über Essstörungen und deren Formen, Ursachen, Folgen und Behandlung aufzuklären. Zudem müssen Beratungsmöglichkeiten und die entsprechenden Einrichtungen in diesem Bereich besser bekannt gemacht werden, um die Schwelle zum Aufsuchen entsprechender Hilfen zu senken.

Beratungseinrichtungen für Essstörungen sind für je ca. 75.000 Einwohner fest zu etablieren. Hierzu müssen mögliche Träger in der finanziellen Absicherung kooperieren.

Die Einrichtungen bedürfen einer sicheren Stellenausstattung mit mindestens zwei festen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern, damit ein fachlicher Austausch stattfinden kann und die in diesem Bereich notwendige Kontinuität der Arbeit gewährleistet ist.

Ein abgestuftes Beratungsangebot ist ebenso sicherzustellen wie Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie stationären Einrichtungen.

Ist die Beratung und Behandlung von Essgestörten und ihren Angehörigen Teil der Tätigkeit einer größeren Einrichtung (z. B. einer Suchtberatungsstelle), so ist der Essstörungenbereich gesondert auszuweisen, damit er als Anlaufstelle für Betroffene und Angehörige wahrgenommen wird. Wünschenswert ist, dass die Beratung von Betroffenen und Angehörigen auch in Erziehungsberatungsstellen etabliert wird,

weil zu vermuten ist, dass sich Eltern mit essgestörten Kindern auch an diese Einrichtungen wenden.

Bei den Beraterinnen und Beratern bzw. Therapeutinnen und Therapeuten ist eine Weiterbildung in mehreren Therapieverfahren, neben der Einzeltherapie in Gruppen- oder Paar- und Familientherapie oder in einem kreativen Therapieverfahren für die Arbeit notwendig. Absolut notwendig sind zudem spezifische Kenntnisse in der Arbeit mit essgestörten Klientinnen und bezüglich weiblicher Sozialisationsprobleme, die in entsprechenden Fort- und Weiterbildungen, auch in den Curricula zur Therapie-Weiterbildung, zu vermitteln sind.

Niedrigschwellige Beratungsangebote, bei denen die Ratsuchenden zunächst auch anonym bleiben können, werden in der Versorgung von essgestörten Frauen und Mädchen sowie ihren Angehörigen dringend benötigt. Wo diese Angebote nicht oder nur in geringem Umfang vorhanden sind, sollten sie eingerichtet bzw. ausgebaut werden und entsprechend öffentlich zu Kenntnis gebracht werden. Dabei ist neben der telefonischen Beratung auch die durch das von Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig genutzte Internet auszubauen.

Weiterhin müssen flexibel einmalige, kurze und mittellange Beratungen angeboten werden. Diese Angebote werden auch von bereits chronisch erkrankten Betroffenen und ihren Angehörigen genutzt, um Unterstützung im Umgang mit der Essstörung sowie den Weg in geeignete Behandlungen zu finden. Sie haben eine wesentliche klärende und weichenstellende Funktion. Neben der störungsspezifischen Beratungskompetenz ist hier der Aufbau eines guten Kooperationsnetzes zur zeitnahen Vermittlung in weiter gehende ärztliche und psychotherapeutische Behandlung notwendig.

Ernährungsberatung sollte in Beratungsstellen bzw. Beratungsangebote für Essstörungen regelhaft integriert sein. Dies kann auch in der Kooperation der Beratungseinrichtung mit einer Ernährungsberaterin geschehen.

Mittelfristig angelegte Beratungsprozesse zwischen 5 und 10 Sitzungen können sich bereits positiv auf die Betroffenen auswirken. Dies kann ein wesentlicher Einstieg in weitere Behandlungen sein. Insbesondere strukturierte Gruppenangebote sollten ausgebaut werden. Sie sollten mit Einzelberatungen kombiniert werden.

Angehörigengruppen sind zu einem festen Bestandteil von Beratungseinrichtungen im Bereich der Essstörungen zu machen. Sie geben Angehörigen eine wesentliche Unterstützung und Orientierung im Umgang mit dem Problem. Zudem ergibt sich hieraus oft, dass sich Betroffene in ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung begeben.

Langfristig angelegte Beratungen und Therapien, die auf die Essstörung zentriert sind, haben sich als insgesamt effektiv erwiesen. Entsprechende Angebote müssen weiter ausgebaut werden. Auch Gruppenbehandlungen tragen deutlich zur Verbesserung der Symptomatik bei essgestörten Klientinnen bei. Sie sollten ebenfalls ausgebaut werden, weil sie vergleichsweise kostengünstig sind.

Der Langzeitverlauf bei essgestörten Klientinnen muss in allen Formen dieser Störungen weiter untersucht werden. Dabei muss dem Zusammenhang zwischen Körperbild, Selbstwertgefühl und Symptomen der Essstörung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Das Vorkommen von essstörungsspezifischen und seelischen Belastungen in den Ursprungsfamilien von essgestörten Klientinnen muss in der Bundesrepublik intensiver untersucht und mit dem bei seelisch nicht gestörten Gruppen sowie dem bei anderen seelischen Erkrankungen verglichen werden, um allgemeine mit seelischen Erkrankungen verbundene Belastungen und spezifische Belastungen bei Essstörungen besser unterscheiden zu können.

Die Bedeutung von äußerer Erscheinung und Schlankheit bei Frauen und Mädchen mit Essstörungen und die hierbei bedeutsamen Sozialisationserfahrungen und Leitbilder müssen weiter untersucht werden. Hierbei sollten diese Einflüsse bei Frauen und Mädchen mit Essstörungen mit denen von nicht essgestörten Frauen und Mädchen sowie solchen, die zwar ein gestörtes Essverhalten haben, aber keine klinisch diagnostizierbare Essstörung, verglichen werden, um den Einfluss dieser Faktoren besser abschätzen zu können. Dasselbe gilt für die Einstellungen zu Leistung, Partnerschaft und Sexualität. Erkenntnisse hierüber sind für die Prophylaxe von Essstörungen äußerst bedeutsam.

Auch wenn sexueller Missbrauch und Misshandlung keine spezifischen Risikofaktoren für Essstörungen sind, sollten sie im Rahmen von längeren Beratungen und Behandlungen sorgfältig und differenziert exploriert werden, um ihre Bedeutung für die jeweils individuelle Leidensgeschichte sowie für diese Gruppe von Frauen und Mädchen angemessen erfassen zu können. Beraterinnen und Berater sowie Therapeutinnen und Therapeuten sind entsprechend zu sensibilisieren. Zudem muss bei Fällen von Missbrauch und Misshandlung die Indikation zu Trauma spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen sorgfältig geprüft werden. Auch für diese Indikationsstellung muss für eine entsprechende Weiterbildung gesorgt werden.

Die Qualitätssicherung in der Beratung und Behandlung von Essstörungen und hierbei auch die Überprüfung der Nachhaltigkeit der durchgeführten Leistungen muss ein fester Bestandteil der Arbeit von Beratungs- und Therapieeinrichtungen werden.

3. Leitlinien für die Beratung und ambulante Therapie bei Essstörungen

Aus den Ergebnissen der Studie und den Empfehlungen zur Beratung und Behandlung von Essstörungen ergeben sich die folgenden Leitlinien für die Beratung und Behandlung von Essstörungen:

1. Essstörungen sind schwer wiegende psychosomatische Erkrankungen, die in der Regel Frauen betreffen. In einer Reihe von Fällen entwickeln sie einen suchartigen Charakter. Sie entstehen aus dem Zusammenwirken mehrerer Ursachen. Hierzu gehören soziale, biologisch-genetische, familiäre und Persönlichkeitsfaktoren, deren Beteiligung jeweils individuell abgeschätzt werden muss.
2. Essstörungen sind häufig von anderen seelischen Beschwerden begleitet. Wenn sie nicht rechtzeitig angemessen behandelt werden, führen sie zu dauerhaften, erheblichen körperlichen, seelischen und sozialen Schädigungen, die in Todesfälle durch die körperlichen Beeinträchtigungen oder durch Suizid münden können.
3. Da von Essstörungen hauptsächlich Frauen betroffen werden, müssen die spezifischen weiblichen Entwicklungsbedingungen bei der Beratung und Behandlung von Essstörungen in besonderem Maße berücksichtigt werden. Hierzu gehören die besonderen, oft widersprüchlichen Rollenanforderungen an Frauen, das besonders Frauen betreffende Schönheits- bzw. Schlankkeitsideal sowie die Besonderheiten der körperlichen und seelischen Entwicklung von Frauen.
4. Da Essstörungen sehr stark mit Selbstwert- und Autonomiekonflikten verbunden sind, begeben sich viele Betroffene aus Gründen der Scham oder der fehlgeleiteten Selbstbehauptung nicht von selbst bzw. nicht rechtzeitig in Beratung oder Behandlung. Insbesondere die nicht augenfälligen Essstörungen, vor allem die Bulimie, bleiben so häufig lange Zeit unbehandelt oder eine angemessene Behandlung wird zu spät aufgenommen. Die Behandlung von Essstörungen erfordert zudem häufig mehrere und unterschiedliche Zugänge, bis es zu einer hilfreichen beraterischen und therapeutischen Interaktion kommt.
5. Die Beratung und Behandlung von Essstörungen muss den zugrunde liegenden multiplen Ursachen Rechnung tragen. Sie muss insbesondere die besonderen weiblichen Sozialisationsbedingungen und die vielfach vorhandene Abwehr gegen eine fachgerechte Behandlung aus Autonomie- und Schamkonflikten heraus berücksichtigen. Von daher ist ein beraterisches und therapeutisches Vorgehen notwendig, welches das essstörungsspezifische Verhalten und Erleben, die häufig vorhandene körperliche Gefährdung und die Eigendynamik der Störung berücksichtigt. Hierzu ist eine spezifische Fachkompetenz im Umgang mit Essstörungen in allen Abschnitten des professionellen Helfersystems und eine enge Kooperati-

on zwischen Beraterinnen und Beratern bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzten sowie stationären Einrichtungen geboten.

6. In der professionellen Versorgungskette bei Essstörungen ist Beratung häufig der erste und entscheidende Abschnitt, in dem wesentliche weitere Weichenstellungen getroffen werden, die für den gesamten weiteren Verlauf der Erkrankung entscheidend sein können. In dem Versorgungssystem für Essstörungen spielt Beratung eine eigenständige und wesentliche Rolle. Beratung hat eine aufklärende, unterstützende, die Selbstverantwortung fördernde und in weitere Behandlung vermittelnde Funktion.
7. Beratungsleistungen müssen kurzfristig und niedrigschwellig erreichbar sein. Das heißt auch, dass Beratungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige lokal erreichbar sein müssen. Zudem sind Beratungsangebote für Essstörungen als solche gesondert auszuweisen, damit sie von Betroffenen und Angehörigen auch erkannt und gezielt wahrgenommen werden können.
8. In Beratungen wird über Essstörungen und deren Behandlung informiert, es werden Art und Schwere der Essstörung abgeklärt, Betroffenen und Angehörigen wird Hilfestellung beim Umgang mit der Störung gegeben und es wird gezielt in weitere ambulante oder stationäre Behandlung vermittelt.
9. Die Ambivalenz vieler Betroffener bezüglich des Umgangs mit ihrer Essstörung und mit deren Behandlung kann durch Beratung aufgefangen und bearbeitet werden. Der offene Ansatz der Beratung soll es ermöglichen, diesen Klärungsprozess mehrfach aufnehmen zu können. Essstörungsspezifische Beratungskompetenz wird auch von Betroffenen mit chronifizierten Essstörungen und vorhergehenden ambulanten oder stationären Behandlungsversuchen gesucht, die die spezifischen Kenntnisse der jeweiligen Einrichtung für sich nutzen.
10. Insbesondere wegen der Vorbehalte vieler Betroffener gegen Beratung und Psychotherapie sind niedrigschwellige Beratungsangebote notwendig, die auch anonym als Telefon- oder Internetberatungen nutzbar sein sollten. Es hat sich gezeigt, dass auch diese niedrigschwelligen spezifischen Beratungsangebote von Betroffenen mit chronifizierten Essstörungen gesucht werden.
11. Niedrigschwellige Beratungsangebote für Frauen und Mädchen mit Essstörungen sind regional als eigenständige Facheinrichtungen oder im Rahmen anderer Beratungseinrichtungen zu etablieren. Der Essstörungenbereich sollte auch hier in jedem Fall gesondert und spezifisch gekennzeichnet sein, damit Betroffene und Angehörige auf ihn zurückgreifen können.
12. Diese Angebote müssen finanziell und über die Mitarbeiterstellen so abgesichert sein, dass eine kontinuierliche Arbeit und wechselseitige kollegiale Unterstützung möglich sind.
13. Um eine effektive niedrigschwellige kürzere oder längere Beratungsarbeit gewährleisten zu können, müssen die Beraterinnen und Berater eingehende Kenntnisse der verschiedenen Formen von Essstörungen, ihre möglichen Ursachen und Konsequenzen sowie die Anforderungen an eine fachgerechte Behandlung haben.

- Zudem müssen sie Kooperationspartner im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen, im stationären und im psychosozialen Bereich haben.
14. Auch bei kürzeren Beratungsprozessen sind neben dem Wissen über psychosoziale Zusammenhänge grundlegende Kenntnisse über Ernährung und Ernährungsnotwendigkeiten erforderlich. Hier sollte eine Ernährungsberatung der Klientin und eventuell auch der Angehörigen integriert werden können.
 15. Bei Kindern, Jugendlichen und vielfach auch bei jungen Erwachsenen ist die Einbeziehung der Angehörigen in den Beratungsprozess oft notwendig und sinnvoll. Ebenso ist eine gezielte Beratung für Hilfe suchende Angehörige wichtig. Gruppen für Angehörige haben sich bewährt.
 16. In der längerfristigen Beratung und Therapie muss dem spezifischen Charakter der Störung und der hierbei regelhaft vorhandenen Störung der Körperwahrnehmung Rechnung getragen werden, z. B. durch Integration von Ernährungsberatung, Arbeit mit Essprotokollen und Esstagebüchern sowie Arbeit an der Körperwahrnehmung. Gruppentherapien tragen ebenfalls erheblich zur Verbesserung der Essstörungs- und sonstigen seelischen Symptomatik der Patientinnen bei.
 17. Insgesamt erfordert die Beratung und Behandlung von Essstörungen die Vernetzung der Beratungs- und Therapieeinrichtungen bzw. der Beraterinnen und Berater und Therapeutinnen und Therapeuten in einer Versorgungskette, das Verfügen über mehrere Zugänge zur Problemlage der Betroffenen und ihrer Angehörigen, die enge Kooperation mit Ärztinnen/ Ärzten und niedergelassenen Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten sowie mit stationären Einrichtungen. Die Qualität der Leistungen ist, auch in Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit für die Betroffenen und ihre Angehörigen, fortwährend zu prüfen.

4. Ausführliche Darstellung des Projektes

Ausgangslage, Fragestellungen und Ziele des Projektes

4.1 Formen von Essstörungen

Essstörungen sind seelische Erkrankungen, von denen hauptsächlich Frauen betroffen sind. Die Prävalenz von Essstörungen hat seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts stark zugenommen und steigt weiterhin an (Fairburn u. Harrison 2003; Key u. Lacey 2002).

Als »essgestört« werden Menschen beschrieben, »für die das Essen die missbräuchliche Funktion hat, Probleme, die ansonsten unlösbar erscheinen, auf diese Art zu bewältigen« (Bruch 1991, S. 13).

Die ICD-10 der WHO (International Classification of Mental and Behavioral Disorders, Dilling et al. 2000) unterscheidet neben der Anorexie und der Bulimie mit jeweils auch atypischen Formen »Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen«, »Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen«, »sonstige Essstörungen« und »nicht näher bezeichnete Essstörungen«.

Im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, H. Saß et al. 1994) werden Essstörungen derzeit als Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, nicht näher bezeichnete Essstörungen (»Eating disorders not otherwise specified«) und die Binge Eating Störung (»Ess-Störung mit Fressanfällen«, deutsche Fassung des DSM-IV) definiert.

Mit Übergewicht und Adipositas werden nach internationalen Klassifikationen Abweichungen vom Normalgewicht nach oben bezeichnet. Sie sind definitionsgemäß keine Essstörungen und nicht zwangsläufig mit pathologischem Essverhalten verbunden.

Die Definitionen der Essstörungen und der Adipositas sollen hier nun kurz beschrieben werden. Hierbei richten wir uns weitgehend nach der ICD-10, nach der die Klientinnen in der Untersuchung in der Regel ebenfalls eingruppiert wurden.

Anorexia nervosa

In der ICD-10 (International Classification of Mental and Behavioral Disorders) wird eine Anorexia nervosa (F 50.0) folgendermaßen diagnostiziert:

1. Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten oder Quetelets-Index (BMI)³ von 17,5 oder weniger
2. Gewichtsverlust selbst herbeigeführt durch:

3 Der Body Mass Index (BMI) wird berechnet, indem das Körpergewicht in Kilogramm durch die quadrierte Körpergröße in Metern geteilt wird.

- a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
 - b. selbst induziertes Erbrechen
 - c. selbst induziertes Abführen
 - d. übertriebene körperliche Aktivitäten
 - e. Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
3. Körperschema-Störung als eine tief verwurzelte überwertige Idee; sehr niedrige Gewichtsschwelle
4. Endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse):
Amenorrhoe (bei Männern: Libido- und Potenzverlust)
Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.
Sind nicht alle genannten Bedingungen erfüllt, handelt es sich nach der ICD-10 um eine atypische Anorexia nervosa (F 50.1). Hierunter fallen z. B. Frauen, die untergewichtig sind, restriktiv essen, eine Körperschemastörung aufweisen und eine sekundäre Amenorrhoe haben, deren Gewicht aber nicht unter 15% des erwarteten Gewichts liegt. Zudem kann zwischen einer Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F 50.00) und einer mit aktiven Maßnahmen der Gewichtsabnahme, z. B. Erbrechen (F 50.01) unterschieden werden.

Bulimia nervosa

Die Kriterien der ICD-10 für eine Bulimia nervosa (F 50.2) sind:

1. Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln, Essattacken
2. Vermeidung von Gewichtszunahme durch:
 - a. selbst induziertes Erbrechen
 - b. Missbrauch von Abführmitteln
 - c. zeitweilige Hungerperioden
 - d. Einnahme von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten, Diuretika
3. Krankhafte Furcht, dick zu werden
4. In der Vorgeschichte häufig Episoden von Anorexia nervosa, die voll ausgeprägt oder verdeckt mit mäßigem Gewichtsverlust und/oder vorübergehender Amenorrhoe gewesen sein können.

Weiterhin wird eine atypische Bulimie (F 50.3) definiert. Diese umfasst normalgewichtige Frauen mit einer Bulimie sowie Patientinnen, die nicht alle Hauptkriterien einer Bulimie erfüllen.

Andere Formen von Essstörungen

Ein großer Teil der Klientinnen, die eine Beratung oder Behandlung wegen einer Essstörung suchen, haben keine Anorexia nervosa oder Bulimie nach den Kriterien der ICD-10. Hierunter fallen »Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen«

(F 50.4), die nach belastenden Ereignissen auftreten, »Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen« (F 50.5), »sonstige Essstörungen« (F 50.8), z. B. psychogener Appetitverlust sowie die »nicht näher bezeichnete Essstörungen« (F50.9). Auch bei letzteren handelt es sich häufig um Störungen von erheblichem Krankheitswert.

Essstörung mit »Fressanfällen« (Binge Eating Disorder)

In den letzten 10 Jahren wird immer häufiger eine weitere Essstörung diagnostiziert, die in der ICD-10 nur zu einem Teil erfasst wird, die Essstörung mit »Fressanfällen« (Binge Eating Disorder).

Sie ist im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, deutsch 1994) durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

A. Wiederholte Episoden von »Fressanfällen«. Eine Episode ist folgendermaßen charakterisiert:

Essen einer Nahrungsmenge in einem abgegrenzten Zeitraum (z. B. einem zweistündigen), die definitiv größer ist als die, die die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.

Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. mit dem Essen nicht aufhören bzw. nicht kontrollieren zu können, was und wie viel man isst).

B. Die Episoden von »Fressanfällen« treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

Es wird wesentlich schneller gegessen als normal.

Es wird bis zu einem unangenehmen Völlegefühl gegessen.

Es werden große Nahrungsmengen gegessen, obwohl man sich körperlich nicht hungrig fühlt.

Die betreffende Person isst allein, weil sie sich wegen der Menge schämt.

Nach dem übermäßigen Essen treten Selbstekel, Deprimiertheit oder starke Schuldgefühle auf.

C. Es besteht deutliches Leiden wegen der »Fressanfalle«.

D. Die »Fressanfalle« treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.

E. Die »Fressanfalle« treten nicht in Kombination mit regelmäßigen kompensatorischen Verhaltensweisen (z. B. »Purging-Verhalten«⁴, Fasten, exzessive körperliche Betätigung) oder ausschließlich im Verlauf einer Anorexia oder Bulimia nervosa auf.

Die Binge Eating Störung überschneidet sich zum Teil mit der Diagnose »Ess-attacken bei sonstigen psychischen Störungen« (F 50.4) in der ICD-10. In der vor-

4 Mit »Purging Verhalten« werden Erbrechen sowie der Abusus von Laxanzien, Diuretika oder Entwässerungsmitteln bezeichnet.

liegende Studie wurden Klientinnen mit einer Binge Eating-Störung mit denen, bei denen F50.4 kodiert wurde, zusammengefasst.

»Latente Esssucht«

In einigen der von uns untersuchten Einrichtungen ist zudem die Diagnose-Kategorie »latente Esssucht« in Gebrauch. Hiermit werden Betroffene beschrieben, die zwischen übermäßigem Essen und Perioden der Gewichtsabnahme hin- und herpendeln, deren Gewicht daher oft starken Schwankungen ausgesetzt ist. Dabei werden neben Diät- oder Fastenperioden auch Laxanzien, Appetitzügler oder Entwässerungsmittel zur Gewichtsreduktion eingesetzt. Es besteht eine dauernde Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht und eine immer wiederkehrende Auseinandersetzung hiermit (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2004). Eine Reihe dieser Klientinnen ist sicherlich in der ICD-10 als »nicht näher bezeichnete Essstörung« (F 50.9) einzuordnen. In der vorliegenden Studie wurde die Diagnose »latente Esssucht« in den Fällen, in denen sie von den Einrichtungen gestellt wurde, in den entsprechenden Auswertungen belassen.

Adipositas

Adipositas wird nach Schweregraden gemäß dem Body Mass Index (BMI) eingeteilt:

Übergewicht:	BMI	25,0–29,9
Adipositas Grad I:	BMI	30,0–34,9
Adipositas Grad II:	BMI	35,0–39,9
Adipositas Grad III (Extreme Adipositas):	BMI	größer 40,0.

4.2 Verbreitung von Essstörungen

Ein immenser sozialer Druck in Richtung einer schlanken Körperform insbesondere auf Mädchen und Frauen und ein daraus resultierendes kollektives Diätverhalten haben zur Folge, dass das Hungern unter Frauen und Mädchen zur häufigsten Sucht geworden ist. Von Bulimie und Anorexie sind zu ca. 95 % Frauen betroffen. Die Prävalenz dieser beiden Krankheitsbilder liegt in der Altersgruppe von 14–35 Jahren bei bis zu ca. 5 % (vgl. Krüger et al. 2001; Pudal u. Westenhöfer 1998). Laut dem DAK-Gesundheitsreport 2002 hat die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Essstörungen von 2000 auf 2001 deutlich zugenommen.

Ein noch größerer Teil junger Mädchen und Frauen ist der Hochrisikogruppe für Essstörungen zuzuordnen. Hier befinden sich nach einer von der Europäischen Union geförderten Studie an 4.389 Schülerinnen in Europa ca. 8 % der Mädchen im Alter zwischen 11 und 13 Jahren und 14 % der weiblichen Jugendlichen zwischen 14 und 19 Jahren. Fast 50 % der Mädchen zwischen 11 und 13 Jahren hatten bereits eine Diät gemacht. Ca. 40 % der normalgewichtigen und der untergewichtigen Mädchen und weiblichen Jugendlichen zwischen 11 und 19 Jahren fühlten sich zu dick.

Gestörtes Essverhalten hängt deutlich mit Körperunzufriedenheit und gestörter seelischer Befindlichkeit zusammen (Kabera 1999). Aschenbrenner (2003) fand in einer Untersuchung von 736 nicht erkrankten weiblichen und männlichen Gymnasiasten und Studenten aus den neuen und den alten Bundesländern bei 35 % der Schülerinnen und bei 12 % der Schüler eine subklinische Essstörung. Buddeberg-Fischer (2000) fand hierfür eine Prävalenzrate von 22,4 % bei Mädchen und 7 % bei Jungen.

Neben der Bulimie und der Anorexie wird seit 1994 die Binge Eating Störung (Binge Eating Disorder, BED; dt.: Essstörung mit »Fressanfällen«, s. o.) als eigenständiges Krankheitsbild untersucht. Hierunter leiden 20 bis 30 % aller übergewichtigen Patientinnen und Patienten, die Behandlung suchen. Von dieser Störung sind zu zwei Dritteln Frauen betroffen (vgl. Krüger et al. 2001). Hier gibt es wie bei den anderen genannten Essstörungen eine erhebliche Komorbidität mit psychiatrischen Erkrankungen (Krüger 2001). Zudem gewinnen die »nicht näher spezifizierten Essstörungen« (»Eating Disorders Not Otherwise Specified«, EDNOS) an Bedeutung (Key u. Lacey 2002), die in der ICD-10 zum teil unter den Ziffern 50.4, 50.5, 50.8 und 50.9 erfasst sind (s.o.). Letztere sind charakterisiert durch Essanfälle, häufiges Sporttreiben, gelegentliches Erbrechen oder Gebrauch von Abführmitteln, einen hohen Grad von Perfektionismus, konflikthafte Beziehungen und eine hohe Ambivalenz gegenüber der Suche nach Hilfe. Diese Störung hat offensichtlich unter College-Studentinnen eine sehr hohe Verbreitung (Key u. Lacey 2002).

Hinzu kommt die Gruppe der Übergewichtigen und Adipösen. Die Prävalenz dieser Störungen steigt kontinuierlich. In der Bundesrepublik ist ca. jeder zweite Erwachsene übergewichtig und jeder fünfte bis sechste adipös (Deutsche Adipositas-Gesellschaft 1999). Hier ist die Geschlechterverteilung ausgeglichen. Adipositas und Übergewicht zählen nicht zu den Essstörungen im klinischen Sinne, da sie nicht zwangsläufig mit gestörtem Essverhalten verbunden sind (vgl. Pudel u. Westenhöfer 1998).

4.3 Ursachen für die Entstehung von Essstörungen

In der Entstehung von Essstörungen wirken in der Regel Ursachen aus mehreren Bereichen zusammen. Die im Folgenden genannten haben sich bisher als wesentlich erwiesen:

1. Soziale Einflüsse

Neben dem bereits erwähnten, besonders auf Mädchen und Frauen lastendem Schlankheitsdruck sind dies widersprüchliche Rollenerwartungen (z. B. mütterlich und gleichzeitig im Beruf durchsetzungsfähig sein, vgl. Ratzke 1995), und hohe Leistungserwartungen (vgl. z. B. Reich 2003a; Reich u. Cierpka 2001). Essgestörte Frauen haben z. B. eine stärkere Außenorientierung und eine stärkere Sozialangst als nicht essgestörte Frauen. Diese Faktoren sind mit einer kritischen und abwertenden Einstellung zum eigenen Körper verbunden (Striegel-Moore et al. 1993).

2. Familiäre Einflüsse

Essstörungen sind häufig durch Ablösungsprobleme aus der Familie und ungelöste familiäre Konflikte mit bedingt. Zudem können Ess- und Gewichtsprobleme der Eltern und Diätverhalten der Mütter sowie Kritik am Körper der Mädchen in der adoleszenten Entwicklungsphase erheblich zur Entstehung von Essstörungen beitragen (Cierpka u. Reich 2001; Fairburn u. Harrison 2003; Reich 2003a u. b).

3. Probleme mit der Weiblichkeitsentwicklung

Essgestörte Mädchen und junge Frauen lehnen ihren Körper ab und empfinden ihn als unzulänglich. Die ubiquitären Unsicherheiten, die mit der Körperentwicklung in der Adoleszenz verbunden sind, sind hier besonders akzentuiert. Ein frühes Einsetzen der Menarche hat sich als ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung von Bulimie erwiesen (Fairburn et al. 1997).

4. Sexueller Missbrauch und andere Traumatisierungen

Sexueller Missbrauch und andere traumatisierende Erfahrungen sind bei vielen schweren seelischen Erkrankungen ein häufig zu findender Entstehungsfaktor (Egle et al. 2002, 2005; Kendler et al. 2000).

Sexueller Missbrauch, insbesondere wiederholter schwerer sexueller Missbrauch, ist bei Bulimikerinnen häufiger zu finden als bei gesunden und psychiatrischen Vergleichspersonen (Fairburn et al. 1997), während Anorektikerinnen sich hier von gesunden, nicht aber von psychiatrischen Vergleichspersonen unterscheiden (Fairburn et al. 1999a). Eine von Kendler et al. (2000) durchgeführte Studie an Zwillingen zeigt, dass der Einfluss sexueller Traumatisierung auf die Entwicklung von Bulimie erheblicher ist als der genetische Einfluss. Auch bei krankhaftem Übergewicht durch Zuvielessen scheinen Missbrauch und Misshandlung ein wesentlicher pathogenetischer Faktor zu sein (Felitti 2002).

In der Behandlung von Mädchen und Frauen mit Essstörungen müssen diese Faktoren in jedem Einzelfall sorgfältig exploriert und angemessen berücksichtigt werden.

5. Persönlichkeitsfaktoren

Essgestörte Mädchen und Frauen sind häufig leistungsorientiert und perfektionistisch, insbesondere Anorektikerinnen, und haben Selbstwertprobleme (Fairburn u. Harrison 2003; Key u. Lacey 2002). Anorektikerinnen sind zudem oft zwanghaft und kontrollierend, während Bulimikerinnen häufig impulsiv sind (vgl. Reich 2001; 2003a u. b).

6. Genetische Faktoren

Neben den genannten Faktoren werden auch genetische Einflüsse diskutiert. Diese scheinen insbesondere bei der Anorexie eine Rolle zu spielen, wo bei eineiigen Zwillingen Konkordanzraten bis zu 57 % und bei zweieiigen Zwillingen bis zu 9 % gefunden wurden, bei der Bulimie entsprechende Raten von 35 % bzw. 30 %. Dies spricht für einen bedeutenden genetischen Beitrag zu beiden Erkrankungen. Dabei sind Fragen auf verschiedenen Ebenen weiterhin offen, z. B. bezüglich der Diagnosestellungen, des Vererbungsweges und der Umwelteinflüsse,

da Adoptionsstudien in diesem Bereich immer noch fehlen (Fairburn u. Harrison 2003; Keys u. Lacey 2002; Reich 2003a; Reich u. Cierpka 2001).

4.4 Folgen von Essstörungen

Essstörungen sind häufig mit massiven gesundheitlichen somatischen und psychischen Beeinträchtigungen verbunden. Findet keine rechtzeitige fachgerechte Behandlung statt, chronifizieren sie. Magersucht ist die schwerste psychosomatische Erkrankung, die eine Jugendliche bzw. eine Frau entwickeln kann (vgl. Krüger et al. 2001). Im Langzeitverlauf versterben ca. 20 % der Erkrankten, hauptsächlich an den Folgen der Unterernährung. Die zweithäufigste Todesursache ist der Suizid (Krüger et al. 2001). Körperliche Schäden bei Anorexie und auch bei Bulimie treten hauptsächlich als Folge von Unter- bzw. Mangelernährung oder häufigem Erbrechen auf. Sie reichen von Störungen im Elektrolythaushalt, z. B. Kaliummangel, der zu einem Herzstillstand führen kann, bis zu endokrinologischen Veränderungen (Ausbleiben der Menstruation) und Beeinträchtigungen des gesamten Metabolismus (Krüger et al. 2001; Pudel u. Westenhöfer 1998). So entwickeln insbesondere Magersüchtige im Langzeitverlauf häufig Osteoporose. Bei Bulimikerinnen und Anorektikerinnen kann es zu Haarsausfall, trockener, rissiger Haut, Zahnschäden, Entzündungen der Speiseröhre, Magenbeschwerden, Kreislaufstörungen, ständigem Frieren, Leistungs- und Konzentrationsstörungen kommen (Krüger et al. 2001).

Zu diesen körperlichen Schädigungen treten seelische Störungen und soziale Probleme. Häufig sind Essstörungen von Depressionen oder Angststörungen (vor allem soziale Ängste) begleitet. Bei Bulimikerinnen findet sich zudem häufig Substanzmissbrauch (Alkoholabusus 26 bis zu 40 %). In ca 10 % der Fälle sind Essstörungen Teil einer umfassenden Störung der Persönlichkeit, die sich auch in anderen Symptomen, (z. B. selbst verletzendem Verhalten, Impulshandlungen) ausdrückt. Chronische Essstörungen führen zu vermehrter Selbstablehnung und zum Teil zu völliger sozialer Isolation, wobei die Betroffenen oft auch aus Krankheitsgründen aus dem beruflichen Kontext herausfallen (vgl. Krüger et al. 2001).

Auch die Adipositas ist mit erheblichen körperlichen und psychosozialen Belastungen verbunden (Petermann u. Pudel 2003). Übergewicht führt zu Herz-Kreislauf-erkrankungen, z. B. mit der Folge von Bluthochdruck oder Infarkt, zu Arteriosklerose, z. B. mit der Folge von Schlaganfällen, zu Stoffwechselerkrankungen, z. B. Diabetes, Schädigungen der Gelenke, und fördert Krebserkrankungen. Zudem treten auch hier insbesondere bei Frauen depressive Symptome, Störungen im Selbstwert-erleben und Ängste auf (Herpertz u. Senf 2003).

4.5 Beratung und Therapie von Essstörungen

Trotz dieser schwerwiegenden Folgen kommt anscheinend nur eine Minderheit (zwischen 25 und 40 %) der an Bulimie und vermutlich auch der anderen Essstörungen (Binge Eating Störung, nicht näher bezeichnete Essstörung) erkrankten Frauen

in Behandlung, obwohl Beratung und Behandlung die Heilungschancen erheblich verbessern, insbesondere, wenn sie innerhalb der ersten Jahre nach Beginn der Erkrankung erfolgten (vgl. Reich 2001). Anorexie ist demgegenüber ein auffälligeres Krankheitsbild. Die im Vergleich zu Bulimikerinnen oft jüngeren Patientinnen leben häufig noch bei den Eltern und werden von diesen zur Behandlung gedrängt (Reich 2001, 2003b). Eine besondere Motivationsarbeit vor Beginn der Behandlung von Essstörungen erscheint für alle diagnostischen Gruppen als sinnvoll und notwendig (Fairburn u. Harrison 2003; Keys u. Lacey 2002; Seide et al. 1995).

Die psychotherapeutische Versorgungssituation von Patientinnen mit Essstörungen ist, soweit in Deutschland untersucht, deutlich schlechter als diejenige mit »klassischen« psychischen Erkrankungen (Angsterkrankungen, Depression). Patientinnen mit Essstörungen erhalten seltener einen Behandlungsplatz oder werden häufiger abgewiesen als Patienten mit »klassischen« neurotischen Erkrankungen.

In einer großen Versorgungsstudie im Saarland konnten Zepf et al. (2000) zeigen, dass insbesondere Patientinnen mit Essstörungen trotz Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungswunsch unbehandelt bleiben. Diese Zahlen sind nicht nur im Saarland zu finden. In den KV-Bezirken Göttingen und Kassel führten Schütte et al. (2003) eine repräsentative Untersuchung bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch. Die befragten niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Erwachsenenbereich hielten – trotz formaler Überversorgung – zu 62 % die Gruppe der essgestörten Patientinnen für »nicht ausreichend versorgt«. Im Kinder- und Jugendlichenbereich waren es sogar 82 % (Schütte et al. 2003).

Vor dem hier skizzierten Hintergrund stieg sowohl der Bedarf an Beratungs- und Therapiemöglichkeiten als auch die Zahl der auf diese Problematik spezialisierten Beratungsstellen, die der frauenspezifischen Problematik der Essstörungen mit spezifischen Beratungs- und Behandlungsangeboten gerecht werden wollen. Gerade in diesem Bereich besteht ein erhöhter Untersuchungsbedarf, welche Beratungs- und Behandlungsangebote die betroffenen Frauen in ihren spezifischen Notlagen auch erreichen und der Schwere der Störung angemessen sind.

Bei der Behandlung von Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge Eating) und Adipositas werden derzeit zahlreiche Therapieverfahren angewandt. Außer im ambulanten Setting in auf Essstörungen spezialisierten Beratungsstellen, Kliniksambulanzen und bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten werden Essstörungen auch stationär (meist Anorexie) und tagesklinisch sowie in speziell ausgerichteten therapeutischen Wohngemeinschaften behandelt.

Insgesamt hat sich Psychotherapie in der Behandlung von Essstörungen als wirksam erwiesen (Fairburn u. Harrison 2003; Wilson u. Fairburn 1998). Zum Teil muss sie mit medikamentöser Behandlung, insbesondere mit Antidepressiva, kombiniert werden (American Psychiatric Association, 2000). In der Psychotherapie haben sich verhaltenstherapeutische (z. B. Fairburn u. Harrison 2003; Whittal et al. 1999), psychodynamische (Vgl. Garfinkel u. Goldbloom 1993; Leichsenring 2004), interpersonelle (z. B. McIntosh et al. 2000), gruppen- und familientherapeutische Behand-

lungsansätze (z. B. McKisack u. Waller 1997; Jäger et al. 1996; Robin et al. 1999; vgl. Fairburn u. Harrison 2003) als wirksam erwiesen.

Bereits die diagnostische Einschätzung von Essstörungen, von deren Entwicklung und des hier notwendigen Beratungs- und Behandlungsbedarfs setzt besondere Kenntnisse über diese Störungen und einen sensiblen Zugang zu den mit Essstörungen verbundenen weiblichen Entwicklungsproblemen voraus. Zudem ist hierbei, sowie in der Beratung und Behandlung, eine Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten, insbesondere Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, Internistinnen und Internisten, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Psychiaterinnen und Psychiatern notwendig.

Eine angemessene Behandlung sollte folgende Elemente umfassen (vgl. American Psychiatric Association 2000):

1. Ernährungsberatung und Stabilisierung des Essverhaltens,
2. Psychotherapie und psychosoziale Interventionen, die die Entwicklungs- und Identitätsprobleme, Probleme mit dem Körperbild, die Affektregulierung, die Familienkonflikte und andere relevante Faktoren bearbeiten,
3. Familientherapie bei jüngeren Patientinnen, die noch im Elternhaus leben, sowie für solche mit andauernden Auseinandersetzungen mit den Eltern; Paartherapie bei solchen mit Partnerschaftsproblemen.

Patientinnen, die Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauch wurden, bedürfen eines Behandlungsansatzes, der die Trauma spezifischen Probleme berücksichtigt (Fischer u. Riedesser 2004).

Zudem hat sich Gruppentherapie für Mädchen und Frauen, in der diese an ihren spezifischen Schwierigkeiten mit Hilfe von Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam arbeiten können, als hilfreich erwiesen.

Eine stationäre Behandlung ist bei schweren, einschränkenden Symptomen, die nicht auf ambulante Therapie angesprochen haben, schweren gleichzeitigen medizinischen Problemen, psychiatrischen Begleiterkrankungen, Suizidalität, schwerem gleichzeitigen Alkohol- oder Drogenabusus sowie bei festgefahrenen familiären und partnerschaftlichen Interaktionen notwendig.

4.6 Die Notwendigkeit abgestufter Beratungs- und Behandlungsschritte und deren Kombination

Insgesamt erfordert der Beraterische und therapeutische Umgang mit Essstörungen in der Regel die Anwendung mehrerer Behandlungs- und Behandlungsmodalitäten und deren parallele oder sequentielle Kombination (Seide et al. 1995).

Wegen der mit Essstörungen und auch Adipositas verbundenen Schamproblematik, dem mit diesen Störungen ebenfalls verbundenen Vermeidungsverhalten (vgl. Krüger et al. 2001) sowie den unterschiedlichen Bedürfnis- und Problemlagen von Essgestörten und auch von ihren Angehörigen ist ein breites und abgestuftes Angebot Beraterischer und therapeutischer Möglichkeiten zum angemessenen Umgang mit diesen Störungen notwendig. Diese Angebote werden unter dem Begriff des

»stepped care treatment« (abgestuftes Betreuungs- und Behandlungsangebot, Wilson et al. 2000) zusammengefasst.

Sie enthalten als Möglichkeit mit der niedrigsten Schwelle telefonische Beratungen für Essgestörte, deren Angehörige sowie Angehörige von Berufsgruppen, die in ihrem Alltag mit essgestörten Mädchen und Frauen konfrontiert sind, z. B. Lehrerinnen und Lehrer. Hier werden Informationen über Essstörungen, deren Merkmale und deren Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und Empfehlungen zum Umgang mit der Essstörung bzw. mit der Essgestörten gegeben. Diese telefonischen Beratungen können anonym durchgeführt werden. Die Ratsuchenden müssen sich nicht als Klientinnen oder Patientinnen definieren.

In Kurzberatungen werden diese Informationen dann vertieft. Hier werden z. B. Möglichkeiten zur Veränderung des Essverhaltens besprochen und im Sinne psychoedukativer⁵ Interventionen intensivere Informationen über Essstörungen, deren Ursachen, Verläufe und Behandlungsmethoden gegeben.

Die nächste Stufe besteht in intensiven langfristigen Beratungsprozessen und Psychotherapien. Hier tragen kombinierte Vorgehensweisen, z. B. als Einzel- und Familiebehandlung bei noch im Elternhaus lebenden oder mit diesem eng verbundenen Mädchen und jungen Frauen, oder Einzel- und Gruppenbehandlungen, verbunden mit Ernährungsberatung und Körper orientierten Ansätzen, dem multidimensionalen Charakter von Essstörungen am besten Rechnung.

Auf Essstörungen spezialisierte Beratungs- und Therapieeinrichtungen versuchen, diesen abgestuften Anforderungen Rechnung zu tragen, und halten ein entsprechendes mehrdimensionales Beratungs- und Behandlungsangebot bereit.

Diese Beratungs- und Therapieeinrichtungen tragen hiermit der Tatsache Rechnung, dass in der ambulanten Betreuung und Versorgung von essgestörten Mädchen und Frauen eine breite Lücke besteht. Ambulante psychotherapeutische Praxen verfügen in der Regel nicht über die hier erforderlichen vielfältigen Möglichkeiten.

Fachkliniken verfügen über einen multidimensionalen Behandlungsansatz. Stationäre Behandlungen kommen aber nur für schwere Essstörungen in Frage. Zudem brauchen die betroffenen Frauen und Mädchen nach stationären Aufenthalten eine angemessene ambulante Nachsorge.

Die in speziell auf die Beratung und ambulante Behandlung von Essstörungen orientierten Einrichtungen entwickelten Beratungs- und Behandlungsangebote wurden in ihrer Nutzung, ihren verschiedenen Kombinationen und in ihrer Wirksamkeit als Hilfe für die betroffenen Mädchen und Frauen bisher noch nicht systematisch erfasst und untersucht.

5 Als psychoedukativ werden Vorgehensweisen bezeichnet, bei denen ausgehend von der Problemlage, den Vorerfahrungen und dem Kenntnisstand der Betroffenen Informationen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von seelischen oder seelisch mit bedingten Erkrankungen gegeben und Möglichkeiten der Verhaltensänderung erarbeitet werden.

5. Fragestellungen, Ziele und Durchführung des Projektes

5.1 Fragestellungen und Ziele

Das Projekt sollte eine breite Kenntnislücke im Bereich der Beratung und ambulanten Therapie bei Essstörungen schließen helfen. In der bundesweiten Studie wurde die Praxis von 40 Beratungs- und Therapieeinrichtungen für Essstörungen (davon 16 im Bundesfachverband Essstörungen zusammengeschlossen) sowie weiterer ambulanter Beratungseinrichtungen, die sich schwerpunktmäßig mit der Beratung und Behandlung von Mädchen und Frauen mit Essstörungen befassen, hinsichtlich ihrer Qualitätsmerkmale untersucht.

Unter Anwendung eines hierfür entwickelten Modulsystems (s. unten) sowie von Fragebögen, die in der Untersuchung von Essstörungen und in der Beratungs- und Therapieforschung erprobt sind, wurden systematisch Daten zur

- Strukturqualität (Größe und methodische Ausrichtung der Einrichtung, Qualifizierung der Mitarbeiter),
 - Prozessqualität (Evaluation beraterischer und therapeutischer Prozesse) und
 - Ergebnisqualität (Beratungs- bzw. Behandlungserfolg und -zufriedenheit)
- erhoben und ausgewertet.

Insbesondere sollte erfasst werden:

- welche Betroffenen und Angehörigen welche Beratungs- und Behandlungsangebote nutzen, z. B. bezüglich der Problematik und Symptomatik sowie der Altersgruppe,
- wie Betroffene und Angehörige auf die Essstörung aufmerksam werden, die Beratungs- bzw. Behandlungsnotwendigkeit erkennen und sich an eine entsprechende Einrichtung wenden,
- welche weiteren Probleme und Symptome mit der Essstörung verbunden sind,
- welche Beratungs- und Behandlungsmodalitäten angewandt und eventuell kombiniert werden,
- welche Wirkung die angewandten Beratungs- und Behandlungsmethoden bezüglich der Veränderung der vorliegenden Essstörung und der weiteren Symptomatik, der psychosozialen Folgen sowie der Beratungs- und Behandlungszufriedenheit der Betroffenen und ihrer Angehörigen haben,
- welche seelischen und essstörungsspezifischen Belastungen in den Ursprungsfamilien und bei den Partnern der Klientinnen vorliegen,
- welche mädchen- und frauenspezifischen Erfahrungen zu Körper einschätzung, Leistung, Partnerschaft und Sexualität die Klientinnen gemacht und welche Einstellungen sie hier haben, sowie

- Angaben zu Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung in der Vorgeschichte der Klientinnen.

Untersucht werden sollten:

- die beteiligten Beratungsstellen und ihre Beratungs- und Behandlungsangebote,
- die hier tätigen Beraterinnen und Therapeutinnen mit ihren Qualifikationen,
- die telefonischen Beratungen,
- die einmaligen Beratungen,
- die kurz- und mittelfristigen Beratungen, hierunter auch Ernährungsberatungen, (2 bis 5 bzw. 5 bis 10 Sitzungen) am Beginn und am Ende; zudem war eine katamnestische Untersuchung ein halbes Jahr nach dem Ende der Beratung vorgesehen,
- die Angehörigengruppen,
- die langen Beratungen und die Psychotherapien am Beginn, im Verlauf und am Ende bzw. zum Abschluss der Erhebung im September 2003, sowie katamnestisch ein Jahr nach Beendigung.

Auf der Grundlage dieser Daten sollten dann Qualitätsstandards bezüglich der Angebote und der Ausstattung von Beratungsstellen und ambulanten Therapie-Einrichtungen mit dem Schwerpunkt Essstörungen, bezüglich der Qualifikation der hier tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Inhalte von Beratungen und Therapien formuliert werden. Hierbei sollte dem frauenspezifischen Charakter von Essstörungen besonders Rechnung getragen werden. Die Qualitätsstandards sollten in Form von Leitlinien für diese Einrichtungen zusammengefasst werden.

Die Ergebnisse der Untersuchung sowie die Leitlinien sollten publiziert und über Multiplikatoren so verbreitet werden, dass auch andere Beratungseinrichtungen entsprechende Konzepte entwickeln oder bereits vorhandene übernehmen können. Dies soll zu einer Verbreiterung der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Mädchen und Frauen mit Essstörungen in der Bundesrepublik beitragen.

Zudem sollten die in der Untersuchung verwendeten Module den beteiligten und anderen interessierten Einrichtungen nach einer Überarbeitung zur Verfügung gestellt werden, so dass diese sie für weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen verwenden können.

5.2 Methodik und Arbeitsprogramm

5.2.1 Art und Umfang der Studie

Bei der vorliegenden Untersuchung handelte sich um eine explorative Studie in einem bisher noch nicht untersuchten Bereich mit hoher Relevanz für die gesundheitliche Entwicklung von Mädchen und jungen Frauen.

Untersucht wurden über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren an 40 ambulanten Beratungs- und Therapie-Einrichtungen, die sich speziell mit Essstörungen bei Mädchen und Frauen befassen, bundesweit jeweils:

- die beteiligten Beratungsstellen und ihre Beratungs- und Behandlungsangebote

- die hier tätigen Beraterinnen und Therapeutinnen in ihren Qualifikationen
- die telefonischen Beratungen
- die einmaligen Beratungen
- die kurz- und mittelfristigen Beratungen (2 bis 5 bzw. 5 bis 10 Sitzungen) am Beginn und am Ende⁶
- die Angehörigengruppen am Beginn und am Ende
- die langen Beratungen (über 10 Stunden) und psychotherapeutischen Prozesse am Beginn, im Verlauf und am Ende bzw. zum Abschluss der Erhebung im September 2003, sowie katamnestisch ein Jahr nach Beendigung.

Mit diesen Daten wurden gleichzeitig Merkmale der Ratsuchenden, ihre Fragen und Problemlagen, ihre Einschätzung der längerfristigen Beratungs- und Behandlungsprozesse sowie deren Ergebnisse erfasst. Dies geschah ebenfalls für Angehörige, die an Angehörigengruppen teilnahmen (vgl. das unten detaillierter beschriebene und in der Anlage enthaltene Modulsystem sowie die zusätzlich verwendeten Fragebögen).

In den zwei Jahren vor Beginn der Studie wurde in Kooperation der Ambulanz für Familientherapie und Essstörungen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätskliniken Göttingen mit dem Bundesfachverband Essstörungen ein 16-teiliges Modulsystem mit insgesamt 25 Modulen zur Basisdokumentation entwickelt. Mit diesen Modulen ist eine Erfassung von Daten auf den drei Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität möglich. Dieses Modulsystem wurde im Verlaufe der Studie erweitert.

Zusätzlich zu den Modulen wurden eine »Information für Klientinnen/Patientinnen« und eine »Einverständniserklärung zur Erhebung zur Qualitätssicherung« formuliert (siehe Anhang B und C).

Die Konzeption der Basisdokumentation wurde vom Datenschutzbeauftragten der Universitätskliniken Göttingen beurteilt und als unbedenklich eingestuft.

5.2.2 Die Instrumente der Untersuchung

Im Folgenden geben wir eine Übersicht über die Module der Basisdokumentation (siehe Anhang A) und die darüber hinaus verwendeten Fragebögen.

Dabei bedeutet:

(B/T) wird von BeraterIn/TherapeutIn ausgefüllt,

(K) wird von Klientin ausgefüllt,

(A) wird von Angehörigen ausgefüllt.

6 Die ursprünglich vorgesehene katamnestische Untersuchung ein halbes Jahr nach Beendigung der mittellangen Beratungen wurde wegen den schwierigen Durchführungsbedingungen und der hieraus entstandenen komplizierten Datenlage nicht durchgeführt (vgl. hierzu den Abschnitt 14.1).

Modul 1	Institution (B/T)
Modul 2 B	Berater(in) (B)
Modul 2 T	Therapeut(in) (T)
Modul 3	Telefonische Beratung (B)
Modul 4	Einmalige Beratung (B)
Modul 5K	Grunddaten Klientin/ Kurzversion (K)
Modul 5M	Grunddaten Klientin/ Vorhergehende Behandlungen/ Mittellange Version (K)
Modul 5L	Grunddaten Klientin/ Vorhergehende Behandlungen/ Lange Version (K)
Modul 6	Kontaktaufnahme/Erstgespräche (B/T)
Modul 7 B	Aktuelle Beratungssituation (B)
Modul 7 T	Aktuelle Therapiesituation (T)
Modul 8	Problembewertung zum Abschluss (B/T)
Modul 9K	Klientinnenbewertung nach kurzer Beratung (K)
Modul 9E	Klientinnenbewertung nach Ernährungsberatung (K)
Modul 9	Klientinnenbewertung zum Abschluss der Beratung/ Therapie (K)
Modul 9G	Klientinnenbewertung zum Abschluss der Gruppentherapie (K)
Modul 10M	Bewertung der Beratung nach 6 Monaten (K)
Modul 10L	Bewertung der Beratung/ Therapie nach 1 Jahr (K)
Modul 11	Angehörigengruppe Beginn (A)
Modul 12	Angehörigengruppe Abschluss (A)
Modul 13	Teilnahme an der Befragung abgelehnt (B/T)
Modul 14	Bisheriger Verlauf der Beratung/ Therapie (Abschluss der Erhebung September 2003) (K)
Modul 14G	Bisheriger Verlauf der Gruppentherapie (Abschluss der Erhebung September 2003) (K)
Modul 15	Problembewertung zum bisherigen Verlauf der Therapie (Abschluss der Erhebung September 2003) (B/T)

In den Modulen 5M, 5L, 8 und 15 wurden auch spezifische Aspekte weiblicher Lebensbedingungen, das Körpererleben der von Essstörungen betroffenen Frauen und Mädchen, eventuell gemachte Gewalt- und sexuelle Missbrauchserfahrungen erhoben. Neben den Modulen wurden spezifisch validierte und langjährig bewährte Erhebungsinstrumente zur standardisierten Erfassung von Symptom bezogenen Daten bei den Klientinnen eingesetzt.

Diese waren:

1. Der *Fragebogen zur Symptomdiagnose von Essstörungen (FSE)*, Hettinger et. al. 1990), zur detaillierten Erfassung der Esssymptomatik. Der Bogen umfasst 50 Fragen, die überwiegend auf fünfstufigen Skalen beantwortet werden sollen, einige mit dichotomen Antwortvorgaben, einige mit Häufigkeits- oder Größenangaben und wenige mit offener Antwortmöglichkeit. Die Items sind den folgenden

sieben Indikatoren zugeordnet: I. Zentriertheit auf Gewicht und Figur; II. Esskontrollversuche; III. Bulimisches Essverhalten; IV: Gegensteuernde Maßnahmen (z. B. Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln, Fasten, Sport), V. Abusus (Genussmittel, Alkohol, Drogen, Medikamente); VI. Beeinträchtigungsgrad; VII. Körperannahme.

2. Der *Eating Disorder Inventory (EDI)* (Meermann et al. 1987) erfasst mit 64 sechsstufig zu beantwortenden Items psychische und Verhaltensmerkmale von Anorexie und Bulimie. Die Angaben werden zu acht Skalen zusammengefasst: I. Drang zum Dünnsein; II. Bulimie; III. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper; IV. Ineffektivität; V. Perfektionismus; VI. Zwischenmenschliches Misstrauen; VII. Introzeptive Wahrnehmung; VIII. Angst vor dem Erwachsenwerden.
3. Der *Eating Attitudes Test 3 (EAT 3)* (Meermann u. Vandereycken 1987) erhebt anhand von sieben sechsstufigen Items das Ausmaß der Selbstkontrolle beim Essen und das Wahrnehmen von Druck seitens anderer Personen, an Gewicht zuzunehmen.
4. Das *Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (ANIS 3)* (Fichter u. Keeser 1980) erfasst mit fünf sechsstufigen Items die für Anorexie typischen Merkmale der Zwanghaftigkeit und des Perfektionismus.
5. Die *Symptom-Checkliste (SCL-90-R)* (Franke 1995) dient zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Beschwerden und des krankheitsbedingten psychischen Leidensdrucks. Der Bogen umfasst 90 Kurzbeschreibungen von Problemen bzw. Beschwerden, für die die Probandin auf einer fünfstufigen Skala angeben soll, in welchem Umfang sie das jeweilige Problem in den letzten sieben Tagen belastet hat. Die Items liefern Angaben über folgende neun Faktoren: I. Somatisierung; II. Zwanghaftigkeit; III. Unsicherheit im Sozialkontakt; IV. Depressivität; V. Ängstlichkeit; VI. Aggressivität/Feindseligkeit; VII. Phobische Angst; VIII. Paranoides Denken; IX. Psychotizismus. Zudem können die grundsätzliche psychische Belastung über den Global Severity Index (GSI), die Intensität der Antworten (Positive Symptom Distress Index, PTSD) und die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (Positive Symptom Total, PST) erfasst werden.

Zur Überprüfung und spezifischen Evaluation der langen Beratungs-/Therapieprozesse durch die Behandlerinnen und Behandler wurden der Bielefelder Klientenerfahrungsbogen (BIKEB, Höger u. Eckert 1997) sowie der Gruppen-Erfahrungsbogen (GEB, Eckert 1996) eingesetzt.

Der Bielefelder Klientenerfahrungsbogen (BIKEB) umfasst 25 sechsstufige Statements zum Klientinnenerleben während der zu beurteilenden Psychotherapie-stunde, durch die sechs Aspekte der Klientenerfahrung erfasst werden: I. Zurechtkommen mit der Therapeutin/ dem Therapeuten; II. Zurechtkommen mit sich selbst; III. Erleben von Veränderung; IV. Persönliche Sicherheit und Zuversicht; V. Beruhigung; VI. Körperliche Entspannung vs. Erschöpfung.

Der Gruppen-Erfahrungsbogen (GEB) umfasst 32 Statements zum Klientinnenerleben während der zu beurteilenden Gruppensitzung, durch die auf einer jeweils sechsstufigen Skala sieben Aspekte erfasst werden, die als bedeutsam für einen therapeutisch günstigen Gruppenprozess gelten: I. Lernerfahrung und Einsicht, II. Verbundenheit und Kohäsion, III. Selbständigkeit und Optimismus, IV. Ärger und Kritik, V. Isolation und negative Gruppenstimmung, VI. Zurückhaltung und Gehemtheit, VII. Wohlbefinden.

5.2.3 Die Messzeitpunkte

Im Folgenden geben wir eine Übersicht über die geplanten Messzeitpunkte bei mittellangen Beratungen (zwischen 5 und 10 Termine) und bei langen Beratungen und bei Therapien (über 10 Termine), über die Instrumente, die hier jeweils vorgesehen waren, und über die einmalig eingesetzten Instrumente.

Übersicht über die Messzeitpunkte bei mittellanger Beratung und die jeweils eingesetzten Instrumente:

<i>Prae-Messung</i> (Anmeldung und Erstgespräche)	Module 5 M und 6 der Basisdokumentation, EDI-EAT3-ANIS3 (Eating Disorder Inventory, ergänzt um Teile des Eating Attitudes Tests und des Anorexia Nervosa Inventars zur Selbstbeurteilung)
--	---

<i>Post-Messung</i> (Beratungs-/Therapieende)	Module 8 und 9 (bzw. 14 und 15) der Basisdokumentation EDI-EAT3-ANIS3 (Eating Disorder Inventory, ergänzt um Teile des Eating Attitudes Tests und des Anorexia Nervosa Inventars zur Selbstbeurteilung)
--	--

Übersicht über die Messzeitpunkte bei langen Beratungen und Therapien sowie die jeweils eingesetzten Instrumente:

<i>Prae-Messung</i> (Anmeldung und Erstgespräche)	Module 5 L und 6 der Basisdokumentation, SCL-90-R (Symptom-Check-Liste 90 R) FSE (Fragebogen zur Symptomdiagnose v. Essstörungen) EDI-EAT3-ANIS3 (Eating Disorder Inventory, ergänzt um Teile des Eating Attitudes Tests und des Anorexia Nervosa Inventars zur Selbstbeurteilung)
--	--

<i>Während des Beratungs-/Therapieprozesses</i>	Bielefelder Klientenerfahrungsbogen oder Gruppen-Erfahrungsbogen Modul 7 B/T der Basisdokumentation
<i>Post-Messung</i> (Beratungs-/Therapieende bzw. Abschlusserhebung September 2003)	Module 8 und 9 (bzw. 14 und 15) der Basisdokumentation SCL-90-R (Symptom-Check-Liste 90-R) FSE (Fragebogen zur Symptomdiagnose v. Essstörungen) EDI-EAT3-ANIS3 (Eating Disorder Inventory, ergänzt um Teile des Eating Attitudes Tests und des Anorexia Nervosa Inventars zur Selbstbeurteilung)
<i>Katamnese</i> (1 Jahr nach Beratungs-/Therapieende)	Modul 10 L der Basisdokumentation SCL-90-R (Symptom-Check-Liste 90-R) FSE (Fragebogen zur Symptomdiagnose v. Essstörungen) EDI-EAT3-ANIS3 (Eating Disorder Inventory, ergänzt um Teile des Eating Attitudes Tests und des Anorexia Nervosa Inventars zur Selbstbeurteilung)

Die Module 14 und 15 sind leicht modifizierte Versionen der Module 8 und 9. Sie wurden zu einer vorläufigen Post-Messung am Ende des Erhebungszeitraums eingesetzt, um bei denjenigen langen Therapien, die noch nicht abgeschlossen waren, aber seit mindestens einem halben Jahr durchgeführt wurden, zumindest eine vorläufige Einschätzung über den Verlauf zu bekommen.

Zu jeweils einmaliger Messung eingesetzte Instrumente:

<i>Pro Beratungsstelle</i>	Modul 1 der Basisdokumentation
<i>Pro Berater(in)/Therapeut(in)</i>	Modul 2 B/T der Basisdokumentation
<i>Telefonische Beratung</i>	Modul 3 der Basisdokumentation
<i>Einmalige Beratung</i>	Modul 4 der Basisdokumentation
<i>Kurzberatungen</i>	Modul 5 K der Basisdokumentation

Kurze Ernährungsberatungen

Modul 9 E der Basisdokumentation

Teilnahme abgelehnt

Modul 13 der Basisdokumentation

5.3 Ziele

Nach der eineinhalbjährigen Datenerhebung und der für ca. ein dreiviertel Jahr geplanten Auswertung sollten folgende Ziele erreicht werden:

1. Die Gewinnung von Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei Beratungen und ambulanten Behandlungen von Essstörungen.
2. Die Gewinnung von Daten über die Klientinnen, die die unterschiedlichen Beratungs- und Behandlungsangebote nutzen, deren Zusammensetzung nach Diagnosegruppen, Alter, soziodemographischen und klinischen Merkmalen wie z. B. deren Symptomen, Problemen, der Erkrankungsdauer sowie weiteren seelischen Beschwerden.
3. Die Gewinnung von Daten über spezifische weibliche Sozialisationseinflüsse bei den Betroffenen, die zur Herausbildung der Essstörung beigetragen haben könnten, über seelische und essstörungsspezifische Belastungen in den Ursprungsfamilien der Klientinnen und auch über mögliche Erfahrungen von sexuellem Missbrauch, Misshandlungen oder Vernachlässigungen.
4. Die Formulierung von Qualitätsstandards für ambulante Beratungs- und Therapieeinrichtungen für Frauen und Mädchen mit Essstörungen.
5. Deren Implementierung und Weiterverbreitung, so dass die Versorgung in diesem Bereich verbessert wird.
6. Die Weiterentwicklung der Instrumente zur Qualitätssicherung und deren Implementierung in möglichst vielen Beratungseinrichtungen.

In Form von Leitlinien für Einrichtungen, die Beratung und Therapie von Essstörungen anbieten, sollten Qualitätsstandards festgelegt werden für

- die Beratungsstellen und ihre Beratungs- und Behandlungsangebote,
- die Qualifikation der in den Beratungsstellen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- die Inhalte und Methoden von Beratungen und Therapien und deren Kombinationsmöglichkeiten, möglichst differenziert für kurzfristige (meist einmalige) Beratungen und längerfristige Beratungen und Therapien.

Damit soll dem Anrecht der Klientinnen auf eine dem aktuellen Stand der Forschung entsprechende und auf ihre individuelle Problemlage zugeschnittene optimale Beratung bzw. therapeutische Behandlung entsprochen werden. Hierdurch soll das Risiko unzumutbarer Belastungen für die Betroffenen und unnötiger Zusatzkosten vermindert werden. Diese treten z. B. als Folge von Beratungen und Behandlungen auf, die als nicht hilfreich erlebt und daher abgebrochen werden, oder durch Beratungen oder Behandlungen, die aufgrund nicht ausreichender Verbesserungen wiederholt werden mussten.

Für die Beratungsstellen sollte durch die Transparenz innerhalb des gesamten Prozesses der Leistungserbringung eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern erreicht werden. Dies soll auch dazu beitragen, die Arbeitsplätze der Beraterinnen und Therapeutinnen zu sichern.

Zudem sollen die in der Untersuchung verwendeten Module den beteiligten und anderen interessierten Einrichtungen nach einer Überarbeitung zur Verfügung gestellt werden, so dass diese sie für weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen verwenden können.

Durch die Verbreitung der Untersuchungsergebnisse, der Untersuchungsinstrumente und vor allem der Leitlinien über Multiplikatoren sollen für Mädchen und Frauen mit Essstörungen die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten in der Bundesrepublik insgesamt verbreitert und verbessert werden.

5.4 Vorarbeiten

Im Verlauf der Jahre 2000 und 2001 entwickelte der Bundesfachverband Essstörungen (BFE) in Kooperation mit der Ambulanz für Familientherapie und für Essstörungen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen das oben beschriebene Modulsystem zur Erfassung von ambulanten Beratungs- und Therapieprozessen bei Essstörungen sowie der Merkmale der hieran beteiligten Einrichtungen und Beraterinnen und Berater bzw. Therapeutinnen und Therapeuten. Dieses Modulsystem wurde in den im Bundesfachverband zusammen geschlossenen Einrichtungen auf seine Praxistauglichkeit hin erstmalig erprobt und mehrfach überarbeitet.

Die anderen in der Untersuchung einzusetzenden Instrumente wurden zum großen Teil bereits vorher in der Diagnostik von Essstörungen sowie in einer Katamnese-Studie von Kabera e. V. Kassel (Rehn 1999), Mitglied im Bundesfachverband Essstörungen, sowie in einer von Kabera im Auftrage der Europäischen Union durchgeführten Studie zum Präventionsbedarf für Essstörungen bei Jugendlichen in Europa (Kabera 1999) verwendet.

Sie wurden zudem in mehreren wissenschaftlichen Studien der Ambulanz für Familientherapie und für Essstörungen der Universität Göttingen verwendet (z. B. Kiefer 1997; Reich 2003; Schloen 1997).

5.5 Durchführung und zeitlicher Ablauf

1. *Vorbereitung der Datenerhebung und Rekrutierung der zu beteiligenden Einrichtungen*

Ab November 2001 wurde ein erstes Arbeitstreffen zu beteiligender Einrichtungen vorbereitet, das am 20.02.2002 in Kassel gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) stattfand. Um eine breite und möglichst repräsentative Teilnahme zu erreichen, wurden ca. 1000 Beratungseinrichtungen (schwerpunktmäßig Frauen- und Suchtberatungsstellen, aber

auch andere) im gesamten Bundesgebiet angeschrieben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus 46 Einrichtungen nahmen an der Tagung teil. Das Projekt insgesamt, seine Zielsetzung, der geplante Ablauf und die Module wurden vorgestellt und diskutiert. An den Modulen wurden nach der Diskussion noch Veränderungen vorgenommen. Zwei Module zur Erfassung der Beratungsprozesse in Angehörigengruppen (Ausgangsdaten Modul 11, Abschlussdaten Modul 12) wurden im Anschluss an die Konferenz auf Anregung der beteiligten Einrichtungen entwickelt.

Von den am ersten Treffen beteiligten 46 Einrichtungen nahmen 36 an der Studie teil. 4 weitere kamen im Verlauf der Untersuchung hinzu. Insgesamt nahmen doppelt so viele Einrichtungen an der Studie teil wie ursprünglich geplant.

Zur Gesamtplanung wurde auf Bundesebene eine Steuergruppe des Bundesfachverbandes Essstörungen (BFE) eingerichtet. Die Einführung und Umsetzung der Untersuchung in den einzelnen Einrichtungen wurde durch die beteiligten Wissenschaftlerinnen an der Universität Göttingen begleitet. Zudem fanden insgesamt drei Arbeitstreffen zur Vorbereitung und Durchführung der Studie mit Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Einrichtungen statt.

2. Datenerhebung

Ab April 2002 wurden in den beteiligten Beratungsstellen mittels der genannten Instrumente die Daten zu den Beratungseinrichtungen, den Beraterinnen und Beratern sowie den Therapeutinnen und Therapeuten, den Beratung und Behandlung suchenden Mädchen und Frauen sowie ihren Angehörigen sowie zu den Beratungs- und Therapieprozessen erhoben.

Die Daten wurden soweit möglich kontinuierlich eingegeben und zum Teil ausgewertet. Einige Auswertungsergebnisse konnten in dieser Phase bereits an die Beratungsstellen zurückgemeldet werden. Die Menge der eingegangenen Daten übertraf die ursprüngliche Planung bei Weitem. Zudem traf ein Teil der Daten, insbesondere bezüglich der langen Beratungen und Therapien, noch nach dem ursprünglich geplanten Ablauf von 18 Monaten ein.

Zur Abschlusserhebung noch nicht beendeter langer Beratungen und Therapien wurden in Kooperation mit den Einrichtungen und der Steuerungsgruppe weitere 4 Module entwickelt (Modul 14: Sicht der Klientinnen zum bisherigen Verlauf der Beratung/ Therapie, Einzelbehandlungen; Modul 14 G: Sicht der Klientinnen zum bisherigen Verlauf von Gruppenbehandlungen; Modul 15: Einschätzung der Beraterinnen/ Therapeutinnen zum bisherigen Verlauf der Beratung/ Therapie (auch Gruppe); Modul 16: Einschätzung des bisherigen Verlaufs von Angehörigengruppen). Zudem wurde das Modul 5 K (kurze Beratungen, bis zu 5 Terminen) erweitert.

Eine Abschlusserhebung wurde im September 2003 für die noch nicht beendeten langen Beratungen und Therapien (Einzelsetting und Gruppensetting) durchgeführt.

3. *Weitere Dateneingabe und erste Gesamtauswertung*

Nach der über eineinhalbjährigen Datenerhebung wurden die Daten bis Ende März 2004 eingegeben und eine erste Gesamtauswertung vorgenommen. Eine Reihe von Ergebnissen wurde am 13. und 14. Mai 2004 auf der Fachtagung »Traumkörper-Körpertraum(a): Essstörungen in Beratung und ambulanter Therapie – Versorgungsrealität und Versorgungsqualität« vorgestellt und diskutiert.

4. *Weitere Auswertung, Vorbereitung der Publikation der Ergebnisse und der Leitlinien für Beratung und ambulante Therapie bei Essstörungen*

Nach der öffentlichen Diskussion wesentlicher Ergebnisse der Studie wurden bis zum September 2004 weitere Auswertungsarbeiten vorgenommen. Zudem wurden Leitlinien für die Beratung und ambulante Therapie von Essstörungen formuliert.

5. *Durchführung und Auswertung der Katamnese-Erhebung*

Ab September 2004 wurde die Katamnese der langen Beratungen und Therapien durchgeführt. Die Daten gingen bis zum Dezember 2004 ein. Sie wurden fortlaufend eingegeben, im Januar und Februar 2005 ausgewertet und in den Projektbericht eingearbeitet.

6. Übersicht über die Datenlage

Für die einzelnen untersuchten Bereiche und Zeitpunkte lagen die folgenden Daten zur Auswertung vor.

Tab. 6.1 Daten der Erhebung zu den jeweils untersuchten Bereichen, Zeitpunkte und Setting

Untersuchte Bereiche	Anzahl	Beurteilung durch	Zeitpunkt d. Erhebung	Setting
Institutionen	40	Mitarbeiter d. Einrichtung	Beginn d. Studie	
Beraterinnen/ Therapeutinnen	110	Beraterin/ Therapeutin	Beginn d. Studie	
Telefonberatungen	1.877	Beraterin	Ende d. Beratung	einzel
Einmalige Beratungen	1.671	Beraterin	Ende d. Beratung	einzel
Kurzberatungen	319	Beraterin	Beginn d. Beratung	einzel
	151	Beraterin	Ende d. Beratung	einzel
	186	Klientin und Beraterin	Ende d. Beratung	einzel
	397	nur Klientin	Ende d. Beratung	einzel
Angehörigengruppen	86	Angehörige	Beginn d. Gruppe	Gruppe
	44	Angehörige	Ende d. Gruppe	Gruppe
Mittellange Beratungen	152	Klientin	Beginn d. Beratung	einzel o. Gruppe
	30	Klientin	Ende d. Beratung	einzel
	43	Klientin	Ende d. Beratung	Gruppe
	71	Beraterin	Beginn d. Beratung	einzel o. Gruppe
Lange Beratungen und Therapien	532	Klientin	Beginn d. Beratung/ Therapie	einzel o. Gruppe
	305	Therapeutin/ Beraterin	Beginn d. Beratung/ Therapie	einzel o. Gruppe
	211	Klientin	Ende d. Beratung/ Therapie	einzel

6. Übersicht über die Datenlage

	199	Therapeutin/ Beraterin	Ende d. Beratung/ Therapie	einzel
	95	Klientin	Ende d. Beratung/ Therapie	Gruppe
	65	Therapeutin/ Beraterin	Ende d. Beratung/ Therapie	Gruppe
	124	Klientin	1/2 bis 1 Jahr nach Abschluss der Beratung/ Therapie	Einzel/ Gruppe

Insgesamt geben die erhobenen Daten einen sehr guten Überblick über die Beratungstätigkeit im Bereich der Essstörungen und auch über längerfristige Beratungs- und Behandlungsprozesse. Zugleich zeigt sich hier, dass es sich um eine explorative Praxisstudie über Versorgung und Versorgungsprozesse handelt und nicht um eine experimentelle unter kontrollierten Laborbedingungen durchgeführte Untersuchung.

Die zum Teil sehr unterschiedlichen Datenmengen bei den Ausgangsdaten und den Enddaten in den kurzen und mittellangen Beratungen sind auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- Systematische Qualitätssicherung ist im psychosozialen Bereich noch nicht etabliert. Sie wurde dem entsprechend mit dieser Studie in vielen der beteiligten Einrichtungen erst eingeführt.
- Qualitätssicherung ist dem entsprechend kein Bestandteil der normalen, bezahlten Tätigkeit der beteiligten Einrichtungen und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter⁷. Sie wird nicht finanziert und wurde in den Einrichtungen, die zum Teil um ihr Überleben kämpften, als gesonderte Leistung, zusätzlich zu den umfangreichen Beratungsleistungen, erbracht.
- Die Beratungs- und Behandlungsprozesse in den untersuchten Einrichtungen sind in ihrem Verlauf sehr offen. Dies entspricht dem Ansatz einer niedrigschwelligen abgestuften Versorgung. In einer Reihe von Fällen verändert sich der am Anfang anvisierte Beratungs- oder Behandlungsansatz. Von daher liegen in mehreren Bereichen auch unterschiedliche Anzahlen von Einschätzungen der Behandlerinnen und Klientinnen vor.

Auch bei nicht vorhandenen Abschlussdaten wurden die Anfangsdaten von Klientinnen und Behandlerinnen ausgewertet, da sie einen in dem zu untersuchenden Bereich erstmaligen Aufschluss über die Symptome, Problemlagen, Vorbehandlungen, spezifische Vorbelastungen und soziodemographische Merkmale der Klientinnen gaben.

⁷ Die prekäre finanzielle Situation vieler Beratungseinrichtungen und die mangelnde Absicherung der Tätigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird in den folgenden Abschnitten deutlich werden.

7. Die beteiligten Institutionen

7.1 Art der Einrichtung und Finanzierung

Die Daten zur Institution wurden im Modul 1 erfasst.

Insgesamt beteiligten sich 40 Einrichtungen an unserer Praxisstudie. 15 davon (38 %)⁸ waren Beratungs- und Therapieeinrichtungen, die sich auf die Behandlung von Ess-Störungen spezialisiert hatten, 12 (30 %) waren Frauen- und Mädchenberatungsstellen und 10 (25 %) Suchtberatungsstellen mit einem Schwerpunkt Essstörungen, weitere 3 (8 %) waren der Kategorie »Sonstiges« zugeordnet; hierzu gehörten eine psychotherapeutische Universitätsambulanz, eine Einrichtungen zur Gesundheitsförderung (Gesundheitsamt) und eine Einrichtung zur sozialtherapeutischen Einzelbetreuung für Jugendliche. Auch diese Einrichtungen boten Beratungen für Betroffene und Angehörige an, z.T. in den unten aufgeführten Abstufungen, so dass das Spektrum der in diesem Bereich tätigen Einrichtungen in der vorliegenden Untersuchung abgedeckt war.

Das Gros der untersuchten Einrichtungen (28; 70 %) war selbständig in dem Sinne, dass sie nicht Teil einer Gesamteinrichtung waren. Mit Abstand folgten die Einrichtungen, die Teil einer Beratungsstelle waren (4; 10 %). Nur wenige waren Teil einer Behörde oder eines Dienstes (3) bzw. eines Krankenhauses (2). Drei fielen in die Kategorie »Sonstiges«. Hierunter wurden 2 Beratungsstellen innerhalb eines gemeinnützigen psychiatrischen Trägervereins und eine Einrichtung zur sozialtherapeutischen Einzelbetreuung in einem Wohlfahrtsverband zusammengefasst.

Der größte Teil der Einrichtungen (26, wiederum knapp zwei Drittel) wurde von einem gemeinnützigen Verein getragen. Dies waren vor allem die Beratungsstellen, die nicht Teil einer größeren Institution waren, sondern selbst die Gesamteinrichtung darstellten. Sechs (15 %) hatten einen konfessionellen Träger. Hierzu gehörten u. a. die Sucht- und Ehe- und Lebensberatungsstellen. Vier (10 %) wurden von öffentlichen Trägern, z. B. von Behörden finanziert, weitere vier auf andere Weise, z. B. durch Einnahmen aus der Krankenversicherung (2 Praxisgemeinschaften), über einen Wohlfahrtsverband oder eine gemeinnützige GmbH.

Insgesamt 8 der Einrichtungen verfügten über keine festen Stellen. In 6 dieser Einrichtungen wurden auch Therapien angeboten. 5 dieser 6 Einrichtungen erhielten zumindest einen Teil ihrer Einnahmen aus von den Krankenkassen finanzierten Behandlungen, z. T. über Sonderverträge mit den Krankenkassen, z. T. über Abrechnungsmöglichkeiten einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die von der Krankenkasse dann wie eine psychotherapeutische Praxis behandelt wurden. In zwei

⁸ Prozentangaben wurden auf die volle Zahl auf- und abgerundet.

Fällen wurde eine psychotherapeutische Praxisgemeinschaft mit dem Schwerpunkt Essstörungen gegründet, um die Finanzierung zu sichern. Unsere Untersuchung fand hier in einer Phase des Umbruchs zur Erschließung neuer Finanzierungsmöglichkeiten statt. 3 Einrichtungen ohne fest angestellte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finanzierten ihre Leistungen überwiegend über Gebühren der Klientinnen oder über Spenden.

14 der Einrichtungen verfügten nur über eine feste Stelle, 11 über 2 und nur 7 über mehr als 2 feste Stellen. Bedenkt man, dass die meisten angestellten Beraterinnen und Therapeutinnen⁹ nur in Teilzeit beschäftigt sind (vgl. den folgenden Abschnitt über die Beraterinnen und Therapeutinnen), so heißt dies, dass die Einrichtungen insgesamt finanziell und personell schlecht abgesichert waren (und sind), wenn sie nicht, wie in wenigen Fällen, einen Weg gefunden hatten, über die Krankenkassen abzurechnen und als Praxisgemeinschaft ihre Spezialisierung auf Essstörungen beizubehalten oder als Universitätsambulanz fungieren.

Tab. 7.1 Anzahl der festen Stellen in den untersuchten Institutionen, Beratungs- bzw. Behandlungsangebote

Anzahl feste Stellen	auch Therapie angeboten	nur Beratung angeboten	gesamt
keine	6	2	8
1	8	6	14
2	7	4	11
mehr als 2	5	2	7
gesamt	26	14	40

Ein großer Teil der Einrichtungen war in Regionen mit hoher Bevölkerungszahl tätig (17, d. h. über 40 %, über 500.000 EW), 10 (25 %) in Regionen zwischen 200.00 und 500.000 Einwohnern, fast ein Drittel (13) in Regionen zwischen 50.000 und 200.000 Einwohnern.

7.2 Die angebotenen Leistungen

Fast zwei Drittel der Einrichtungen (24) führten generell Beratungen und Therapien durch, über ein Drittel (14) nur Beratungen, lediglich zwei nur Therapien.

Auf Essstörungen bezogen boten fast alle Einrichtungen (39; 98 %) Beratungen an, über die Hälfte (23; 58 %) Psychotherapien und kreative Therapien, ein Viertel (10) auch Sozialtherapien.

Bezogen auf Essstörungen arbeiteten grundsätzlich alle Institutionen im Einzelsetting, fast drei Viertel (29; 73 %) auch im Familiensetting, 33 (83 %) auch im Gruppensetting. Fast die Hälfte der Einrichtungen (19; 48 %) führte prinzipiell auch Angehörigengruppen oder -seminare durch.

9 Da die meisten in den untersuchten Einrichtungen Tätigen Frauen waren, wird hier und im Folgenden bei der Nennung der Mitarbeiterinnen die weibliche Form gewählt (s. auch Fußnote 1 und den Abschnitt 8).

Die Einrichtungen schätzten die jährliche Inanspruchnahme der Beratungen und Therapien ein. Die Angaben sind in den folgenden beiden Abschnitten dargestellt.

7.3 Jährliche Inanspruchnahme von Beratungen

Telefonische Beratungen

Telefonische Beratungen wurden von insgesamt 32 der untersuchten Einrichtungen angeboten. Im Durchschnitt aller Beratungsstellen wurden nach den vorliegenden Angaben jährlich 343 telefonische Beratungen durchgeführt, wobei die Zahlen zwischen 6 und ca. 2.500 rangierten. Ca. ein Drittel der Einrichtungen, die Leistungen in diesem Bereich erbrachten (11), führten zwischen 20 und 50 dieser Beratungen im Jahr durch, 8 (20 %) zwischen 500 und 900 derartige Leistungen. Eine weitere Häufung der Leistungen fand sich zwischen 150 und 260 Beratungen (6 Einrichtungen, 15 %).

500 telefonischen Beratungen und mehr wurden von insgesamt 10 Einrichtungen (25 %) erbracht. Niedrige Zahlen im Bereich der telefonischen Beratungen (0 bis 10 jährlich), wurden von Einrichtungen erbracht, die nur partiell, im Rahmen einer größeren Einrichtung, mit Essgestörten arbeiten.

Kurze Beratungen

Der größte Teil der Einrichtungen (33; 83 %) bot kurze Beratungen (bis zu 5 Sitzungen) an. Im Durchschnitt wurden von den Einrichtungen nach eigenen Angaben jährlich 127 kurze Beratungen durchgeführt. Dabei war die Spannweite ebenfalls erheblich. Sie lag zwischen 5 und 773 Beratungen. Ein relativ großer Anteil der Beratungsstellen führte zwischen 5 und 20 kurzen Beratungen durch (10; 25 %), weitere 9 (ca. 23 %) zwischen 21 und 50 Beratungen, weitere 5 (12,5 %) zwischen 70 und 150 bzw. 240 und 340 Beratungen pro Jahr. Immerhin noch 4 (10 %) der Einrichtungen lagen zwischen 340 und 773 kurzen Beratungen jährlich. Eine große Anzahl kurzer Beratungen (über 250 jährlich) wurde von 8 hierauf besonders spezialisierten Einrichtungen erbracht.

Mittellange und lange Beratungen

Mittellange und lange Beratungen (ab 5 bzw. 10 Gespräche) wurden an 28 Einrichtungen durchgeführt, im Schnitt jährlich 27. Auch hier gab es eine erhebliche Spannweite, zwischen 4 und 134 jährlich. Ein großer Teil der Beratungsstellen (13; ca. 33 %) führte zwischen 10 und 20 dieser Leistungen jährlich durch, weitere 9 (ca. 23 %) von 20 bis zu 50 Leistungen. Allerdings boten 12 Einrichtungen (30 %) diese Leistungen gar nicht an.

7.4 Jährliche Inanspruchnahme von Therapien

Knapp über die Hälfte der Einrichtungen (21) bot *Einzeltherapien* an.

Im Durchschnitt wurden jährlich ca. 30 Einzelbehandlungen durchgeführt. Dabei schwankte die Häufigkeit zwischen einer Einzelbehandlung und 180 solcher Therapien pro Jahr. Zwischen 5 und zehn Einzelbehandlungen jährlich führten 10 (25 %) der Einrichtungen durch, weitere 5 (12,5 %) zwischen 15 und 50 Einzelbehandlungen.

Gruppentherapien für Betroffene führten 23 Einrichtungen durch. Der größte Teil (8; 20 %) führte jährlich eine solche Gruppentherapie durch, 6 (15 %) führten 3 Gruppen durch und 4 (10 %) 2 Gruppen gleichzeitig. 3 Beratungsstellen boten bis zu 8 Gruppen an. Dies hing von der Anzahl der Mitarbeiter, deren Zeitbudget und der Art der Gruppen ab.

Die durchschnittliche Teilnehmerinnenzahl dieser Gruppen wurde mit 8 angegeben und entsprach damit einer in der Psychotherapie üblichen Größe. Dem entsprechend hatten 15 der angebotenen Gruppen 7 oder 8 Teilnehmerinnen. Nur jeweils eine Einrichtung hatte Gruppen mit bis zu 12 oder 14 Teilnehmerinnen.

13 Einrichtungen führten *Angehörigen-Gruppen* durch, der größte Teil (ca. zwei Drittel) jeweils eine, ein weiteres Drittel zwei pro Jahr. Auch hier hatten die meisten Gruppen 7 oder 8 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Nur in einer Einrichtung wurden bis zu 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einer solchen Gruppe zusammengefasst. Dies ist bei eher psychoedukativ¹⁰ gestalteten Gruppen durchaus möglich und sinnvoll.

In 8 Einrichtungen wurden zudem *andere Arten von Gruppen* durchgeführt, z. B. Selbsthilfegruppen, kunsttherapeutische Gruppen oder Gruppen für Kinder.

Familien- und Paartherapien boten ein knappes Viertel der Einrichtungen an (9). Über die Hälfte dieser Einrichtungen führte zwischen 10 und 20 solcher Behandlungen im Jahr durch.

7.5 Spezifische Interventionen und Settings bei Essstörungen

Die meisten Einrichtungen boten bezogen auf Essstörungen prinzipiell Einzelberatungen (39; 98 %) und auch Angehörigenberatungen (35; 88 %) an, 33 Frauengruppen (83 %), 25 (63 %) Frauengruppen mit frauenspezifischem Ansatz.

Gesundheitliche Aufklärung zur Frauengesundheit boten über drei Viertel (31; 78 %) an. Fast drei Viertel (28; 70 %) arbeiteten mit essstörungsspezifischen Methoden wie Esstagebüchern oder Essprotokollen. Familienberatung und Angehörigengruppen boten prinzipiell 22 (55 %) bzw. 18 (45 %) an. Ernährungsberatung fand in 13 Einrichtungen (33 %) direkt statt. Bewegungsgruppen wurden in 8 (20 %) Einrichtungen angeboten.

7.6 Kooperationspartner der Einrichtungen

Bei der Beratung und Behandlung essgestörter Klientinnen bzw. Patientinnen ist die Vernetzung von großer Bedeutung, da die meisten Betroffenen einer somati-

¹⁰ Zum Begriff »psychoedukativ« s. die Fußnote 5.

schen Abklärung ihrer Erkrankung bedürfen und nicht selten Überweisungen in stationäre Einrichtungen notwendig sind.

Tab. 7.2 Kooperationspartner und Häufigkeit der Kooperation der Institutionen bei Essstörungen (Angaben in Prozent der Einrichtungen)

	immer	in der Regel	selten	nie
Hausarzt/-ärztin (auch Pädiater/-in)	7,9	65,8	26,3	--
Gynäkologe/Gynäkologin	--	24,3	67,6	8,1
Internist/-in	--	30,6	61,1	8,3
Kinder- und Jugendpsychiater(in)	7,9	28,9	50,0	13,2
Psychiater(in) / Nervenarzt/-ärztin	8,1	43,2	48,6	--
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in)	8,1	45,9	35,1	10,8
Ärztliche/psychologische Psychotherapeut(inn)en	8,3	55,6	36,1	--
Medizinische Klinik/Krankenhaus	2,6	47,4	47,4	2,6
Psychotherapeutische/psychosomatische Klinik	7,9	63,2	28,9	--
Fachklinik für Ess-Störungen	10,5	60,5	28,9	--
Psychiatrische/kinder- und jugendpsychiatrische Klinik	5,3	26,3	57,9	10,5

Während der größte Teil der Einrichtungen noch regelhaft mit der Hausärztin/ dem Hausarzt kooperierte (über 70 %), war dies mit Frauenärztinnen und -ärzten sowie Internistinnen und Internisten schon seltener der Fall. Dies lag mit hoher Wahrscheinlichkeit daran, dass die notwendigen Abklärungen in den meisten Fällen von den Hausärztinnen und Hausärzten durchgeführt oder eingeleitet wurden.

Mit Fachkliniken für Essstörungen oder psychosomatischen Kliniken kooperierten regelhaft oder immer über zwei Drittel der Einrichtungen. Hier wurde ebenso wie bei der Kooperation mit Hausärztinnen und Hausärzten die Kategorie »nie« in keinem Fall benannt.

Mit Psychiaterinnen bzw. Psychiatern oder Medizinischen Kliniken kooperierte ebenfalls immer oder regelhaft die Hälfte der Einrichtungen, zwei Drittel mit ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten und die Hälfte mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. -therapeuten.

Bei den Einrichtungen, die selten oder nie mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, bzw. Psychiaterinnen und Psychiatern oder psychiatrischen Einrichtungen zusammen arbeiteten, handelte es sich in der Regel um solche mit kurzen Beratungsangeboten oder solche, bei denen Essgestörte nur einen geringen Teil der Klientel ausmachten und somit Kooperationsfragen selten auftraten.

7.7 Finanzierung der Beratungen und Behandlungen

Tab. 7.3 Finanzierung bei Einzelbehandlungen von Essstörungen
(in Prozenten, n = 40)

	(fast) nur	oft	selten	nicht
Krankenkassen (auch Privatkassen)	10,0	7,5	17,5	65,0
BSGH / KJHG	5,0	--	12,5	82,5
Selbstzahler(in) (nicht Privatkassen)	7,5	5,0	15,0	72,5
Gebühr / Spende	12,5	12,5	20,0	55,0
Ohne direkte Bezahlung der Leistung ¹¹	40,0	15,0	12,5	32,5
Rentenversicherung	--	2,5	--	97,5

Tab. 7.4 Finanzierung bei Paarbehandlungen von Essstörungen
(in Prozenten, n = 40)

	(fast) nur	oft	selten	nicht
Krankenkassen (auch Privatkassen)	5,0	--	5,0	90,0
BSGH / KJHG	--	--	--	100
Selbstzahler(in) (nicht Privatkassen)	10,0	2,5	5,0	82,5
Gebühr / Spende	15,0	2,5	10,0	72,5
Ohne direkte Bezahlung der Leistung	35,0	5,0	2,5	57,5
Rentenversicherung	--	--	--	100

Tab. 7.5 Finanzierung bei Familienbehandlungen von Essstörungen
(in Prozenten, n = 40)

	(fast) nur	oft	selten	nicht
Krankenkassen (auch Privatkassen)	5,0	2,5-	5,0	87,5
BSGH / KJHG	2,5	--	2,5	95,0
Selbstzahler(in) (nicht Privatkassen)	7,5	5,0	5,0	82,5
Gebühr / Spende	15,0	2,5	7,5	80,0
Ohne direkte Bezahlung der Leistung	35,0	7,5	2,5	55,0
Rentenversicherung	--	--	--	100

¹¹ Hier wurden die Leistungen vom jeweiligen Träger der Einrichtung, z. B. der Kommune, dem eingetragenen Verein, der sich zum Teil auch aus öffentlichen Mitteln finanziert, kirchlichen Trägern oder Wohlfahrtsverbänden finanziert.

Tab. 7.6 Finanzierung bei Gruppenbehandlungen von Essstörungen (in Prozenten, n = 40)

	(fast) nur	oft	selten	nicht
Krankenkassen (auch Privatkassen)	7,5	2,5	12,5	77,5
BSGH / KJHG	--	--	10,0	90,0
Selbstzahler(in) (nicht Privatkassen)	25,0	2,5	5,0	67,5
Gebühr / Spende	20,0	7,5	12,5	60,0
Ohne direkte Bezahlung der Leistung	25,0	2,5	10,0	62,5
Rentenversicherung	--	--	2,5	97,5

Der größte Teil der Beratungen und Behandlungen wurde ohne direkte Bezahlungen der Leistung (z. B. durch die Klientinnen selbst, durch die Krankenversicherung oder nach dem KJHG) durchgeführt oder durch Gebühren und Spenden finanziert, gefolgt von der Finanzierung durch Krankenkassen oder durch das Bezahlen aus eigener Tasche (Selbstzahler). Nur bei wenigen Einrichtungen wurden therapeutische Leistungen hauptsächlich durch die Krankenkassen finanziert. Hier handelte es sich zumeist um einzeltherapeutische Leistungen (7 Einrichtungen, 17,5 %), dann um gruppentherapeutische Leistungen (4 Einrichtungen, 10 %). Der Unterschied zu Spenden und Gebühren liegt hierbei darin, dass letztere in der Regel nicht dem Satz entsprechen, der von Krankenkassen pro Therapiestunde gezahlt wird. In der größten Gruppe der Einrichtungen allerdings fanden auch die Einzelberatungen oder -behandlungen ohne direkte Bezahlung statt, ebenso Paar- und Familientherapien.

Bei Gruppenbehandlungen waren Finanzierungen durch Gebühren oder Spenden sowie insbesondere die Eigenfinanzierung (Selbstzahler) am häufigsten. Dies lag vermutlich daran, dass die Sätze für Gruppenbehandlungen in der Regel geringer sind als bei Einzel- oder Familienbehandlungen und Gruppen oft für eine begrenzte Anzahl von Sitzungen angeboten werden, z. B. für 10 Stunden. Krankenkassenfinanzierung fand am häufigsten bei Einzelbehandlungen statt. Finanzierungen nach dem Bundessozialhilfegesetz oder dem Kinder- und Jugendhilfegesetz wurden vergleichsweise selten in Anspruch genommen, bei Einzelbehandlungen und -beratungen nur in 2 Einrichtungen (5 %).

7.8 Weitere Arbeitsschwerpunkte der Einrichtungen

Nur 7 der Einrichtungen arbeiteten ausschließlich mit dem Schwerpunkt Essstörungen, 33 hatten auch andere Schwerpunkte.

Diese lagen bei den 23 Einrichtungen, die hierzu nähere Angaben machten, vor allem im Bereich des Substanzmissbrauchs und der Sucht, der Beratung und Therapie für Frauen und Mädchen, z. B. in der Sexual- und Schwangerschaftsberatung oder in Hilfen bei Gewalt und sexuellem Missbrauch. Weitere häufiger genannte Betätigungsfelder waren Fortbildungsarbeit und Präventionstätigkeiten.

7.9 Zusammenfassende Typisierung der Einrichtungen

Die untersuchten Einrichtungen können zusammengefasst in drei großen Gruppen beschrieben werden:

1. Auf die Beratung und Behandlung von Essstörungen spezialisierte Beratungs- und Behandlungseinrichtungen

Hierunter konnten 15 der 40 Einrichtungen gefasst werden. In den meisten Fällen (11) wurde die Einrichtung durch einen gemeinnützigen Verein getragen, oder sie finanzierte sich als auf die Behandlung von Essstörungen spezialisierte Praxisgemeinschaft mit einem integrierten Behandlungsangebot über die Krankenkasse (3). Nur in einem Fall gab es hier einen konfessionellen Träger.

Hierbei ließen sich Einrichtungen, die nur mit Honorarkräften arbeiteten, die sich ihr Gehalt durch Beratungs- und Therapiestunden erwirtschafteten, (insgesamt 6) von solchen unterscheiden, die fest angestellte Mitarbeiterinnen, die zumeist als Teilzeitkräfte arbeiteten, und zusätzlich Honorarkräfte hatten. Die Zahl der festen Mitarbeiterinnen betrug hier in der Regel 2 oder 3. Ein großer Teil der Arbeit wurde also auch hier von Honorarkräften geleistet.

2. Frauen- und Mädchenberatungsstellen

Hierunter konnten 12 Einrichtungen gefasst werden. In den meisten Fällen (10) war der Träger dieser Einrichtungen ein gemeinnütziger Verein. Im Weiteren wurden jeweils ein öffentlicher und ein konfessioneller Träger genannt. Die meisten dieser Einrichtungen verfügten über ein bis zwei feste Stellen für Mitarbeiterinnen, nur zwei über keine festen Stellen. Abgesehen von diesen zuletzt genannten spielten Honorarkräfte in den Einrichtungen kaum eine Rolle.

3. Suchtberatungsstellen

Diese Beratungsstellen hatten als einen wesentlichen Schwerpunkt die Arbeit mit Essstörungen. Hierunter fielen 10 Einrichtungen, deren Träger in der Hälfte der Fälle ein gemeinnütziger Verein, in 4 Fällen ein konfessioneller und in einem ein öffentlicher Träger war. Alle Einrichtungen verfügten über feste Mitarbeiterinnenstellen und beschäftigten kaum Honorarkräfte. Zumeist waren 1 bis 3 feste Mitarbeiterinnen im Bereich der Essstörungen als Teilzeitkräfte angestellt.

Die hiermit nicht erfassten drei Einrichtungen waren eine psychotherapeutische Universitätsambulanz, eine Einrichtung zur Gesundheitsförderung und eine Einrichtung zur sozialtherapeutischen Einzelbetreuung für Jugendliche (vgl. 5.1).

7.10 Zusammenfassung und Fazit

Ein großer Teil der untersuchten 40 Einrichtungen (15) war auf die Beratung und Behandlung von Essstörungen spezialisierte Einrichtungen sowie Frauen- und Mädchenberatungsstellen (12) oder Suchtberatungsstellen mit einem Schwerpunkt Essstörungen (10).

Das Gros der untersuchten Einrichtungen (28) war selbständig in dem Sinne, dass sie nicht Teil einer Gesamteinrichtung waren. Nur wenige Einrichtungen waren Teil

einer Beratungsstelle (4) bzw. einer Behörde oder eines Dienstes (3) bzw. eines Krankenhauses (2). 2 Beratungsstellen arbeiteten innerhalb eines gemeinnützigen psychiatrischen Trägervereins bzw. einer Einrichtung zur sozialtherapeutischen Einzelbetreuung in einem Wohlfahrtsverband.

Die Einrichtungen waren in der Mehrzahl in Regionen mit hoher Bevölkerungszahl tätig (über 200.000 Einw.).

Der größte Teil der Einrichtungen (26, knapp zwei Drittel) wurde von einem gemeinnützigen Verein getragen. Sechs hatten einen konfessionellen Träger (u. a. Sucht-, Ehe- und Lebensberatungsstellen). Vier wurden überwiegend oder ganz von öffentlichen Trägern, z. B. Behörden finanziert, weitere vier durch Einnahmen aus der Krankenversicherung (2 Praxisgemeinschaften), über einen Wohlfahrtsverband oder eine gemeinnützige GmbH.

14 der Einrichtungen verfügten nur über eine feste Stelle, 11 über 2 und nur 7 über mehr als zwei. 8 verfügten über keine feste Stelle, wobei hiervon 3 sich überwiegend aus Gebühren von Klientinnen oder Spenden finanzierten. Die meisten angestellten Beraterinnen und Therapeutinnen waren nur in Teilzeit beschäftigt.

Nur 7 Einrichtungen erhielten zumindest einen Teil ihrer Einnahmen aus von den Krankenkassen finanzierten Behandlungen, z. T. über Sonderverträge mit den Krankenkassen, z. T. über Abrechnungsmöglichkeiten einzelner Mitarbeiter, die von der Krankenkasse dann wie eine psychotherapeutische Praxis behandelt wurden. In zwei Fällen wurde eine psychotherapeutische Praxisgemeinschaft mit dem Schwerpunkt Essstörungen gegründet, um die Finanzierung zu sichern.

Unsere Untersuchung fiel hier bei einigen wenigen Einrichtungen in eine Phase des Umbruchs, in der sich einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder die Einrichtungen um eine Kassenfinanzierung therapeutischer Leistungen bemühten. Die vielfältigen offenen Beratungsleistungen der Einrichtungen waren hierüber allerdings nicht finanzierbar und werden dies auch in Zukunft nicht sein.

Die meisten Beratungs- und Behandlungsleistungen wurden ohne direkte Bezahlung der Leistungen durchgeführt. Ein großer Teil der Einrichtungen finanzierte seine Leistungen über einen gemeinnützigen Verein, der sich wiederum zumindest zum Teil aus öffentlichen Zuschüssen finanzierte, durch konfessionelle oder öffentliche Träger. Die Finanzierung durch Gebühren der Klientinnen oder Spenden fand nur zum geringen Teil statt, dies hauptsächlich bei Gruppenbehandlungen. Die Finanzierung durch Krankenkassen, BSHG und KJHG war sehr selten. Nur in 7 Einrichtungen wurden therapeutische Leistungen hauptsächlich durch die Krankenkassen finanziert.

Insgesamt waren die Einrichtungen ohne Möglichkeiten der Krankenkassenfinanzierung, die nur in wenigen Fällen gegeben war, finanziell und personell äußerst schlecht abgesichert. Die Finanzierung der Leistungen bedurfte vielen der Einrichtungen weiterer Klärung und Absicherung.

In den meisten Einrichtungen wurden Beratungen und Therapien in Einzel-, Gruppen- und Familiensettings durchgeführt. Die meisten Einrichtungen arbeiteten

zudem mit essstörungsspezifischen Methoden (z. B. Esstagebüchern oder Essprotokollen), ein Drittel auch mit Ernährungsberatung.

Die meisten Einrichtungen boten telefonische Beratungen, kurze Beratungen (bis zu fünf Gesprächen) und mittellange Beratungen (bis zu 10 Gesprächen) an. Über die Hälfte führten Einzel- und Gruppentherapien durch, 13 auch Angehörigengruppen und 9 Paar- und Familientherapien. Die Beratungsleistungen haben einen erheblichen Umfang. 10 Einrichtungen führten 500 und mehr telefonische Beratungen im Jahr durch, 8 Einrichtungen 250 und mehr kurze Beratungen.

Die meisten Einrichtungen kooperierten regelhaft mit Hausärztinnen und -ärzten sowie mit Fachkliniken für Essstörungen und anderen psychotherapeutisch/psychosomatischen Kliniken.

Insgesamt zeigte sich, dass die Beratung und Therapie von Essstörungen institutionell nicht ausreichend etabliert und finanziell wenig abgesichert sind. Die Beratungsleistungen sind zum großen Teil abhängig vom Engagement gemeinnütziger Vereine und deren Fähigkeit und Möglichkeit, Finanzierungsquellen zu erschließen bzw. zu erhalten. Die Arbeit der Einrichtungen ist hochgradig gefährdet, insbesondere wenn die öffentliche oder kirchliche Unterstützung gekürzt wird oder ganz weg bricht.

Empfehlung:

Beratungseinrichtungen für Essstörungen sind für jeweils 75.000 Einw. fest zu etablieren. Hierzu müssen mögliche Träger in der finanziellen Absicherung kooperieren. Die Einrichtungen bedürfen einer sicheren Stellenausstattung mit mindestens zwei festen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern, damit ein fachlicher Austausch stattfinden kann und die in diesem Bereich notwendige Kontinuität gewährleistet ist. Zudem ist ein abgestuftes, niedrighwelliges Beratungsangebot ebenso sicherzustellen wie Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie stationären Einrichtungen. Ist die Beratung und Behandlung von Essgestörten und ihren Angehörigen Teil der Tätigkeit einer größeren Einrichtung (z. B. einer Suchtberatungsstelle), so ist der Essstörungsbereich gesondert auszuweisen, damit er als Anlaufstelle für Betroffene wahrgenommen wird. Wünschenswert ist, dass die Beratung von Betroffenen und Angehörigen auch in Erziehungsberatungsstellen etabliert wird, weil zu vermuten ist, dass sich Eltern mit essgestörten Kindern auch an diese Einrichtungen wenden.

8. Die Beraterinnen und Therapeutinnen¹²

Die Daten zu den Beraterinnen und Therapeutinnen wurden in den Modulen 2 B (Beraterin) und 2 T (Therapeutin) erfasst. Aus den 40 Beratungseinrichtungen unserer Studie lagen Daten von 110 Beraterinnen und Therapeutinnen vor. Von diesen definierten sich 55 als Beraterinnen (genau 50 %), 36 als Therapeutinnen (ca. 33 %) und 19 als Beraterinnen und Therapeutinnen (17 %). Nur 3 (knapp 3 %) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Befragung waren männlich.

8.1 Altersverteilung

Im Alter der Beraterinnen und Therapeutinnen gab es eine Häufung in der Gruppe zwischen 40 und 50 Jahren (41; 37 %), die nächst stärkste Gruppe war die der 51- bis 60-jährigen (31; 28 %), gefolgt von der Gruppe der 31- bis 40-jährigen (28; 26 %). Nur 6 (6 %) der erfassten Beraterinnen und Therapeutinnen waren unter 30 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei 46 Jahren (SD 8,2; Minimum 27; Maximum 64).

8.2 Berufsgruppen und Qualifikationen

Die Sozialpädagoginnen waren mit einem guten Drittel ($n = 37$) die am stärksten vertretene Gruppe, gefolgt von den Diplom-Sozialarbeiterinnen (26; 24 %), Diplom-Psychologinnen (ebenfalls 26; 24 %), und Diplom-Pädagoginnen (17; 16 %). Ernährungswissenschaftlerinnen bildeten eine extrem kleine Gruppe (3; knapp 3 %). Ärztinnen waren überhaupt nicht vertreten.

Knapp ein Drittel der Beraterinnen und Therapeutinnen (34) hatten eine Approbation als psychologische Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, eine Kassenzulassung hingegen nur 12 (ca. 11 %). 8 (7 %) hatten eine Zulassung als Heilpraktikerin für Psychotherapie.

¹² Vgl. zur weiblichen Benennung die Ausführungen im folgenden Absatz.

Tab. 8.1 Berufliche Qualifikation der Beraterinnen und Therapeutinnen

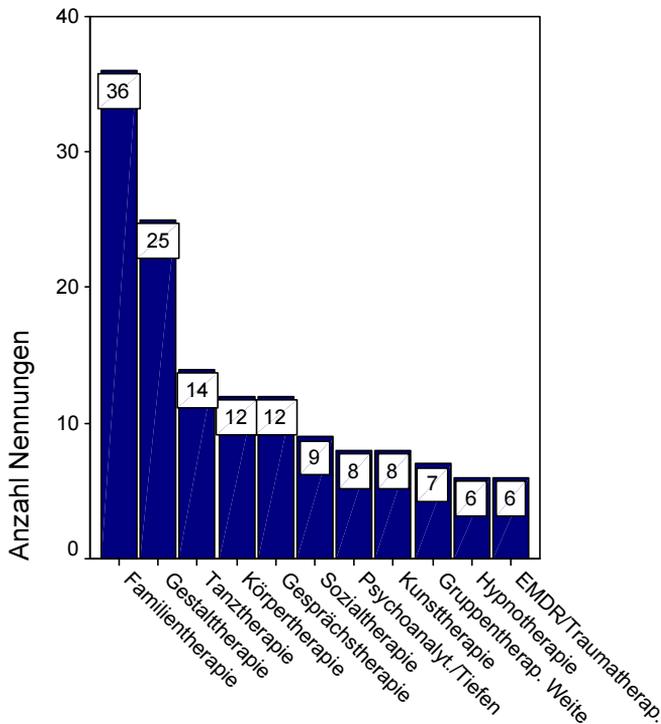
	Häufigkeit	Anteil in Prozent
Diplom-Psychologin	26	23,6
Diplom-Pädagogin	17	15,5
Diplom-Sozialarbeiterin	26	23,6
Diplom-Sozialpädagogin	37	33,6
Diplom-Ökotrophologin	3	2,7
Ärztin	--	--
Sonstige (z. B. Supervisorin, Soziologin, Theologin, Lehrerin etc.)	14	12,7

Tab. 8.2 Approbation, Kassenzulassung. Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz

	Häufigkeit	Anteil in Prozent
Approbation	34	30,9
Kassenzulassung	12	10,9
Zulassung als Heilpraktikerin für Psychotherapie	8	7,2

8.3 Weiterbildungen

Abb. 8.1 Weiterbildungen der Beraterinnen und Therapeutinnen



Im Durchschnitt hatte jede Beraterin/Therapeutin zwei Weiterbildungen. Am häufigsten vertreten waren Familientherapie (36 von 110), dann Gestalttherapie (25), gefolgt von Tanz- und Körpertherapie (14, 12) sowie Gesprächstherapie (12). Einen weiteren Schwerpunkt bildeten Sozialtherapie (9), psychoanalytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (8) und Kunsttherapie (8).

Der Anteil derer mit Weiterbildung in Gruppentherapie war vergleichsweise gering (7), ebenso der Weiterbildungen in Hypno- bzw. EMDR¹³- und Traumatherapie (6).

13 EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing, eine in der Behandlung traumatisierter Patientinnen und Patienten häufig eingesetzte Methode (näheres s. Fischer u. Riedesser 2003).

8.4 Berufserfahrung

Ein großer Teil der Beraterinnen und Therapeutinnen (66; 60 %) verfügte über eine lange Berufserfahrung von über 10 Jahren. Ca. ein Drittel (36) war 15 bis 19 Jahre beraterisch bzw. therapeutisch tätig, 22 (20 %) 10 bis 14 Jahre und 8 (7 %) zwischen 20 und 31 Jahren. 11 (10 %) waren zwischen 7 und 9 Jahren tätig, 17 (fast 16 %) bereits 4 bis 6 Jahre und 14 (13 %) waren Anfängerinnen in diesem Bereich (0 bis 3 Jahre).

In der Arbeit mit Essstörungen war knapp die Hälfte (52; 48 %) zwischen 0 und 6 Jahren, etwas über die Hälfte (56; 52 %) über 7 Jahre tätig, 44 (fast 41 %) über 10 Jahre. Die größte Gruppe bildeten hier die »Einsteigerinnen«, die bis zu 3 Jahren mit Essgestörten arbeiteten, (30; 27 %) die zweitgrößte waren diejenigen, die zwischen 15 und 19 Jahren in diesem Bereich tätig waren (23; 21 %). Nur eine Beraterin (1 %) arbeitete über 20 Jahre mit Essgestörten.

8.5 Beschäftigungsstatus und -umfang

Über die Hälfte der Beraterinnen und Therapeutinnen (60; 55 %) waren fest angestellt. Eine weitere große Gruppe (35; 32 %) bestand aus freien Mitarbeiterinnen und Honorarkräften. Weitere 15 (14 %) fielen in die Gruppe »Sonstiges«. Hier waren am häufigsten Mitarbeiterinnen von Praxisgemeinschaften (8; 6 %), befristet angestellte (3; 2 %) sowie ABM-Kräfte (4; 3 %) vertreten.

Die meisten waren in Teilzeit beschäftigt (73; 66 %), in Vollzeit nur 23 (21 %). Die restlichen Beraterinnen und Therapeutinnen hatten einen anderen Status.

Der Stundenumfang betrug im Durchschnitt 19,5 Stunden pro Woche, mit einem Minimum von 2 und einem Maximum von 35 Stunden.

Die größte Gruppe (35; 32 %) arbeitete über 30 Stunden, die zweitgrößte zwischen 20 und 29 (28; 26 %). Zwischen 11 und 19 Stunden arbeiteten 22 (20 %) und bis 10 Stunden 11 (16 %). Von 8 Beraterinnen bzw. Therapeutinnen (7 %) fehlten die Angaben.

8.6 Die beraterische und therapeutische Orientierung

Die beraterische und therapeutische Orientierung zeigte ein gemischtes Bild¹⁴. Über zwei Drittel orientierten sich an der großen Gruppe der humanistischen Psychotherapien (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Körpertherapie, Psychodrama, Kreative Therapien), fast 60 % systemisch, über die Hälfte feministisch, fast die Hälfte integrativ bzw. psychodynamisch, demgegenüber nur ca. ein Drittel der Beraterinnen, 19 % der Therapeutinnen und über die Hälfte derjenigen, die sich als Beraterinnen und Therapeutinnen definieren, kognitiv-behavioral.

14 Auch hier waren natürlich Mehrfachnennungen möglich.

Tab. 8.3 Beraterische bzw. therapeutische Orientierung

	BeraterInnen	TherapeutInnen	BeraterInnen und TherapeutInnen
Psychodynamisch	47,3	63,9	52,6
Humanistisch	63,6	72,2	68,4
Systemisch	50,9	55,6	78,9
Kognitiv-behavioral	34,5	19,4	52,6
Integrativ	52,7	52,8	63,2
Feministisch	56,4	41,7	78,9

8.7 Die Arbeit der Beraterinnen und Therapeutinnen mit essgestörten Klientinnen

Die Beraterinnen/ Therapeutinnen wandten im Durchschnitt knapp die Hälfte ihrer Arbeitszeit für die Arbeit mit einzelnen Erwachsenen auf (44 %), 18 % für die mit Gruppen, 16 % für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, 5 % mit Eltern, 5 % mit Familien, nur 2 % mit Paaren.

Über die beraterische bzw. therapeutische Tätigkeit hinaus wurden 5 % der Zeit mit Fortbildungen und 2 % mit Supervisionstätigkeit verbracht.

Die meisten Beraterinnen und Therapeutinnen arbeiteten vorwiegend allein. Dies galt ganz über wiegend für das Einzel-, aber auch für das Paar- und Familien- sowie das Gruppensetting (jeweils 92, 54 und 46 %). Im Paar- und Familiensetting arbeiteten nur 13 % in Co-Therapie, im Gruppensetting immerhin 29 %.

Die meisten Beraterinnen und Therapeutinnen arbeiteten in allen drei Settings häufig mit Gesprächen (Einzelsetting 94 %, Paar u. Familie 60 %, Gruppe 66 %) und mit Informationsmaterial über Ernährung, Diät und Essstörungen (67 %, 44 %, 46 %). Mit Essprotokollen und Esstagebüchern arbeiteten die meisten im Einzelsetting, manchmal auch in Gruppen (50 %, 16 %). Übungen zur essspezifischen Selbstwahrnehmung und -regulation wurden von den meisten im Einzel- und Gruppensetting angewendet, selten bei Familien oder Paaren (46 %, 41 %, 8 %).

Mit Genogrammen, Skulpturverfahren oder Familienaufstellungen wurde von vielen Beraterinnen und Therapeutinnen im Einzel- oder Gruppensetting sowie im Familiensetting gearbeitet (38 %, 36 %, 27 %).

Körperorientierte Verfahren, Psychodrama und Rollenspiel sowie kunsttherapeutische Verfahren wandten relativ viele Beraterinnen und Therapeutinnen in Gruppen an (43 %; 41 %, 26 %), seltener im Einzelsetting, noch seltener bei Familien oder Paaren.

Esskontrolltechniken wurden insgesamt eher von wenigen angewandt, hauptsächlich im Einzelsetting (19 %).

8.8 Zusammenfassung und Fazit

An der Untersuchung beteiligten sich 110 Beraterinnen und Therapeutinnen. Die Hälfte definierte sich als Beraterinnen, ein Drittel als Therapeutinnen und 17 % als Beraterinnen und Therapeutinnen. Die am stärksten vertretenen Altersgruppen waren die der 41- bis 50-jährigen und der 51- bis 60-jährigen. Dass die Gruppe der 40- bis 60-jährigen so stark vertreten war, liegt vermutlich daran, dass viele Beratungseinrichtungen für Essgestörte im Zusammenhang mit der Frauenbewegung entstanden sind und diese in den genannten Jahrgangsklassen viele Vertreterinnen fand.

Von der Ausbildung her waren die meisten Sozialpädagoginnen und Diplom-Sozialarbeiterinnen, dann Diplom-Psychologinnen und Diplom-Pädagoginnen. Ernährungswissenschaftlerinnen waren kaum, Ärztinnen gar nicht vertreten. Für Ärztinnen passt der Bereich »Beratung« vermutlich nicht in das Berufsfeld, ist mit den formalen beruflichen Anforderungen (Niederlassung) kaum zu vereinbaren und liegt von daher sicherlich auch finanziell weit unter dem zu erwartenden Rahmen.

Ein Drittel der Untersuchten hatte eine Approbation als Psychotherapeutin, ein Zehntel eine Kassenzulassung. Eine Approbation ist für beraterische Tätigkeit nicht notwendig. Hier werden andere Qualifikationen, insbesondere Kenntnisse über Formen, Verläufe, Zusammenhänge und Behandlungsmöglichkeiten von Essstörungen, benötigt. Diese werden in der Regel durch Berufserfahrung und spezifische Weiterbildungen erworben.

Im Durchschnitt hatte jede Beraterin oder Therapeutin zwei Weiterbildungen, am häufigsten in Familientherapie und in Gestalttherapie. Die meisten verfügten über eine lange Berufserfahrung von über 10 Jahren. In der Arbeit mit Essstörungen war diese kürzer. Hier war allerdings etwas über die Hälfte über 7 Jahre tätig. »Einsteigerinnen«, die bis zu 3 Jahren mit Essgestörten arbeiteten, bildeten eine große Gruppe. Dass die Berufserfahrung mit Essgestörten niedriger lag als die generelle Berufserfahrung ist nicht erstaunlich, da die Bulimie, die am häufigsten vertretene Essstörung, erst 1980 als eigenständige Erkrankung definiert wurde. Beratungsstellen für Essgestörte entstanden seit Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts.

Die meisten Beraterinnen und Therapeutinnen waren fest angestellt, zumeist in Teilzeit, mit durchschnittlich 19,5 Stunden pro Woche.

Die Hauptorientierung der Beraterinnen und Therapeutinnen war die humanistische Psychologie, gefolgt von der systemischen Therapie. Eine große Rolle spielten zudem feministische, integrative und psychodynamische, eine relativ geringe kognitiv-behaviorale Konzepte.

Die Beraterinnen und Therapeutinnen arbeiteten meistens allein und im Einzelsetting, vielfach mit Informationsmaterial über Ernährung, Diät und Essstörungen, häufig auch mit Essprotokollen und Wahrnehmungsübungen. Auch körperorientierte Verfahren wurden oft angewendet.

Insgesamt wich die psychotherapeutische Orientierung der in den untersuchten Einrichtungen tätigen Beraterinnen und Therapeutinnen von denen der niedergelassenen Psychotherapeutinnen ab, die sich entsprechend den Psychotherapie-Richtlini-

en den psychoanalytisch orientierten (psychodynamischen) oder verhaltenstherapeutischen Verfahren zuordneten.

Empfehlung:

Beratungseinrichtungen für Essstörungen sollten unabhängig von der Möglichkeit einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Abrechnung bestimmter Leistungen mit den Krankenkassen über zwei feste Stellen, eventuell in Teilzeit, verfügen, um die Kontinuität der Beratungsarbeit und die ausreichende fachliche Unterstützung zu sichern. Die vielfältigen Beratungsleistungen können nur auf diese Weise abgesichert werden. Eine Weiterbildung in mehreren Therapieverfahren, neben der Einzeltherapie in Gruppen- oder Paar- und Familientherapie oder in einem kreativen Therapieverfahren ist für die Arbeit erforderlich. Notwendig sind spezifische Kenntnisse in der Arbeit mit essgestörten Klientinnen und bezüglich weiblicher Sozialisationsprobleme, die in entsprechenden Fort- und Weiterbildungen, auch in den Curricula zur Therapie-Weiterbildung, zu vermitteln sind.

9. Telefonische Beratungen

Telefonische Beratungen wurden von insgesamt 27 der 40 untersuchten Beratungsstellen durchgeführt. Damit einige Beratungsstellen, die sehr viele telefonische Beratungen durchführen, in der Auswertung nicht überrepräsentiert waren, wurde mit 10 Beratungsstellen ein Auswahlsschlüssel vereinbart, nach dem die Fragebögen ausgewertet wurden, um Repräsentativität hinsichtlich der Gesamtzahl der Einrichtungen wie auch hinsichtlich der erbrachten Leistungen zu erhalten. Pro Einrichtung und Jahr sollten nicht mehr als maximal 100 Beratungen in die Auswertung einfließen. Der Schlüssel für die Auswahl ist im Anhang E dargestellt.

Für die jetzige Auswertung lagen Daten von insgesamt 1.877 telefonischen Beratungen vor, die im Modul 3 erfasst wurden. Dieses wurde nur von den Beraterinnen, nicht von den Ratsuchenden ausgefüllt.

9.1 Die Ratsuchenden

Ratsuchende waren hier in knapp der Hälfte der Fälle (909; 48 %) die Betroffenen, dann Angehörige (537; 29 %), Angehörige einer Institution, z. B. Lehrer (187; 10 %) sowie befreundete Personen (115; 6 %) und Partner (62; 3 %). Der Rest verteilt sich auf Kolleginnen (33; 2 %) und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Medien (18; 1 %).

Waren die Ratsuchenden Angehörige, so handelte es sich meistens um die Mütter (414; 86 %), nur bei 12 % (60) der Ratsuchenden Angehörigen um die Väter, bei 1 % (10) um Geschwister. Andere Verwandte waren hier ebenfalls eine zu vernachlässigende Größe (25; 1 %).

9.2 Das Alter der von der Essstörung Betroffenen

Das Alter der Betroffenen lag im Mittel bei 23,3 Jahren (SD 9,6). In der Altersverteilung lagen die Betroffenen zu einem großen Teil zwischen 15 und 18 (26 %) und zwischen 22 und 25 Jahren (14 %), bzw. zwischen 19 und 21 Jahren (12 %) und 26 und 30 Jahren (11 %). Über Dreißigjährige machten immerhin noch 15 % der Betroffenen aus, Mädchen unter 15 Jahren 8 %. Eine eindeutige Häufung von fast der Hälfte der Fälle liegt also in der Altersgruppe zwischen 15 und 25 Jahren. In 271 Fällen (14 %) lagen keine Altersangaben zu den Betroffenen vor.

9.3 Art und Dauer der Essstörung

Über die Art der Essstörung bei den Betroffenen wurde in 1.765 Fällen (94 %) Auskunft gegeben. Am stärksten verbreitet waren hier Bulimie (641 Fälle; 34 %)

und die Anorexie (608 Fälle; 32 %), gefolgt von Essstörungen mit Essanfällen bzw. der Binge Eating Störung (307 Fälle; 16 %). Sonstige Essstörungen, Mischformen¹⁵ und latente Esssucht machten demgegenüber nur einen geringen Teil aus (86 Fälle, 5 %; 64 Fälle, 3 %; 59 Fälle, 3 %). In 112 Fällen (6 %) konnten keine Angaben zur Art der Essstörung gemacht werden.

Angaben über die Dauer der Essstörung lagen in 1.299 Fällen (69 %) vor. Bei der größten Gruppe bestand die Störung zwischen 2 und 5 Jahren (315; 17 %), dann zwischen 5 und 10 Jahren (227; 12 %). Bei 10 % (180 Fälle) bestand sie bereits über 10 Jahre.

Das heißt, dass bei gut einem Fünftel der Fälle, in denen telefonische Beratung gesucht wurde, die Essstörung bereits erheblich chronifiziert war. Bei nur 8 % (158) bestand sie unter einem halben Jahr, bei 12 % (224) zwischen 7 und 12 Monaten und bei

10 % (195) 1 bis 2 Jahre. Auch bei telefonischer Beratung haben die von der Essstörung betroffenen und damit oft auch ihre Angehörigen häufig bereits einen langen Leidensweg hinter sich.

¹⁵ Unter »Mischformen« wurden Klientinnen gefasst, die von den Beraterinnen nicht eindeutig einer Essstörung, u. a. einer Anorexie oder Bulimie, zugeordnet wurden, sondern zwei Diagnosen hatten.

9.4 Ratsuchende, Alter der Betroffenen und Dauer der Essstörung nach Diagnosegruppen

Tab. 9.1 Person der Anruferin/des Anrufers und Art der Essstörung¹⁶

Art der Essstörung	Person der Anruferin/des Anrufers					
	Betroffene	Angehörige/r	befreundete Person	Angehörige ein. Institut.	Sonstige	Gesamt
Anorexie	204 33,6%	256 42,2%	49 8,1%	63 10,4%	35 5,8%	607 100,0%
Bulimie	358 56,0%	149 23,3%	49 7,7%	38 5,9%	45 7,0%	639 100,0%
Esssucht mit Übergewicht/ Binge eating	194 63,6%	75 24,6%	5 1,6%	28 9,2	3 1,0%	305 100,0%
Latente Esssucht	45 77,6%	6 10,3%	1 1,7%	2 3,4%	4 6,9%	58 100,0%
Sonstiges	45 52,3%	26 30,2%	4 4,7%	6 7,0%	5 5,8%	86 100,0%
Mischformen	37 57,8%	14 21,9%	2 3,1%	5 7,8%	6 9,4%	64 100,0%
Gesamt	883 50,2%	526 29,9%	110 6,3%	142 8,1%	98 5,6%	1759 100,0%

Nach Diagnose-Gruppen betrachtet, meldeten sich bei den Anorektikerinnen die Angehörigen häufiger als die Betroffenen selbst und relativ häufig auch befreundete Personen oder Angehörige einer Institution. Bei den anderen Essstörungen waren es am häufigsten die Betroffenen selbst, wobei auch bei den »sonstigen Essstörungen« der Anteil der Angehörigen mit fast einem Drittel relativ hoch war.

¹⁶ Unterschiedliche Gesamtzahlen zur Person der Anruferin/ des Anrufers, Alter der Betroffenen, Dauer der Essstörung und der Art der Essstörung kommen in diesem Abschnitt wie in allen weiteren dadurch zustande, dass nicht in allen Bereichen vollständige Angaben vorlagen.

Tab. 9.2 Alter der Betroffenen und Art der Essstörung

Art der Essstörung	Alter der Betroffenen						Gesamt
	< 15 J.	15–18 J.	19–21 J.	22–25 J.	26–30 J.	> 30 J.	
Anorexie	67 12,1%	225 40,5%	75 13,5%	82 14,7%	44 7,9%	63 11,3%	556 100,0%
Bulimie	17 3,0%	176 30,6%	98 17,0%	116 20,2%	96 16,7%	72 12,5%	575 100,0%
Esssucht mit Übergewicht/ Binge eating	45 16,6%	39 14,4%	19 7,0%	23 8,5%	35 12,9%	110 40,6%	271 100,0%
Latente Esssucht	3 5,8%	6 11,5%	7 13,5%	6 11,5%	12 23,1%	18 34,6%	52 100,0%
Sonstiges	11 17,7%	15 24,2%	9 14,5%	8 12,9%	6 9,7%	13 21,0%	62 100,0%
Mischformen	2 3,8%	15 28,3%	14 26,4%	12 22,6%	5 9,4%	5 9,4%	53 100,0%
Gesamt	145 9,2%	476 30,3%	222 14,1%	247 15,7%	198 12,6%	281 17,9%	1569 100,0%

Die Altersverteilung der von der Essstörung betroffenen Personen unterschied sich ebenfalls erheblich. Die Mehrheit der Anorektikerinnen war unter 18 Jahre alt. Die Mehrzahl der Bulimikerinnen war zwischen 19 und 30 Jahren alt, ein großer Teil der Patientinnen mit Essanfällen war sogar über 30 Jahre alt. Ähnlich war es bei Klientinnen mit latenter Esssucht. Die sonstigen Essstörungen konzentrierten sich in den jüngeren Altersgruppen bis 18 Jahre sowie in der Gruppe ab 30 Jahren, die Mischformen (gemeinsames Auftreten von anorektischen und bulimischen Symptomen) in der Gruppe zwischen 15 und 25 Jahren.

Die Erkrankungsdauer war bei der Anorexie am kürzesten. 60 % der Betroffenen waren bis zu zwei Jahren erkrankt. Anorexien, die über 10 Jahre bestanden, waren selten, aber auch hier meldeten sich Betroffene, Angehörige oder andere zur telefonischen Beratung an. Bei den Bulimikerinnen bestand die Erkrankung in der Mehrzahl der Beratungsfälle über zwei Jahre, bei einem Drittel der Fälle sogar über 5 Jahre. Bei den Essstörungen mit Essanfällen war sogar die Mehrheit über 5 Jahre erkrankt. Klientinnen mit latenter Esssucht waren häufig über 2 Jahre, zu einem Viertel bereits über 10 Jahre erkrankt. Klientinnen mit sonstigen Essstörungen waren häufig nur kurz (bis zu einem Jahr) erkrankt, die mit Mischformen oft erheblich länger (bis zu 5 und bis zu 10 Jahren).

Tab. 9.3 Dauer und Art der Essstörung

Art der Essstörung	Die Essstörung besteht seit						Gesamt
	< 6 M	7–12 M	1–2 Jahre	über 2 bis 5 J.	über 5 bis 10 J.	> 10 Jahre	
Anorexie	87 19,3%	108 23,9%	78 17,3%	99 22,0%	46 10,2%	33 7,3%	451 100,0%
Bulimie	46 9,2%	75 15,1%	78 15,7%	130 26,1%	105 21,1%	64 12,9%	498 100,0%
Esssucht mit Übergewicht/ Binge eating	4 2,0%	15 7,5%	19 9,5%	50 25,0%	48 24,0%	64 32,0%	200 100,0%
Latente Esssucht	3 6,4%	6 12,8%	6 12,8%	12 25,5%	8 17,0%	12 25,5%	47 100,0%
Sonstiges	14 30,4%	13 28,3%	5 10,9%	7 15,2%	6 13,0%	1 2,2%	46 100,0%
Mischformen	4 9,3%	3 7,0%	7 16,3%	14 32,6%	12 27,9%	3 7,0%	43 100,0%
Gesamt	158 12,3%	220 17,1%	193 15,0%	312 24,3%	225 17,5%	177 13,8%	1285 100,0%

9.5 Anliegen, Dauer und Ergebnisse der Beratung

Hauptanliegen der Ratsuchenden war es, Informationen über Behandlungsmöglichkeiten zu bekommen (65 %). In einem Viertel der Fälle (26 %) erfolgte ein Anmeldeantrag zu einer weiter gehenden Beratung. In 24 % der Fälle wurden Informationen über den Umgang mit der Erkrankung bei Angehörigen, Freundinnen und Kolleginnen gesucht, in 23 % Informationen über die Essstörung allgemein. 10 % nutzten die Telefonberatung zu einer Anmeldung für eine Therapie. Informationen über die eigene Essstörung suchten in diesem Rahmen 11 %. Eine Krisenintervention erfolgte in 4 % der Fälle telefonisch. Darüber hinaus (sonstige Problematik, 5 %) wurde z. B. nach Selbsthilfegruppen, oder nach Unterstützung bei Informations- bzw. Präventionsveranstaltungen oder beim Umgang mit Krankenkassen bei Fragen der Genehmigung einer Therapie gesucht.

Fast zwei Drittel der telefonischen Beratungen (1.224) dauerten bis zu 15 Minuten, 26 % (487) bis zu 30 Minuten, nur 6 % (106) länger.

Das Ergebnis dieser Beratungen war in über der Hälfte der Fälle (56 %) die Einladung zu einem Erstgespräch, in 27 % der Fälle die Empfehlung oder gar Vermittlung von Behandlungsmöglichkeiten. In einem Viertel der Fälle (25 %) wurde über Umgangs- und Verhaltensmöglichkeiten bezüglich der Essstörung beraten, in 24 % Informationsmaterial versandt, in 14 % an eine andere Institution überwiesen.

9.6 Zusammenfassung und Fazit

Telefonische Beratungen werden bei Essstörungen häufig in Anspruch genommen. In dieser Studie wurden Daten von 1.877 Gesprächen ausgewertet. Ratsuchen-

de waren meistens die Betroffenen oder Angehörige, aber auch Angehörige einer Institution, z. B. Lehrer. In den allermeisten Fällen bestand, soweit einschätzbar, eine Essstörung von Krankheitswert, in der Regel eine Bulimie. Die Essstörung dauerte in der Regel zwischen 2 und 5 Jahren, bei einer großen Gruppe bereits über 10 Jahre. Das heißt, dass telefonische Beratungen auch bei erheblich chronifizierten Fällen in Anspruch genommen werden. Die Betroffenen und oft auch ihre Angehörigen haben häufig bereits einen langen Leidensweg hinter sich.

Bei Anorektikerinnen meldeten sich häufiger Angehörige als die Betroffenen selbst. Bei den anderen Essstörungen waren es hauptsächlich die Betroffenen, aber immerhin auch zu einem Fünftel bis zu einem Drittel Angehörige. Anorektikerinnen fanden sich hauptsächlich in den jüngeren Altersgruppen bis zu 18 Jahren, Bulimikerinnen in der Altersgruppe zwischen 19 und 30 Jahren und Essgestörte mit Essanfällen eher in den vergleichsweise höheren Altersgruppen ab 26 bzw. 30 Jahren.

Entsprechend war auch die Verteilung der Dauer der Essstörungen. Das Gros der Anorektikerinnen war bis zu zwei Jahren erkrankt. Aber auch hier fand sich eine große Gruppe von chronischen Fällen. Die Bulimikerinnen waren häufig zwischen 2 und 5 Jahren oder über 5 Jahre erkrankt, Betroffene mit Essanfällen meistens über 5 Jahre.

Hauptanliegen war die Information über weitere Behandlungsmöglichkeiten. Das Hauptergebnis der Beratungen war die Einladung zu einem weiteren Gespräch. In über einem Viertel der Fälle wurden Behandlungsmöglichkeiten empfohlen oder sogar vermittelt, über Umgangs- und Verhaltensmöglichkeiten bezüglich der Essstörung beraten und Informationsmaterial versandt.

Insgesamt heißt dies, dass durch telefonische Beratungen in relativ kurzer Zeit niedrigschwellig zu wesentlichen Weichenstellungen bei oft schon chronifizierten Essstörungen verholfen werden kann. Zudem ist diese Form der Beratung ein erster Schritt, um Ambivalenzen bezüglich des Umgangs mit der Essstörung aufzufangen und zu bearbeiten. Der offene und anonyme Charakter dieser Arbeit ermöglicht es ebenso wie bei den im Folgenden dargestellten kurzen und einmaligen Beratungen, diese Leistungen mehrfach in Anspruch zu nehmen.

Empfehlung:

Niedrigschwellige Beratungsangebote, bei denen die Ratsuchenden zunächst auch anonym bleiben können, werden in der Versorgung von essgestörten Frauen und Mädchen sowie ihren Angehörigen dringend benötigt. Wo dieses Angebot nicht oder nur in geringem Umfang vorhanden ist, sollte es eingerichtet bzw. ausgebaut werden. Es sollte je für jeweils ca. 75.000 Einwohner eingerichtet und entsprechend öffentlich zu Kenntnis gebracht werden. Dabei ist neben der telefonischen Beratung auch die durch das von Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig genutzte Internet auszubauen.
--

10. Einmalige Beratungen

Bei den einmaligen Beratungen wurden 1.671 Fragebögen des Moduls 4 aus 29 Institutionen ausgewertet. Auch hier wurde ein Schlüssel angewendet, damit einige der Einrichtungen nicht überrepräsentiert waren (vgl. Anhang E). Das Modul 4 wurde nur von den Beraterinnen ausgefüllt.

10.1 Die Ratsuchenden

Die Ratsuchenden waren in 1.251 Fällen (75 %) die Betroffenen selbst, in 13 % (212 Fälle) Angehörige, in 7 % der Fälle (116) kamen die Betroffenen mit einer Begleitperson. In wenigen Fällen kamen befreundete Personen, Angehörige einer Institution oder Kolleginnen.

Von den Angehörigen stellten das Gros der Ratsuchenden die Mütter (215 Fälle; 81 %). Demgegenüber suchen anscheinend nur wenige Eltern gemeinsam Beratung (24; 9 %), und nur sehr selten (21 Fälle; 8 %) Väter allein. Geschwister sowie andere Verwandte wie z. B. Großmütter sind hier zu vernachlässigen.

Tab. 10.1 Person der Ratsuchenden und Art der Essstörung

Art der Essstörung	Person der Ratsuchenden							Gesamt
	Betroffene	Angehörige/r	Partner	befr. Person	Kollege/in	Betroffene u. Begleitpers.	Angehörige ein. Institut.	
Anorexie	233 59,1%	99 25,1%	9 2,3%	9 2,3%	1 0,3	37 9,4%	6 1,5%	394 100,0%
Bulimie	558 81,5%	65 9,5%	8 1,2%	13 1,9%	2 0,3%	28 4,1%	11 1,6%	685 100,0%
Esssucht mit Übergewicht/ Binge eating	265 83,6%	23 7,3%	1 0,3%	1 0,3%	---	16 5,0%	11 3,5%	317 100,0%
Latente Esssucht	72 87,8%	1 1,2%	---	1 1,2%	---	6 7,3%	2 2,4%	82 100,0%
Sonstiges	62 81,6%	8 10,5%	---	---	---	4 5,3%	2 2,6%	76 100,0%
Mischformen ¹⁷	57 71,3%	13 16,3%	1 1,3%	1 1,3%	---	3 3,8%	5 6,3%	80 100,0%
Gesamt	1247 76,3%	209 12,8%	19 1,2%	25 1,5%	3 0,2%	94 5,8%	37 2,3%	1634 100,0%

17 Vgl. Fußnote 15.

Vergleicht man die Personen der Ratsuchenden entsprechend der Diagnose-Gruppen, so fällt auf, dass bei den Anorektikerinnen vergleichsweise häufig auch Angehörige Rat suchen (fast ein Drittel) oder die Klientinnen mit einer Begleitperson erscheinen. Der Anteil der Rat suchenden Angehörigen ist bei den Mischformen ebenfalls relativ hoch. Bei Bulimikerinnen und Klientinnen mit Essanfällen sind die Ratsuchenden in den allermeisten Fällen die Klientinnen selbst. Die Unterschiede sind signifikant über dem 1%-Niveau.

10.2 Das Alter der von der Essstörung Betroffenen

Die Betroffenen waren im Durchschnitt 25 Jahre alt (SD 9,4). Der größte Teil der Betroffenen war zwischen 15 und 21 Jahren alt (24 %). Dieses entspricht dem typischen Erstmanifestationsalter für die »klassischen« Essstörungen Anorexie und Bulimie. Knapp ein Drittel der Betroffenen (30 %) war zwischen 22 und 30 Jahren alt, 22 % immerhin über 30 Jahre. Dagegen war die Gruppe der unter 15-Jährigen ausgesprochen klein (4 %). Von 153 Betroffenen (9 %) fehlten die Altersangaben. Der Altersaufbau der Stichprobe entspricht nicht dem der weiblichen Gesamtbevölkerung. Die Altersgruppe zwischen 15 und 30 Jahren ist deutlich über-, die unter 15 und über 30 sind unterrepräsentiert (vgl. Statistisches Jahrbuch 2003).

10.3 Häufigkeit der Essstörungen

Die am häufigsten auftretende Essstörung war die Bulimie (41 %), gefolgt von der Anorexie (24 %) und den Essanfällen bei anderen psychischen Störungen bzw. der Binge Eating Störung, die immerhin eine Anteil von 19 % hatte. Unter latenter Esssucht litten 5 % der Betroffenen, ungefähr 10 % unter sonstigen Essstörungen oder Mischformen. Bei 34 Klientinnen (2 %) konnten keine Diagnosen angegeben werden, bzw. es handelte sich Angehörige einer Institution, die allgemeinere Informationen zu Essstörungen suchten.

10.4 Alter der Betroffenen und Dauer der Essstörung nach Diagnosegruppen

Tab. 10.2 Alter der Betroffenen und Art der Essstörung

Art der Essstörung	Alter der Betroffenen						Gesamt
	< 15 J.	15–18 J.	19–21 J.	22–25 J.	26–30 J.	> 30 J.	
Anorexie	30 7,6%	129 32,7%	63 15,9%	71 18,0%	28 7,1%	74 18,7%	395 100,0%
Bulimie	13 1,9%	123 17,9%	124 18,1%	165 24,1%	107 15,6%	154 22,4%	686 100,0%
Esssucht mit Übergewicht/ Binge eating	21 6,6%	33 10,4%	12 3,8%	27 8,5%	33 10,4%	191 60,3%	317 100,0%
Latente Esssucht	2 2,4%	10 12,2%	8 9,8%	14 17,1%	13 15,9%	35 42,7%	82 100,0%
Sonstiges	4 5,3%	14 18,4%	13 17,1%	13 17,1%	8 10,5%	24 31,6%	76 100,0%
Mischformen	2 2,5%	19 23,5%	25 30,9%	15 18,5%	7 8,6%	13 16,0%	81 100,0%
Gesamt	72 4,4%	328 20,0%	245 15,0%	305 18,6%	196 12,0%	491 30,0%	1637 100,0%

Die Essstörungen waren sehr unterschiedlich über die verschiedenen Altersgruppen verteilt (signifikant auf dem 1%-Niveau). Während sich die Anorexien eher in den jüngeren Altersgruppen der Stichprobe (bis 21 Jahre) konzentrierten, fanden sich die Bulimien eher in den mittleren Altersgruppen (19 bis 30 Jahre) und die Klientinnen mit Essanfällen bzw. Esssucht in den Altersgruppen über 30 Jahre.

Die Essstörung in irgendeiner Form bestand im Durchschnitt 7 Jahre (SD 7,5; Minimum 0,1; Maximum 50).

Eine vergleichsweise kurze Dauer der Essstörung (bis zu einem Jahr) fand sich bei 16 % der Fälle, bei 13 % eine mittlere Dauer von 1 bis 2 Jahren. Bei über zwei Dritteln muss die Essstörung mit einer Dauer von über zwei Jahren als tendenziell chronifiziert bzw. über einem Drittel als chronifiziert angesehen werden. Bei jeweils 18% bestand sie über 5 bzw. über 10 Jahre. Bei 215 Klientinnen (13 %) fehlen hierzu die Angaben.

Bei den verschiedenen Formen von Essstörungen war die Erkrankungsdauer bis zum Aufsuchen der einmaligen Beratungen unterschiedlich lang. Wegen Anorexien wurde tendenziell bereits nach kürzerer Dauer Beratung gesucht, bei den Bulimien bestand die Erkrankung bei einem Gros zwischen 2 und 10 Jahren und bei den Essstörungen mit Essanfällen oder Esssucht bestand die Erkrankung häufig über 5, oft sogar über 10 Jahre. Die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen sind signifikant (auf dem 1 %-Niveau). Aber auch eine Reihe von Anorexien bestand bei der Beratung bereits über 10 Jahre (11 %). Das heißt, dass einmalige Beratungen häufig auch bei chronischen Erkrankungen, sogar bei chronischen Anorexien aufgesucht werden.

Tab. 10.3 Dauer und Art der Essstörung

Art der Essstörung	Die Essstörung besteht seit						Gesamt
	< 6 M	7–12 M	1–2 Jahre	über 2 bis 5 J.	über 5 bis 10 J.	> 10 J	
Anorexie	56 16,2%	66 19,1%	64 18,6%	73 21,2%	48 13,9%	38 11,0%	345 100,0%
Bulimie	36 5,6%	61 9,5%	104 16,1%	187 29,0%	159 24,7%	97 15,1%	644 100,0%
Esssucht mit Übergewicht/ Binge eating	1 0,4%	7 2,7%	25 9,8%	42 16,5%	48 18,8%	132 51,8%	255 100,0%
Latente Esssucht	3 4,3%	6 8,7%	10 14,5%	14 20,3%	19 27,5%	17 24,6%	69 100,0%
Sonstiges	10 15,9%	9 14,3%	4 6,3%	17 27,0%	12 19,0%	11 17,5%	63 100,0%
Mischformen	2 2,8%	13 18,3%	7 9,9%	24 33,8%	16 22,5%	9 12,7%	71 100,0%
Gesamt	108 7,5%	162 11,2%	214 14,8%	357 24,7%	302 20,9%	304 21,0%	1447 100,0%

10.5 Anliegen, Dauer und Ergebnisse der Beratung

Das Hauptanliegen der Ratsuchenden war, Informationen über Behandlungsmöglichkeiten von Essstörungen zu bekommen (82 %). Informationen über den Umgang mit der eigenen Erkrankung wünschten 42 %, Informationen über Essstörungen allgemeinen ein Drittel. 18 % wollten Informationen über den Umgang mit der Erkrankung bei Angehörigen, Freundinnen oder Kolleginnen. Eine Krisenintervention fand in 8 % der Fälle statt.

Die meisten Beratungen (58 %) dauerten 45 bis 60 Minuten, 16 % über eine Stunde, 15 % zwischen 30 und 45 Minuten, 11 % unter 30 Minuten.

Ergebnis der einmaligen Beratung war im größten Teil (78 %) der Fälle eine Empfehlung oder Vermittlung von Behandlungsmöglichkeiten, dann (58 %) eine Beratung über Umgangs- und Verhaltensmöglichkeiten mit der Essstörung und (41 %) die Aushändigung von Informationsmaterial. In 14 % der Fälle erfolgte eine Überweisung an eine andere Institution.

10.6 Zusammenfassung und Fazit

In der vorliegenden Untersuchung wurden 1.671 Fragebögen aus 29 Institutionen ausgewertet. Einmalige Beratungen wurden in den meisten Fällen von Betroffenen oder von Angehörigen, hier am häufigsten den Müttern, wahrgenommen. In den meisten Fällen litten die Betroffenen unter einer Essstörung von Krankheitswert, am häufigsten unter einer Bulimie oder Anorexie. Die Essstörungen waren oft erheblich chronifiziert (Dauer im Durchschnitt 7 Jahre!). Bei Anorexien und den Mischformen waren häufig Angehörige die Ratsuchenden, bei Bulimien und Essstörungen mit Essanfällen am häufigsten die Betroffenen selbst. Anorexien waren häufig in den

jüngeren Altersgruppen (bis 21 Jahre), Bulimien und Klientinnen mit Essanfällen oder Esssucht waren häufig bei den 20- bis 30-Jährigen bzw. bei den über 30-Jährigen zu finden. Wegen Anorexie wurde in der Regel bereits nach kürzerer Erkrankungsdauer Beratung gesucht. Bulimien und Essstörungen mit Essanfällen oder Esssucht bestanden in der Regel schon eine Reihe von Jahren.

Hauptanliegen war es, Informationen über Behandlungsmöglichkeiten oder den Umgang mit der eigenen Erkrankung zu bekommen. Das Ergebnis war in über drei Viertel der Fälle eine Empfehlung oder Vermittlung von Behandlungsmöglichkeiten, dann die Beratung über Umgangs- und Verhaltensmöglichkeiten bezüglich der Essstörung und die Aushändigung von Informationsmaterial.

Einmalige Beratungen haben offensichtlich einen wesentlichen Klärungscharakter für Betroffene, Angehörige sowie andere Personen, die mit Essgestörten zu tun haben. Sie leisten ebenso wie telefonische Beratungen eine wesentliche Vorfeldarbeit für den weiteren Umgang mit der Essstörung, sind richtungsweisend für Motivation und weitere Weichenstellung. Auch hier ist der offene und niedrigschwellige Charakter des Angebotes entscheidend.

Eine breit gestreute Implementierung bzw. ein Ausbau dieser Möglichkeit ist für die gezielte Versorgung Essgestörter und deren Angehöriger unbedingt notwendig.

Empfehlung:

Einmalige Beratungen sind als eine wesentliche niedrigschwellige klärende und Weichen stellende Maßnahme für Betroffene und Angehörige in der Versorgungskette essgestörter Frauen und Mädchen unabdingbar und von daher, ebenfalls für Betroffene und Angehörige gut erkennbar, anzubieten.
--

11. Die kurzen Beratungen

11.1 Zur Datenlage

Daten über Kurzberatungen (2 bis 5 Gespräche) lagen von Klientinnen aus 23 Einrichtungen vor. Da in den beteiligten Einrichtungen unterschiedlich viele kurze Beratungen durchgeführt werden, z. T. bis zu 1.000 pro Jahr, wurden hier die Module nach einem Schlüssel ausgelesen, um die übermäßige Repräsentation einzelner Einrichtungen zu vermeiden (vgl. Anhang E).

Ausgewertet wurden folgende Datensätze:

- Von 319 Klientinnen lag das Modul 5 K vor, mit dem soziodemographische und klinische Grunddaten der Klientinnen sowie deren Weg in die Beratung erhoben werden.
- Von 151 dieser 319 Klientinnen lagen zudem Bewertungen des Ergebnisses der Kurzberatungen durch die Beraterinnen vor (Modul 5 K, inklusive Frage 20).
- Von 186 Klientinnen gab es Bewertungen von Kurzberatungen (Modul 9 K), wobei ebenfalls von den Beraterinnen das Modul 5 K vorlag.
- Von 397 Klientinnen gab es Einschätzungen der Kurzberatung (Modul 9 K) ohne Angaben der Beraterinnen im Modul 5 K.

Die unterschiedlichen Datenmengen sind dadurch zu erklären, dass es sich bei kurzen Beratungen um einen Bereich mit hoher Fluktuation und sehr unterschiedlichen Arbeitsbeziehungen zwischen Beraterinnen und Klientinnen handelt. Das Ausfüllen von Fragebögen ist hier sehr bestimmt durch die Arbeitsökonomie der Beraterinnen, die sehr unterschiedliche Motivation der Klientinnen und ihrer Angehörigen sowie deren Anliegen, die eine ausführliche Datenerhebung gemäß der Module in manchen Fällen nicht zulassen. Zudem wurde die Frage 20 im Modul 5 K zur detaillierten Bewertung des Ergebnisses der Beratung durch die Beraterinnen erst nach Beginn der Untersuchung auf Anraten einiger Einrichtungen hinzugefügt, so dass in einer Reihe von Einrichtungen zunächst nicht mit diesem erweiterten Modul gearbeitet wurde. Die oben skizzierte Datenlage spiegelt also auch hier die Probleme einer Praxisstudie wieder.

11.2 Soziodemographische Daten der Klientinnen

Von Klientinnen, die kurze Beratungen suchten, wurden diesbezüglich 319 Module 5 K ausgewertet.

Das Durchschnittsalter der Klientinnen lag bei 26 Jahren (SD 9,6), mit einem Minimum von 13 und einem Maximum von 61 Jahren. Der größte Teil der Klientinnen (68 %) war zwischen 15 und 30 Jahre alt. Die beiden größten Altersgruppen waren die zwischen 15 und 18 sowie zwischen 22 und 25 Jahren (beide 19 %). Zwischen

19 und 21 Jahre alt waren 16 % und zwischen 26 und 30 Jahre alt 14 %. Eine große Gruppe allerdings war auch über 30 Jahre (25 %), nur eine kleine Gruppe (3 %) unter 15 Jahre alt.

Der größte Teil der Klientinnen (44 %) waren Schülerinnen bzw. Studentinnen, die zweitgrößte Gruppe einfache oder mittlere Angestellte bzw. Beamtinnen (21 %). Auszubildende und Umschülerinnen machten 9 %, Arbeitslose 7 % und höhere Angestellte und Beamtinnen 5 % aus. Hausfrauen waren nur mit 4 % vertreten.

Entsprechend der Altersverteilung waren 78 % aller Klientinnen ledig, 13 % verheiratet, 4 % geschieden bzw. getrennt lebend. In einer festen Partnerschaft lebten 40 %, nicht in einer Partnerschaft 50 %, bei 10 % fehlten hierzu Angaben. Bei 103 Klientinnen (32 %) lagen Angaben über die Art der Partnerschaft vor¹⁸. Diese waren zum größten Teil (97 %) heterosexuell.

Die meisten der Klientinnen (93 %) waren deutscher Nationalität. Von den anderen Nationalitäten waren die türkische mit 1 % und die polnische mit 0,6 % am stärksten vertreten.

Zur Religionszugehörigkeit lagen Angaben von 67 % der Klientinnen vor. Die meisten (32 % aller Klientinnen) waren evangelisch, gefolgt von den Katholikinnen (23 %). 9 % waren konfessionslos. Von den weiteren Konfessionen war die muslimische mit 1 % am stärksten vertreten.

11.3 Klinische Daten der Klientinnen

Art der Essstörung und andere seelische Störungen

Die meisten Klientinnen wurden als bulimisch eingeschätzt (46 %), gefolgt von den Klientinnen mit der Diagnose Anorexie (26 %). Die drittgrößte Gruppe waren die der Essattacken bei anderen psychischen Störungen bzw. Binge Eating Störung (18 %). Nicht näher bezeichnete Essstörungen machten 4 % der Stichprobe aus.

Bei 20 % (65) der Klientinnen wurden Zweit-Diagnosen vergeben. Den allergrößten Teil machten depressive Störungen aus (30). Die zweithäufigste Diagnose waren Persönlichkeitsstörungen verschiedener Art (12), gefolgt von anderen Essstörungen als bei der Erstdiagnose (8), hauptsächlich Bulimie.

Dritt-Diagnosen wurden nur in 11 Fällen gestellt. Diese können daher vernachlässigt werden.

Bei insgesamt 289 Klientinnen (91 %) lagen Angaben darüber vor, ob sie Substanzmissbrauch betrieben bzw. eine Suchtproblematik hatten. Diese wurde bei 78 % der Klientinnen verneint. Bei den anderen spielten Alkohol (4 %), Drogen (3 %) und sonstige Suchtproblematiken (ebenfalls 3 %) eine wesentliche Rolle.

18 Die Angaben zum Leben in einer festen Partnerschaft kontrastieren mit denen zum Familienstand. Vermutlich bezog ein Teil der Antwortenden diese Frage nicht auf Verheiratete. Zudem fehlten hier in 31 Fällen Angaben.

Alter der Klientin und Art der Essstörung

Erwartungsgemäß konzentrieren sich die Klientinnen mit einer Anorexie in den unteren Altersgruppen der Stichprobe bis zu 21 Jahren, die Bulimikerinnen eher in den mittleren Altersgruppen (drittes Lebensjahrzehnt) und die Klientinnen mit Essanfällen und nicht näher bezeichneten Essstörungen in der Altersgruppe über 30 Jahren. Diese Unterschiede sind insgesamt signifikant (über dem 1%-Niveau), der Altersunterschied zwischen der Gruppe der Anorektikerinnen und der Bulimikerinnen jedoch nicht.

Tab. 11.1 Alter der Klientin und Art der Essstörung

I. Diagnose ICD-10	Alter der Klientin						Gesamt
	< 15 J.	15–18 J.	19–21 J.	22–25 J.	26–30 J.	> 30 J.	
Anorexie	3 3,7%	25 30,5%	18 22,0%	15 18,3%	8 9,8%	13 15,9%	82 100,0%
Bulimie	3 2,1%	32 22,9%	26 18,6%	33 23,6%	21 15,0%	25 17,9%	140 100,0%
F50.4/ Binge eating	4 7,1%	3 5,4%	1 1,8%	7 12,5%	10 17,9%	31 55,4%	56 100,0%
F50.9 (nicht näher bez. Essstörung)	1 5,9%	1 5,9%	3 17,6%	3 17,6%	2 11,8%	7 41,2%	17 100,0%
Gesamt	11 3,7%	61 20,7%	48 16,3%	58 19,7%	41 13,9%	76 25,8%	295 100,0%

Dauer und Art der Essstörung

Während über zwei Drittel der Klientinnen mit Anorexie, für die entsprechende Angaben vorlagen, in den ersten zwei Jahren des Bestehens der Erkrankung Beratung suchten, ca. die Hälfte sogar im ersten Jahr, begaben sich viele Klientinnen mit Bulimie oder auch mit Essanfällen erst in eine kurze Beratung, wenn die Störung bereits zwei Jahre und länger bestand. Die Dauer der Essstörung wurde statistisch zwischen Anorexie und Bulimie verglichen, da die anderen beiden Gruppen relativ klein waren. Erwartungsgemäß gab es hier signifikante Unterschiede (5%-Niveau). Die Dauer der Anorexien war bis zur Aufnahme einer kurzen Beratung deutlich kürzer als bei den Bulimien. Aber in allen Diagnose-Gruppen wurden kurze Beratungen auch von Klientinnen mit chronifizierten Störungen gesucht.

Tab. 11.2 Art und Dauer der Essstörung

I. Diagnose ICD-10	Seit wie viel Monaten besteht die Essstörung						Gesamt
	< 6 M	7–12 M	1–2 Jahre	über 2 bis 5 J.	über 5 bis 10 J.	> 10 Jahre	
Anorexie	17 22,1%	22 28,6%	13 16,9%	11 14,3%	9 11,7%	5 6,5%	77 100,0%
Bulimie	19 14,3%	23 17,3%	20 15,0%	37 27,8%	21 15,8%	13 9,8%	133 100,0%
F50.4/ Binge eating	4 8,3%	6 12,5%	5 10,4%	15 31,3%	9 18,8%	9 18,8%	48 100,0%
F50.9 (nicht näher bez. Essstörung)	1 9,1%	3 27,3%	1 9,1%	1 9,1%	3 27,3%	2 18,2%	11 100,0%
Gesamt	41 15,2%	54 20,1%	39 14,5%	64 23,8%	42 15,6%	29 10,8%	269 100,0%

Die Essstörungssymptomatik

Angaben zum BMI lagen von 265 Klientinnen (83 %) vor. Die meisten Klientinnen lagen mit ihrem BMI im Bereich zwischen 17,6 und 20 (Untergewicht, 21 %) und 20,1 bis 25 (Normalgewicht, 20 %). Eine weitere große Gruppe (19 %) lag im Bereich zwischen 14,6 und 17,5, eine kleinere zwischen 12,1 und 14,5 (4 %), unter 12 lag nur eine Klientin. Einen BMI über 25 hatten insgesamt 19 %, 13 % lagen sogar über einem BMI von 30. Der durchschnittliche BMI der untersuchten Gruppe lag bei 22, das Minimum bei 11 und das Maximum bei 58 (SD 8,0).

Die Essstörung bestand im Durchschnitt 56 Monate, wobei das Minimum bei 1, das Maximum bei 480 Monaten, also 40 Jahren lag (SD 70 Monate). Das heißt, dass in den meisten Fällen die Essstörung chronifiziert bzw. erheblich chronifiziert war.

Von knapp zwei Dritteln der Klientinnen (65 %) wurden Essanfälle genannt. Bei immerhin 39 % der Klientinnen traten diese täglich oder mehrmals täglich auf, bei 14 % noch zwei- bis dreimal wöchentlich. Bei den gegensteuernden Maßnahmen wurde hauptsächlich das Auslassen von Mahlzeiten genannt. Dies spielte in über zwei Drittel der genannten Fälle (70 %) eine Rolle. 51 % der Klientinnen ließen mindestens einmal täglich eine Mahlzeit aus, 12 % immerhin noch zwei- bis dreimal wöchentlich. 60 % kontrollierten ihr Gewicht zudem durch kalorienarmes Essen, 55 % mindestens einmal täglich, weitere 4 % mehrmals wöchentlich. Als dritthäufigste Maßnahme zur Gewichtskontrolle wurde das Erbrechen genannt (50 % der Klientinnen). Dieses trat in einem Drittel der Fälle (32 %) täglich oder mehrmals täglich auf, in 10 % der Fälle noch mehrmals wöchentlich.

Sport zur Gewichtskontrolle wurde von 46 % der Klientinnen eingesetzt. Von 21 % täglich oder mehrmals täglich, von 16 % noch mehrmals wöchentlich. Nach einem festen Plan aßen insgesamt ein Drittel der Klientinnen, täglich oder mehrmals täglich 25 % und mehrmals wöchentlich 4 %. Fastentage zur Gewichtskontrolle

spielten bei einem Viertel der Klientinnen eine Rolle, mehrmals wöchentlich bei 14 %.

Abführmittel benutzten 23 % der Klientinnen, täglich oder mehrmals täglich 7 % und 10 % einmal oder mehrmals wöchentlich. Entwässerungsmittel und Appetitzügler wurden von 12 % der Klientinnen benutzt, in nennenswertem Ausmaß (einmal wöchentlich oder häufiger) von 9 %.

Parallele Behandlungen der Klientinnen

Über die Hälfte der Klientinnen (58 %) waren in einer parallelen Behandlung. Die meisten, die in einer parallelen Behandlung waren, befanden sich in einer ärztlichen (38 % aller Klientinnen) bzw. in einer psychotherapeutischen Behandlung (16 % aller Klientinnen). Nur wenige befanden sich in einer psychiatrischen (6 %) bzw. pharmakotherapeutischen (7 %) Behandlung.

61 % der Klientinnen hatten vor der jetzt stattfindenden Beratung noch keine Behandlung gehabt. Bei 36 % hatte eine ambulante (18 %) bzw. eine stationäre Vorbehandlung (5 %) oder sogar beides (13 %) stattgefunden.

11.4 Der Weg in die Beratung

Die größte Gruppe der Klientinnen (20 %) wurde in Eigeninitiative auf die Beratungseinrichtung aufmerksam, eine weitere große Gruppe durch ihr Mütter (12 %) bzw. durch die Hausärztin oder den Hausarzt (11 %). 10 % der Klientinnen wurden durch das Internet und 6 % durch Medien bzw. das Telefonbuch oder andere Verzeichnisse auf die Beratungsstelle aufmerksam, weitere 6 % durch niedergelassene Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten.

Tab. 11.3 Aufmerksam werden auf die Einrichtung und Art der Essstörung

1. Diagnose ICD-10	Wie wurde die Klientin auf die Institution aufmerksam				
	Klientin in Eigeninitiative	Familienmitglied	Hausarzt/-ärztin	andere	Gesamt
Anorexie	12 14,3%	27 32,1%	9 10,7%	36 42,9%	84 100,0%
Bulimie	34 24,5%	24 17,3%	14 10,1%	67 48,2%	139 100,0%
F50.4/ Binge eating	10 17,9%	4 7,1%	8 14,3%	34 60,7%	56 100,0%
F50.9 (nicht näher bez. Essstörung)	3 18,8%	---	2 12,5%	11 68,8%	16 100,0%
Gesamt	59 20,0%	64 23,8%	33 11,2%	148 50,2%	295 100,0%

Bezüglich der Frage, wie die Klientinnen auf die Institution aufmerksam wurden, unterschieden sich die Diagnosegruppen signifikant (über dem 1%-Niveau). Anorektikerinnen wurden häufiger durch ein anderes Familienmitglied aufmerksam als

alle anderen Gruppen. Durch Eigeninitiative wurden am häufigsten von allen Gruppen die Bulimikerinnen aufmerksam. Auch hier spielten die Familienmitglieder noch eine gewisse Rolle. Von den anderen Möglichkeiten war bei allen Gruppen noch die Hausärztin bzw. der Hausarzt wichtig. Die weiteren Einflüsse, z. B. Medien, Frauenarzt oder Frauenärztin, Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut stellten zwar insgesamt eine große Gruppe dar, sind aber als einzelne Gruppen eher bedeutungslos. Deswegen wurden sie in obiger Tabelle zusammengefasst («andere»). Den ersten Kontakt zur Einrichtung stellte in zwei Drittel der Fälle (66 %) die Klientin selbst her, in 12 % der Fälle die Mutter und in jeweils noch einmal 2 % der Fälle ein anderes Familienmitglied oder die Schule.

11.5 Ergebnisse der kurzen Beratungen aus der Sicht der Beraterinnen

Hierzu lagen Einschätzungen von 151 Beraterinnen im Modul 5 K (Frage 20) vor.

Wir prüften, ob sich die Gruppe der betreffenden Klientinnen in wesentlichen Aspekten von der vorher beschriebenen Gesamtgruppe unterschied. Keine Unterschiede ergaben sich im Alter, im aktuellen BMI, in der Dauer der Essstörung und im Familienstand. Allerdings befanden sich in dieser Gruppe tendenziell mehr Bulimikerinnen, die Klientinnen lebten häufiger in einer festen Partnerschaft. Schülerinnen und Studentinnen waren stärker repräsentiert.

Die hauptsächlichen Ergebnisse der Kurzberatung waren:

- die Information über Behandlungsmöglichkeiten
- die Abklärung der Essstörung und ihrer Zusammenhänge
- Informationen über die Essstörung
- das Erarbeiten einer Behandlungsmotivation sowie
- das Erreichen der Einsicht, dass eine Essstörung vorliegt.

Tab. 11.4 Ergebnisse der kurzen Beratungen aus Sicht der Beraterinnen zum Problembereich Essverhalten und Essstörung

	genannt	nicht genannt
Information über die Essstörung	64 42,4%	87 57,6%
Information über Behandlungsmöglichkeiten	95 62,9%	56 37,1%
Abklärung der Essstörung und ihrer Zusammenhänge	84 55,6%	67 44,4%
Einsicht, dass eine Essstörung vorliegt	59 39,1%	92 60,9%
Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit/Schaffen bzw. Verbesserung einer Behandlungsmotivation	62 41,1%	89 58,9%
Übergang in eine längerfristige Beratung oder Therapie in der eigenen Institution	24 15,9%	127 84,1%
Überweisung an eine ambulante Therapie	54 35,8%	97 64,2%
Überweisung an eine stationäre Therapie	16 10,6%	135 89,4%
Ärztliche Untersuchung	38 25,2%	113 74,8%
<i>Veränderung des Umgangs mit der Essstörung, und zwar:</i>	44 29,1%	107 70,9%
Regelmäßigeres Essen	32 21,2%	119 78,8%
Gewichtszunahme	7 4,6%	144 95,4%
Abnehmen von Essanfällen/Erbrechen	28 18,5%	123 81,5%
Ausgewogenere Ernährung	21 13,9%	130 86,1%
Aufnahme einer Ernährungsberatung	8 5,3%	143 94,7%
Positivere Einstellung zum eigenen Körper	19 12,6%	132 87,4%

In einer Reihe von Fällen (36 %) fanden Überweisungen in eine ambulante Therapie oder in eine ärztliche Untersuchung (25 %) statt.

Bei knapp einem Drittel der Klientinnen änderte sich der Umgang mit der Essstörung. In einer Reihe von Fällen (21 %) wurde nach Einschätzung der Beraterinnen zu einem regelmäßigeren Essverhalten gefunden, zudem nahmen z. T. die Essanfälle und das Erbrechen ab (19 %). Wenig bis keine Veränderungen gab es bezüglich einer Gewichtszunahme sowie hinsichtlich einer ausgewogenen Ernährung. Nach einer Gewichtsabnahme wurde nicht gefragt, da diese bei Übergewicht in dem Zeitrahmen einer kurzen Beratung überhaupt nicht zu erwarten gewesen wäre.

Tab. 11.5 Ergebnisse der kurzen Beratungen zu den weiteren seelischen und sozialen Problembereichen aus Sicht der Beraterinnen

	genannt	nicht genannt
<i>Verbesserung der sonstigen psychischen Symptomatik, und zwar</i>	42 27,8%	109 72,2%
Depressivität	19 12,6%	132 87,4%
Ängstlichkeit	12 7,9%	139 92,1%
Selbstwertprobleme	34 22,7%	116 77,3%
Veränderung der sozialen Beziehungen, und zwar	37 24,5%	114 75,5%
Familiär	28 18,5%	123 81,5%
Partnerschaft	19 12,6%	132 87,4%
Freundschaften	12 7,9%	139 92,1%
Soziale Veränderungen	18 11,9%	133 88,1%
Schulisch/beruflich	16 10,6%	135 89,4%
Veränderung des Umgangs mit der Essstörung bei Angehörigen	22 14,6%	129 85,4%
Offenerer Umgang mit der Störung	18 11,9%	133 88,1%
Vermeidung unfruchtbarer Auseinandersetzungen	11 7,3%	140 92,7%
Andere Veränderungen	4 2,6%	147 97,4%

Auch die sonstige seelische Problematik verbesserte sich bei einer Reihe von Klientinnen, hier vor allen Dingen Selbstwertprobleme und die sozialen Beziehungen. Weitere Veränderungen wurden für den Bereich der familiären Beziehungen beschrieben, wenig bis keine Veränderungen bezüglich der Depressivität, der Angstsymptome sowie hinsichtlich der sozialen Situation.

In allen anderen Bereichen wurden nur von wenigen Beraterinnen Veränderungen angegeben.

11.6 Die Ergebnisse der kurzen Beratungen im Urteil der Klientinnen

Von 186 Klientinnen, deren Ausgangsdaten von den Beraterinnen (Modul 5 K) vorlagen, wurden Einschätzungen über die Ergebnisse der Beratung abgegeben.

Wir prüften Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu der großen Gruppe der Klientinnen, bei denen das Modul 5 K der Beraterinnen vorlag, hinsichtlich wesentlicher soziodemographischer und klinischer Daten. Keine Unterschiede ergaben sich be-

züglich der Berufstätigkeit, der Diagnose sowie des aktuellen BMI. Unterschiede ergaben sich bezüglich des Alters, der Dauer der Störung sowie des Familienstandes. Die Klientinnen, die antworteten, waren im Durchschnitt älter, hatten die Essstörung länger und waren häufiger ledig.

Die große Mehrzahl der Klientinnen äußerte sich insgesamt zufrieden mit der Beratung (95 %), würden die Beratungsstelle bei Bedarf noch einmal in Anspruch nehmen (97 %), wurden zu intensiverer Behandlung ermutigt (80 %). Die meisten Klientinnen fühlten sich verstanden und erhielten neue Impulse für ihren Umgang mit der Essstörung. Ihre Fragen wurden weit gehend beantwortet. Die eigenen Stärken und Möglichkeiten wurden in der Regel klarer.

Tab. 11.6 Bewertung der kurzen Beratung durch die Klientinnen (N=186)

Neue Ideen und Impulse erhalten?	Viele neue Ideen 62 33,3%	Einige neue Ideen 108 58,1%	Weiß nicht 11 5,9%	Keine neuen Ideen 5 2,7%	
Fragen beantwortet worden?	Alle Fragen beantwortet 88 47,3%	Teilweise beantwortet 74 39,8%	Vieles unbeantwortet 8 4,3%	Nichts beantwortet 1 0,5%	Keine Fragen gehabt 15 8,1%
Geklärt, was als nächstes tun?	Sehr sicher 97 52,4%	Muss noch nachdenken 79 42,7%	Unsicher 7 3,8%	Nicht geklärt worden 2 1,1%	
Wie sehr verstanden gefühlt?	Sehr verstanden 132 71%	Verstanden 41 22%	Zum Teil verstanden 10 5,4%	Nicht verstanden 3 1,6%	
Wie während Beratung gefühlt?	Sehr gut 46 24,7%	Gut 76 40,9%	Gemischt 60 32,3%	Nicht gut 4 2,2%	
Wie zufrieden insgesamt mit Beratung?	Sehr zufrieden 109 59,2%	Zufrieden 65 35,3%	Es fehlt mir etwas 6 3,3%	Unzufrieden 4 2,2%	
Beratungsstelle bei Bedarf noch mal in Anspruch nehmen?	Sehr gerne 119 64%	Ja 60 32,3%	Vielleicht 5 2,7%	Nein 2 1,1%	
Zu intensiverer Behandlung ermutigt?	Sehr 51 27,7%	Ja 96 52,2%	Vielleicht 27 14,7%	Eher nicht 7 3,8%	Nein 3 1,6%
Stärken und Möglichkeiten klarer geworden?	Sehr klar 57 31%	Ja, etwas 115 62,5%	Nein, kaum 11 6,0%	Nein 1 0,5%	

Die Auswertung aller Module 9 K (Einschätzung der Klientinnen »Kurzberatung«), ohne Berücksichtigung, ob andere Daten vorlagen, ergab bei insgesamt 583 vorliegenden Fragebögen ein ähnliches Bild.

11.7 Zusammenfassung und Fazit

Kurze Beratungen wurden von Klientinnen mit Essstörungen von erheblichem Krankheitswert aufgesucht. Bei einem großen Teil der Klientinnen war die Essstörung bereits chronifiziert. Bei einer relativ großen Gruppe von Klientinnen (20 %) lagen zudem weitere seelische Störungen vor, die in der Dauer einer kurzen Beratung diagnostizierbar waren.

Bei einem guten Drittel der Klientinnen hatten bereits Vorbehandlungen stattgefunden. Die meisten Klientinnen fanden den Weg in die Beratung allein und aus eigener Initiative, wobei Anorektikerinnen häufiger als Klientinnen anderer Diagnose-Gruppen Beratung durch Vermittlung von Angehörigen und anderen Personen suchten. Anorektikerinnen kamen eher nach kurzer Erkrankungsdauer in die Beratung und waren jünger (zweites Lebensjahrzehnt) als Bulimikerinnen (drittes Lebensjahrzehnt) oder Klientinnen mit Essanfällen und anderen Essstörungen (viertes Lebensjahrzehnt und älter).

Die Ergebnisse der Kurzberatungen waren Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, eine Abklärung der Essstörung sowie das Erarbeiten einer Behandlungsmotivation. Einige Veränderungen wurden auch bezüglich des Essverhaltens und bezüglich sonstiger seelischer Probleme erzielt, insbesondere bezüglich der sozialen Beziehungen und der Selbstwertprobleme.

In anderen Bereichen, z. B. bezüglich einer Gewichtszunahme, einer ausgewogenen Ernährung, der Veränderung von Depressivität und Angstsymptomen sowie hinsichtlich der sozialen Situation, wurden kaum Veränderungen erzielt.

Die Beratungszufriedenheit der Klientinnen ist als sehr hoch einzuschätzen. Insbesondere wurden Klientinnen zu einer intensiveren Behandlung ermutigt und erhielten neue Impulse im Umgang mit ihrer Essstörung. Hierbei war unter anderem die Atmosphäre der Beratung und der Beratungseinrichtung wichtig.

Somit erfüllen die kurzen Beratungen eine wichtige Schnittstellenfunktion im Versorgungssystem der Essstörungen. Hier finden wesentliche Weichenstellungen hinsichtlich der Behandlungsmotivation und weiteren Behandlung statt. Zudem ergeben sich hier bereits einige Veränderungsschritte. Die Offenheit des Angebotes und die spezifische Kompetenz macht sie offensichtlich auch für chronisch erkrankte Betroffene attraktiv.

Empfehlung:

<p>Kurze Beratungen sind in ihrem offenen, niedrig schwelligen Angebot für Betroffene und Angehörige als ein weiteres wesentliches Glied in einer abgestuften Versorgungskette bei Essstörungen anzubieten. Neben der störungsspezifischen Beratungskompetenz ist hier der Aufbau eines guten Kooperationsnetzes zur zeitnahen Vermittlung in weiter gehende ärztliche und psychotherapeutische Behandlung notwendig.</p>

12. Kurze Ernährungsberatungen

Kurze Ernährungsberatungen von bis zu 5 Gesprächen wurden an zwei der Beratungseinrichtungen durchgeführt. Im Urteil der insgesamt 20 Klientinnen (Modul 9 E), von denen hier Antworten vorlagen, war das Bild der Beratungsergebnisse insgesamt eindeutig positiv.

Fast alle hatten zumindest einige neue Impulse und Ideen erhalten. Über drei Viertel gaben an, dass alle ihre Fragen beantwortet wurden. Über die Hälfte der Antwortenden war sich sehr sicher, dass sich für sie geklärt hatte, was sie zur Veränderung des Essverhaltens tun können, nur 5 % waren sich hier unsicher.

Stärken und Möglichkeiten zur Bewältigung der Essstörung wurden einem Drittel der Antwortenden sehr klar, zwei Dritteln zumindest etwas. Bei über der Hälfte der Befragten verringerte sich die Anzahl der Essanfälle, bei den meisten von denen, die erbrachen, das Erbrechen. Fast 70 % erlernten hier Möglichkeiten im Umgang mit dem Essdruck. Alle Antwortenden konnten eine Mahlzeitenstruktur aufbauen. Fast die Hälfte wurde angstfreier im Umgang mit Lebensmitteln.

Bei denen, die Abführmittel benutzten, veränderte sich der Umgang hiermit. Diejenigen, die anorektisch waren, konnten Methoden zur Gewichtszunahme kennen lernen und diese umsetzen.

Die meisten Klientinnen äußerten sich zufrieden mit der Beratung, würden diese nochmals in Anspruch nehmen und fühlten sich von der Beraterin sehr verstanden.

Fazit

Auch wenn nicht klar ist, wie nachhaltig diese Ergebnisse sind, so erscheinen sie doch als ermutigend. Gezielte Ernährungsberatung von Beraterinnen, die sich mit Essstörungen auskennen bzw. in entsprechend spezialisierten Einrichtungen arbeiten, kann offensichtlich eine wesentliche Hilfestellung geben.

Empfehlung:

Ernährungsberatung sollte in Beratungsstellen bzw. Beratungsangebote für Essstörungen regelhaft integriert sein. Dies kann auch in der Kooperation der Beratungseinrichtung mit einer Ernährungsberaterin geschehen.
--

13. Die Angehörigengruppen

In 8 der untersuchten Einrichtungen haben Angehörigen-Gruppen bzw. Elternseminare stattgefunden. Hierzu lagen von insgesamt 86 Angehörigen Ausgangsdaten und von 44 Angehörigen auch Abschlussdaten aus den Modulen 11 (Beginn) und 12 (Abschluss) vor.

13.1 Zusammensetzung der Angehörigengruppen, soziodemographische Daten

Die große Mehrzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Angehörigengruppen waren weiblich (74 %), nur ein Viertel männlich.

Das Alter lag zwischen 37 und 67 Jahren, im Mittel bei 48 Jahren. Die größte Gruppe war zwischen 41 und 50 Jahren alt (57 %), gefolgt von der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren (28 %).

Der größte Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren Hausfrauen (knapp 24 %; Hausmänner: keine), gefolgt von einfachen oder mittleren Angestellten bzw. Beamtinnen und Beamten (21 %) sowie höheren Angestellten bzw. Beamtinnen und Beamten (19 %) und Selbständigen (15 %).

Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer (78 %) waren verheiratet. Der größte Teil lebte zudem in einer festen Partnerschaft (66 %).¹⁹

Die Mehrzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatte zwei oder drei Kinder (67 %).

Im Haushalt lebten in der Mehrzahl noch zwei Kinder (37 %) oder ein Kind (33 %).

92 % waren deutscher Nationalität.

Die Religionszugehörigkeit war zu fast gleichen Teilen evangelisch (38 %) bzw. katholisch (37 %). 12 % waren konfessionslos. Muslimisch waren 1 %, keine Angabe machten 12 %.

13.2 Die Betroffenen: Alter, Art und Dauer der Essstörung, andere Erkrankungen und Behandlung

Von der Essstörung betroffen waren zu 99 % Töchter, lediglich in einem Fall ein Sohn.

Das Alter der Betroffenen lag zwischen 13 und 32 Jahren, im Mittel bei 19 Jahren.

¹⁹ Die Angaben zum Leben in einer festen Partnerschaft kontrastieren mit denen zum Familienstand. Vermutlich bezog ein Teil der Antwortenden diese Frage nicht auf Verheiratete. Zudem fehlten hier in 16 Fällen Angaben.

Die größte Altersgruppe war die der 15 bis 18-Jährigen (47 %), gefolgt von den 19 bis 21-Jährigen (22 %) sowie den 22 bis 25-Jährigen (14 %).

Die häufigste Art der Essstörung war die Magersucht (47 %), gefolgt von der Bulimie (42 %), ca. 7 % der Betroffenen wiesen ein gemischtes Bild auf, 4 % litten an Ess-Sucht (Binge Eating).

Bei einem großen Teil der Betroffenen (43 %) bestand die Essstörung 2 bis 3 Jahre vor der Teilnahme der Angehörigen an der Gruppe, bei weiteren 30 % seit 4 bis 5 Jahren. Erst vor weniger als 2 Jahren aufgetreten war die Essstörung bei 13 % der Betroffenen.

Die durchschnittliche Dauer der Essstörung betrug 2,5 Jahre (SD = 2,0; Minimum weniger als ein Jahr, Maximum 12 Jahre).

Insgesamt 45 Angehörige machten Angaben über weitere Erkrankungen bei den Betroffenen. Am stärksten verbreitet waren hier das gemeinsame Auftreten von Ängsten und Depressionen (16 %), dann Depressionen (15 %) sowie Ängsten (12 %) einzeln.

Der größte Teil der Betroffenen (83 %) lebte in demselben Haushalt wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Angehörigengruppe.

In einem großen Teil der Fälle (45 %) waren die Betroffenen parallel zu der Teilnahme der Angehörigen in der Gruppe in psychotherapeutischer, zudem in 23 % der Fälle in ärztlicher Behandlung. 9 % waren in psychiatrischer Behandlung. Hervorgehoben werden muss, dass bei immerhin fast einem Viertel (24,4 %) die Betroffene überhaupt nicht in Behandlung war. Dies ist ein erstaunlich hoher Anteil.

In über der Hälfte der Fälle hatte die Betroffene bereits eine ambulante (13 %) oder stationäre (12 %) Behandlung oder beides (35 %) gehabt. In ca. 41 % der Fälle hatte vorher überhaupt keine Behandlung stattgefunden.

13.3 Erwartungen an die Angehörigengruppen

Erwartungen an die Angehörigengruppen bestanden vor allem darin, Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Essstörung zu erhalten, sich hierbei mit anderen über die Umgehensweise, eigene Sorgen und Schwierigkeiten austauschen zu können und mit den eigenen Problemen nicht allein da zu stehen.

Zudem wurde angestrebt, die Betroffene besser verstehen sowie Informationen über Essstörungen und deren Hintergründe und Folgen bekommen zu können.

Weiterhin war wichtig, Informationen über eigene notwendige Verhaltensänderungen zu bekommen.

Weniger wichtig erschien es, über eine mögliche eigene Beteiligung an der Essstörung, über Einstellungsveränderungen oder Veränderungen der familiären Beziehungen zu erfahren.

Noch weniger wurde angestrebt, mehr Distanz zur Essstörung zu bekommen und sich wieder für Dinge außerhalb der Familie öffnen bzw. die Partnerin oder den Partner besser verstehen zu können.

13.4 Angaben zu Verlauf und Ergebnissen der Angehörigengruppen

Bestätigung für eigene Ansichten und Verhaltensweisen wurden ebenfalls weniger gesucht, ebenso das Kennenlernen neuer Personen außerhalb der Familie.

Tab. 13.1 Erwartungen an die Angehörigengruppe (n = 56–66)

Von meiner Teilnahme in der Elterngruppe erwarte ich, dass ich:	stimmt nicht	stimmt eher nicht	teils/teils	stimmt etwas	stimmt genau	gesamt
das Gefühl bekomme, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen	1 1,5%	1 1,5%	3 4,5%	7 10,6%	54 81,8%	66 100%
mich mit anderen Eltern über Sorgen und Schwierigkeiten austauschen kann	--	1 1,5%	3 4,5%	9 13,6%	53 80,3%	66 100%
erfahre, wie andere mit der Problematik umgehen	--	--	2 3,0%	10 15,2%	54 81,8%	66 100%
von den Erfahrungen anderer lernen kann	--	--	2 3,0%	14 21,2%	50 75,8%	66 100%
Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekomme	7 10,9%	7 10,9%	26 40,6%	10 15,6%	14 21,9%	64 100%
meine essgestörte Tochter/meinen essgestörten Sohn besser verstehen kann	1 1,5%	--	5 7,6%	7 10,6%	53 80,3%	66 100%
meine Partnerin/meinen Partner besser verstehen kann	9 16,1%	3 5,4%	17 30,4%	6 10,7%	21 37,5%	56 100%
die Auswirkungen der Ess-Störung auf meine anderen Kinder besser nachvollziehen kann	4 7,1%	3 5,4%	9 16,1%	12 21,4%	28 50,0%	56 100%
Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Ess-Störung erhalte	--	--	--	8 12,3%	57 87,7%	65 100%
erfahre, wo ich mein Verhalten verändern sollte	1 1,5%	1 1,5%	5 7,7%	11 16,9%	47 72,3%	65 100%
erfahre, ob und wie ich an der Entstehung der Ess-Störung beteiligt bin	2 3,0%	2 3,0%	17 25,8%	8 12,1%	37 56,1%	66 100%
erfahre, wo ich meine Einstellungen verändern müsste	--	2 3,1%	7 10,9%	20 31,3%	35 54,7%	64 100%
mehr Informationen über die Ess-Störungen, ihre Hintergründe und ihre Folgen bekomme	--	1 1,5%	2 3,1%	13 20,0%	49 75,4%	65 100%
erfahre, was sich in unseren familiären Beziehungen verändern müsste	1 1,5%	1 1,5%	17 26,2%	13 20,0%	33 50,8%	65 100%
erfahre, was sich in der Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verändern müsste	8 13,1%	3 4,9%	25 41,0%	10 16,4%	15 24,6%	61 100%
mehr Distanz zu der Ess-Störung bekomme	--	4 6,3%	19 29,7%	13 20,3%	28 43,8%	64 100%
mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann	2 3,2%	3 4,8%	19 30,2%	10 15,9%	29 46,0%	63 100%
neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann	10 15,9%	3 4,8%	24 38,1%	9 14,3%	17 27,0%	63 100%

13.4 Angaben zu Verlauf und Ergebnissen der Angehörigengruppen Angaben zu Anzahl und Dauer der Gruppensitzungen

Über Verlauf und Ergebnisse der Angehörigengruppen gaben 44 Angehörige Auskunft.

Diese besuchten im Durchschnitt 9,5 Gruppentermine (SD = 3,1) über einen Zeitraum von durchschnittlich 8 Monaten (SD = 4,4).

Wie wir von den Gruppenleiterinnen wissen, nahm ein großer Teil an 12 Gruppensitzungen in einem Zeitraum von 10 Monaten teil. Allerdings fehlten hierzu bei 62 % (Anzahl) bzw. 65 % (Dauer) die Angaben.

13.5 Ergebnisse der Angehörigengruppen

Vergleicht man die Erwartungen an die Angehörigengruppen mit den Ergebnissen, so wurden die Erwartungen zum großen Teil erfüllt. Dies betrifft insbesondere die Wünsche nach Austausch und nach Lernen von anderen Angehörigen.

Zudem wurde weit gehend erfahren, wo das eigene Verhalten verändert werden müsste. Es konnten die Auswirkungen der Essstörung auf die anderen Kinder insgesamt besser nachvollzogen werden. Auch die Wünsche nach Distanz zur Essstörung und zur Öffnung für Personen außerhalb der Familie erfüllten sich weit gehend.

Weniger als erwartet konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von den Erfahrungen anderer lernen und die Betroffene besser verstehen. Zudem wurden weniger Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Essstörung und weniger Informationen über die Essstörung, ihre Folgen und ihre Hintergründe erhalten, als erwartet.

Deutlich weniger als erwartet wurde erfahren, ob die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Entstehung der Essstörung beteiligt waren und was sie an ihrem eigenen Verhalten sowie ihren familiären Beziehungen verändern müssen.

In stärkerem Maße als anfänglich erwartet, lernten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Personen außerhalb ihrer Familie kennen.

Tab. 13.2 Erwartungen an die Angehörigengruppe und Veränderungen durch die Angehörigengruppe im Vergleich²⁰ (n = 34–36)

	Erwartungen		Veränderungen	
	MW	SD	MW	SD
Von meiner Teilnahme in der Elterngruppe erwarte ich, dass ich: beziehungswise Meine Teilnahme in der Elterngruppe hat bewirkt, dass ich:				
das Gefühl bekam, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen	4,8	0,83	5,0	0,20
mich mit anderen Angehörigen über Sorgen und Schwierigkeiten austauschen konnte	4,9	0,28	4,8	0,37
erfuhr, wie andere mit der Problematik umgehen	4,9	0,28	4,8	0,37
von den Erfahrungen anderer lernen konnte	4,8	0,52	4,5	0,77
Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekam	3,0	1,31	3,2	1,31
meine essgestörte Tochter/meinen essgestörten Sohn besser verstehen kann	4,8	0,47	4,5	0,51
meine Partnerin/meinen Partner besser verstehen kann	3,0	1,35	3,6	0,96
die Auswirkungen der Ess-Störung auf meine anderen Kinder besser nachvollziehen kann	4,1	0,97	4,1	1,21
Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Ess-Störung erhielt	5,0	0,20	4,7	0,46
erfuhr, wo ich mein Verhalten verändern sollte	4,4	1,11	4,5	0,71
erfuhr, ob und wie ich an der Entstehung der Ess-Störung beteiligt bin	4,1	1,13	3,3	1,10
erfuhr, wo ich meine Einstellungen verändern müsste	4,4	0,71	3,6	0,91
mehr Informationen über die Ess-Störungen, ihre Hintergründe und ihre Folgen bekam	4,6	0,76	4,5	0,71
erfuhr, was sich in unseren familiären Beziehungen verändern müsste	3,8	1,13	3,4	1,15
erfuhr, was sich in der Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verändern müsste	3,0	1,27	3,0	1,33
mehr Distanz zu der Ess-Störung bekam	4,0	1,02	4,1	0,81
mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann	3,8	1,05	4,4	0,71
neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernte	2,9	1,17	4,2	0,83

Die Einschätzungen von Familie und Partnerschaft

Zu Beginn der Teilnahme an der Angehörigen-Gruppe wurden die Familienbeziehungen in der Regel eher positiv eingeschätzt. Diese positiven Einschätzungen betrafen das Problemlöseverhalten, die Eigenständigkeit der Familienmitglieder und

²⁰ Höhere Werte bedeuten hier wie in der folgenden Tabelle höhere Erwartungen bzw. höhere Veränderungen. Abstufungen hier jeweils von -2 (stimmt nicht) bis +2 (stimmt genau), vgl. Module 11 und 12.

ihre Freiheit, sich zu äußern bzw. ihren Interessen nachzugehen, die gemeinsame Verbundenheit sowie die Vorstellungen über Erfolg und Leistung.

Tab. 13.3 Auswirkungen der Angehörigengruppe auf die Einschätzung von Familie und Partnerschaft (n = 35–38)²¹

Einschätzung der Teilnehmer, inwieweit die folgenden Aussagen auf ihre Familie bzw. Partnerschaft zutreffen	Vorher		Nachher	
	MW	SD	MW	SD
Wir suchen bei Problemen nach gemeinsamen Lösungen	4,2	1,06	4,1	1,03
Die Familienpflichten sind gerecht verteilt	3,3	1,35	3,6	1,06
Wir teilen uns mit, wie es uns wirklich geht	3,5	1,22	4,0	1,03
Wir versuchen, Schwierigkeiten möglichst umgehend zu lösen	3,5	1,29	3,8	1,00
Wir sind eng miteinander verbunden	4,3	0,97	3,8	1,18
Jeder kann seinen eigenen Interessen nachgehen, ohne dass die anderen deswegen verärgert wären	3,9	0,96	4,0	1,03
Wir brauchen lange, um mit schwierigen Situationen zurechtzukommen	3,3	1,20	3,1	1,20
Wir können uns darauf verlassen, dass alle Familienmitglieder ihre Aufgaben erfüllen	3,1	1,22	3,4	0,91
Wir nehmen uns Zeit, einander anzuhören	3,8	1,17	4,1	0,98
Wenn wir uns in unserer Familie aufregen, brauchen wir lange, um darüber hinwegzukommen	3,0	1,33	2,6	1,22
Wir regen uns nie gegenseitig auf	1,9	1,15	1,9	1,12
Eigentlich vertrauen wir einander nicht	1,5	0,89	1,7	0,90
In unserer Familie haben wir die Freiheit, zu sagen, was wir denken	4,2	0,96	4,1	1,07
Manchmal gehen wir uns gegenseitig aus dem Weg	2,8	1,28	3,3	1,03
Wir sind uns oft nicht einig, welche Probleme wir haben	3,0	1,31	2,9	1,07
Wir teilen einander mit, was uns gerade stört	3,5	0,91	3,9	0,92
Wir haben die gleichen Vorstellungen über Erfolg und Leistung	3,3	1,23	3,1	1,24

Zum Teil kritisch wurde gesehen, dass oft Unklarheiten über die Problemlage der Familie bestanden und Klärungen hier zum Teil vermeidend begegnet wurde. Tendenziell kritisch wurde auch gesehen, dass die Familie lange brauche, um mit schwierigen Situationen oder Konflikten zurecht zu kommen. Zudem wurde die familiäre Aufgabenverteilung als ungünstig angesehen.

²¹ Für diese Einschätzungen liegen keine Normwerte vor, mit denen die Daten dieser Studie verglichen werden könnten. Abstufungen hier jeweils von -2 (stimmt nicht) bis +2 (stimmt genau), vgl. Module 11 und 12.

Zum Abschluss der Angehörigengruppe wurden bezüglich der meisten Bereiche ähnliche Einschätzungen abgegeben.

Als positiver eingeschätzt wurde tendenziell der Umgang mit Konflikten, als geringer die wechselseitige Verbundenheit.

Weitere Einschätzungen von Verlauf und Ergebnis der Angehörigengruppen

Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten sich zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Verlauf der Gruppe, der Gruppenleiterin sowie mit den Beratungsstellen insgesamt. Sie würden zu der Gruppenleiterin wiederkommen und diese, das Gruppenangebot sowie die Beratungsstelle weiterempfehlen.

Tab. 13.4 Zufriedenheit mit dem Verlauf der Gruppe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Wenig zufrieden	3	3,5	7,0	7,0
Zufrieden	18	20,9	41,9	48,8
Sehr zufrieden	22	25,6	51,2	100,0
Gesamt	43	50,0	100,0	
Fehlend	43	50,0		
Gesamt	86	100,0		

Tab. 13.5 Würden Sie zu dieser Leiterin wiederkommen?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Eher nicht	1	1,2	2,3	2,3
Eher ja	3	3,5	6,8	9,1
Ja	40	46,5	90,9	100,0
Gesamt	44	51,2	100,0	
Fehlend	42	48,8		
Gesamt	86	100,0		

Tab. 13.6 Würden Sie diese Gruppenleiterin weiterempfehlen?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Eher ja	2	2,3	4,5	4,5
Ja	42	48,8	95,5	100,0
Gesamt	44	51,2	100,0	
Fehlend	42	48,8		
Gesamt	86	100,0		

Tab. 13.7 Würden Sie das Gruppenangebot weiterempfehlen?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Eher ja	6	7,0	13,6	13,6
Ja	38	44,2	86,4	100,0
Gesamt	44	51,2	100,0	
Fehlend	42	48,8		
Gesamt	86	100,0		

Weitere Ergebnisse der Angehörigengruppe

Tab. 13.8 Durch die Angehörigengruppe auf eigene persönliche Probleme aufmerksam geworden

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Stimmt nicht	3	12,0	33,3	33,3
Teil/teils	3	12,0	33,3	66,7
Stimmt etwas	3	12,0	33,3	100,0
Gesamt	9	36,0	100,0	
Fehlend	16	64,0		
Gesamt	25	100,0		

Tab. 13.9 Durch die Teilnahme an der Angehörigengruppe hat sich ergeben, dass ich für mich selbst intensivere Hilfe in Anspruch genommen habe

	Häufigkeit	% der Antworten	% der Fälle
nein, keine	24	55,8	58,5
ja, ambulante Einzelpsychotherapie	6	14,0	14,6
ja, Eheberatung	1	2,3	2,4
ja, ambulante psychiatrische Betreuung	1	2,3	2,4
ja, ambulante Paar-/Familietherapie	4	9,3	9,8
ja, Kur	2	4,7	4,9
ja, andere	5	11,6	12,2
Gesamt	43	100,0	104,9
45 fehlende Fälle; 41 gültige Fälle			

Tab. 13.10 Durch die Teilnahme an der Angehörigengruppe hat sich ergeben, dass meine Partnerin/mein Partner intensivere Hilfe in Anspruch genommen hat

	Häufigkeit	% der Antworten	% der Fälle
nein, keine	25	80,6	80,6
ja, ambulante Paar-/Familietherapie	3	9,7	9,7
ja, andere	3	9,7	9,7
Gesamt	31	100,0	100,0
55 fehlende Fälle; 31 gültige Fälle			

Tab. 13.11 Durch die Teilnahme an der Angehörigengruppe hat sich ergeben, dass die/der Betroffene intensivere Hilfe in Anspruch genommen hat

	Häufigkeit	% der Antworten	% der Fälle
nein, keine	20	47,6	57,1
ja, ambulante Einzelpsychotherapie	11	26,2	31,4
ja, ambulante psychiatrische Betreuung	1	2,4	2,9
ja, ärztliche Betreuung	7	16,7	20,0
ja, Kur	1	2,4	2,9
ja, ambulante Paar-/Familietherapie	1	2,4	2,9
ja, andere	1	2,4	2,9
Gesamt	42	100,0	120,0
51 fehlende Fälle; 35 gültige Fälle			

Tab. 13.12 Durch die Teilnahme an der Angehörigengruppe hat sich ergeben, dass ein anderes Kind intensivere Hilfe in Anspruch genommen hat

	Häufigkeit	% der Antworten	% der Fälle
nein, keine	23	95,8	95,8
ja, ambulante psychiatrische Betreuung	1	4,2	4,2
Gesamt	24	100,0	100,0
62 fehlende Fälle; 24 gültige Fälle			

Ca. ein Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde teilweise oder etwas auf eigene persönliche Probleme aufmerksam.

In über 40 % der Fälle wurde weitere psychotherapeutische, beraterische oder psychiatrische Betreuung in Anspruch genommen. Dies galt zum Teil auch für die Partner.

Hervorgehoben werden muss, dass auch die Betroffenen aufgrund der Teilnahme der Angehörigen an den Gruppenangeboten zum Teil eine Einzelpsychotherapie aufnahmen (31 %) oder sich in ärztliche Betreuung begaben (20 %). Dies zeigt, dass die Teilnahme an Angehörigengruppen auch auf einen Teil der Betroffenen wesentliche Auswirkungen hatte und ist somit ein zentrales Ergebnis der Angehörigengruppen.

Andere Kinder aus den jeweiligen Familien nahmen kaum weitere intensive Hilfe in Anspruch.

13.6 Zusammenfassung und Fazit

Angehörigengruppen wurden in 8 der untersuchten Einrichtungen angeboten. Drei Viertel der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren weiblich. Die häufigsten Essstörungen bei den betroffenen Töchtern waren Magersucht und Bulimie. Die Betroffenen befanden sich häufig noch im Jugendlichen- oder jungen Erwachsenenalter (15 bis 25 Jahre).

Die Dauer der Essstörung betrug im Durchschnitt 2,5 Jahre, war bei einem erheblichen Teil (30 %) der Betroffenen bereits chronifiziert. In über der Hälfte der Fälle hatte die Betroffene bereits eine ambulante oder stationäre Behandlung gehabt.

Die Teilnehmerinnen der Angehörigengruppen besuchten im Durchschnitt 9,5 Gruppentermine über 8 Monate. Es lagen doppelt so viele Ausgangsmodule wie Abschlussmodule vor. Dies deutet auf eine erhebliche Fluktuation in den Gruppen hin.

Angehörigengruppen erfüllten insbesondere die Wünsche nach Austausch und nach Lernen von anderen Angehörigen. Zudem scheinen Angehörigengruppen das Verständnis für das betroffene Kind sowie die Notwendigkeit eigener Verhaltensänderungen zu erhöhen. Auch konnte hier mehr Distanz zur Essstörung gefunden werden und eine stärkere Öffnung nach außen stattfinden. Zum Abschluss der Angehörigengruppen wurden auch die Familien als etwas konfliktfähiger und weniger kohäsiv eingeschätzt.

Die Beratungszufriedenheit war sehr hoch. Über ein Drittel der Angehörigen nahm nach diesen Gruppen weitere psychotherapeutische, beraterische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch. Zudem nahm ca. ein Drittel der Betroffenen im Anschluss an die Gruppenteilnahme von Angehörigen selbst eine Einzelpsychotherapie auf. Hier haben Angehörigengruppen offensichtlich eine erhebliche Weichenstellungs- und Motivierungsfunktion, die sich auch indirekt, über das familiäre Beziehungssystem, auf die Betroffenen auswirkt.

Offensichtlich versprachen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer etwas mehr Hinweise und Ratschläge über den Umgang mit der Essstörung, als sie tatsächlich erhielten. Dies mag eventuell daran liegen, dass hier die Erwartungen überhöht waren, zumal in einer Angehörigengruppe in der Regel nicht so stark auf einzelne Personen und deren Familienbeziehungen eingegangen werden kann wie in Einzelberatungen oder in Therapien. Bei der Konzeption von Angehörigengruppen und dem Gespräch über deren Ziele sollten diese Ergebnisse berücksichtigt werden.

Bei der insgesamt sehr positiven Bewertung der Angehörigengruppen muss berücksichtigt werden, dass nur ca. die Hälfte derer, die das Anfangsmodul ausfüllten, auch eine Beurteilung im Abschluss vornahmen. Die Ausfallrate ist also erheblich, und man kann vermuten, dass diejenigen, die bis zum Schluss in den Gruppen blieben und das Abschlussmodul ausfüllten, auch eher die Zufriedenen waren. Die Beratungseinrichtungen sollten daher ebenfalls diejenigen, die vorzeitig aus den Angehörigengruppen aussteigen, nach den Gründen dafür befragen, um Anregungen für die Verbesserung ihrer Arbeit zu bekommen. Dies müsste vermutlich telefonisch geschehen, da die Motivation zum Ausfüllen von Fragebögen bei unzufriedenen Klientinnen und Klienten in der Regel nicht sehr hoch ist.

Empfehlung:

Angehörigengruppen bilden einen wesentlichen Bestandteil in der Beratung bei Essstörungen. Sie gibt Angehörigen eine wesentliche Unterstützung und Orientierung im Umgang mit dem Problem. Zudem ergibt sich hieraus oft als wesentliche Konsequenz, dass sich Betroffene in ärztliche und/oder psychotherapeutische Behandlung begeben. Angehörigengruppen sind von daher zu einem festen Bestandteil von Beratungseinrichtungen im Bereich der Essstörungen zu machen.

14. Die mittellangen Beratungen

14.1 Die Datenlage

Für mittellange Beratungen zwischen 5 und 10 Gesprächen lagen folgende Daten aus insgesamt 20 Institutionen vor:

- Ausgangsdaten von insgesamt 152 Klientinnen im Modul 5 M
- Einschätzungen der Beraterinnen zum Weg der Klientinnen in die mittellangen Beratungen und zu deren klinischen Status bei 71 Klientinnen im Modul 6
- Einschätzungen der mittellangen Einzelberatungen von 30 Klientinnen im Modul 9
- Einschätzungen der mittellangen Gruppenberatungen von 43 Klientinnen im Modul 9 G.

Von der Auswertung von Modul 8 (Bewertung durch die Beraterinnen am Ende der Beratung) und von Modul 15 (Ende des Erhebungszeitraumes) wurde aufgrund der wenigen eingegangenen Daten abgesehen.

Ähnlich wie bei den kurzen Beratungen ergeben sich bei mittellangen Beratungen aufgrund des offenen Charakters starke Fluktuationen bei den Klientinnen und Diskontinuitäten bei der Wahrnehmung der Termine, sehr unterschiedliche Einschätzungen über die Arbeitsökonomie bezüglich der zu erhebenden Daten und starke Unterschiede im Arbeitsbündnis von Klientinnen und Beraterinnen. Wegen des offenen Charakters dieser Beratungsform bleibt auch in vielen Fällen der Abschluss offen. Eine Nacherhebung ist oft sehr aufwändig und bleibt vielfach ergebnislos. Zudem ist der Umfang der erhobenen Daten erheblich größer gewesen als bei den kurzen Beratungen. Von daher ist die vergleichsweise geringe Anzahl von Abschlussbewertungen gegenüber den anfangs erhobenen Daten verständlich. Gerade in diesem Bereich sind Zeitpunkte und Umfang der Datenerhebung für die weitere Qualitätssicherung zu modifizieren. Auf eine Katamnese ein halbes Jahr nach Abschluss der mittellangen Beratungen wurde ebenfalls aus den hier genannten Gründen verzichtet.

14.2 Soziodemographische Daten der Klientinnen

Der Altersdurchschnitt der Klientinnen lag hier bei 30 Jahren, wobei die jüngste Klientin 15, die älteste 65 Jahre alt war ($SD = 10,2$).

Von den Altersgruppen her am stärksten vertreten waren die Klientinnen zwischen 22 und 25 Jahren (21 %) sowie zwischen 31 und 40 Jahren (ca. 20 %). Die drittstärkste Altersgruppe stellte die mit 41 Jahren und darüber (17 %), die viertstärkste die Gruppe die zwischen 19 und 21 Jahren mit ca. 15 %. Die Gruppe der

unter 18-Jährigen machte 7,2 % der Klientinnen aus. Insgesamt am stärksten vertreten war die Gruppe zwischen 19 und 30 Jahren mit fast 50 %.

Der größte Teil der Klientinnen hatte die Hochschulreife (43 %). 34 % hatten einen Realschulabschluss, nur 6 % einen Hauptschulabschluss und 8 % waren noch Schülerinnen.

Sowohl vom Alter als auch von der Schulbildung her unterscheidet sich die untersuchte Gruppe von den Frauen in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Sie ist deutlich jünger und der Bildungsstand ist höher.²² Beides ist typisch für Frauen mit Essstörungen. Dennoch werden hier vermutlich auch Selektionseffekte eine Rolle spielen. Jüngere Frauen mit höherem Bildungsstatus suchen eher Beratung und Therapie.

Bezüglich der beruflichen Bildung hatten 41 % einen Lehrabschluss, 27 % waren noch in irgendeiner Form in Ausbildung und 13 % hatten einen Fachhochschul- bzw. Hochschulabschluss.

Von der Berufstätigkeit her war die größte Gruppe der Klientinnen einfache oder mittlere Angestellte bzw. Beamtinnen (25 %), gefolgt von der Gruppe der Schülerinnen/Studentinnen (22 %). Die nächstfolgenden Gruppen waren die höheren Angestellten bzw. Beamtinnen (11 %), die Auszubildenden und Umschülerinnen (9 %) und die Arbeitslosen mit knapp 9 %. Hausfrauen waren zu 5 % in der Stichprobe vertreten.

Die meisten Klientinnen waren in Vollzeit erwerbstätig (45 %), 17 % in Teilzeit erwerbstätig.

Der größte Teil der Klientinnen unterhielt sich durch eigene Arbeit (bzw. Rente, 58 %). Weitere 20 % wurden von den Eltern unterstützt, 11 % von ihren Ehegatten bzw. Partnern. 8 % erhielten Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe, Bafög 6 %. Sozialhilfe erhielten 4 %.

90 % der Klientinnen waren deutscher Nationalität. Bei den sonstigen Nationalitäten (5 %) dominierte keine. Bei 5 % fehlten die Angaben.

Die größte Gruppe der Klientinnen (34 %) war evangelisch, 24 % katholisch, ca. ein Drittel (30,3 %) gehörte keiner Konfession an, 5 % anderen Konfessionen.

Über zwei Drittel der Klientinnen waren ledig (68 %), lediglich 18 % verheiratet und 5 % geschieden, 3 % getrennt lebend.

In einer festen Partnerschaft lebte zum Zeitpunkt der Untersuchung genau die Hälfte der Klientinnen (50 %). Die größte Gruppe der Klientinnen (49 %) gaben an, in der Partnerschaft heterosexuell orientiert zu sein, 3 % bezeichneten sich als lesbisch. Von 48 % fehlten hier die Angaben.

22 Aus dem Statischen Jahrbuch 2003 ist zu entnehmen, dass der Anteil der über 30-Jährigen in der Bevölkerung bei 68% liegt, in der vorliegenden Stichprobe bei 37%. Die Gruppe der 22–25-Jährigen macht dort 4% aus, hier 21%. In der Gruppe der Frauen zwischen 15 und 30 sind diejenigen mit Hauptschulabschluss in der vorliegende Studie mit 18% vertreten (Gesamtbevölkerung 43%), die mit Realschulabschluss mit 27 % (Gesamtbevölkerung 20 %) und die mit Abitur bzw. Fachhochschulreife mit 26 % (Gesamtbevölkerung 17%).

Die größte Gruppe der Klientinnen (24 %) lebte allein, 22 % noch im Elternhaus, 22 % mit einem Partner, 10 % in einer Wohngemeinschaft und 8 % mit einer eigenen Familie.

18 % der Klientinnen hatten Kinder, die meisten eins oder zwei (13 %).

14.3 Soziodemographische Daten zu den Herkunftsfamilien der Klientinnen

Die Mütter waren (im Jahre 2003) im Durchschnitt 56 Jahre alt (SD 11; Minimum 37; Maximum 87). Die Väter waren im Durchschnitt 58 Jahre alt (SD 10; Minimum 40; Maximum 83).

Die Mütter der Klientinnen waren häufig Hausfrauen (22 %), Rentnerinnen (19 %), einfache oder mittlere Angestellte oder Beamtinnen (18 %) oder Arbeiterinnen bzw. Facharbeiterinnen (11 %). Wenn die Mütter erwerbstätig waren, waren sie dies zu ungefähr gleichen Teilen in Vollzeit- und in Teilzeitbeschäftigung.

Bei den Vätern machte die größte Gruppe (20 %) die der Rentner aus. Die zweitgrößte Gruppe war die der Arbeiter bzw. Facharbeiter (15 %), gefolgt von den Selbständigen (14 %), sowie den höheren Angestellten und Beamten (13 %). Einfache oder mittlere Angestellte bzw. Beamte machten ca. 9 % der Gruppe der Väter aus. Die meisten erwerbstätigen Väter waren in Vollzeit (67 %) tätig. Bezogen auf die Zahl der Erwerbstätigen sind bei den Vätern der untersuchten Gruppe im Vergleich zum Bundesdurchschnitt die Selbständigen über- und Beamte und Angestellte unterrepräsentiert. Die Mütter unterscheiden sich nicht vom Bundesdurchschnitt (vgl. Statistisches Jahrbuch 2003).

Die Nationalität der Eltern war zumeist deutsch (Mütter 87 %, Väter 82 %).

Die Religionszugehörigkeit der Eltern war meistens evangelisch (Mütter 42 %, Väter 36 %) oder katholisch (Mütter 25 %, Väter 28 %). Die Gruppe der Konfessionslosen war hier kleiner als bei den Klientinnen selbst (Mütter 16 %, Väter 19 %).

Die Eltern waren in der Regel verheiratet oder wiederverheiratet. 11 % der Mütter und 8 % der Väter waren geschieden, 3 % der Mütter und der Väter lebten getrennt. Der Anteil der Geschiedenen entspricht ungefähr dem statistischen Durchschnitt für die Altersgruppe zwischen 55 und 60 Jahren (Statistisches Jahrbuch 2003).

10 % der Klientinnen gaben ihre Mütter und 13 % ihre Väter als verstorben an.

13 % der Klientinnen gaben an, in der ehemaligen DDR geboren und knapp 10 %, dort aufgewachsen zu sein.²³

Die meisten Klientinnen (78 %) waren bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen, 8 % bei einem allein erziehenden Elternteil. In einer Stieffamilie und in einer Adoptiv- bzw. Pflegefamilie wuchsen jeweils 3 % auf.

23 Aufgrund der Erfahrungen aus einigen Beratungseinrichtungen wurde vermutet, dass der Anteil der in der ehemaligen DDR geborenen und/ oder aufgewachsenen Frauen – aufgrund von Problemen mit einem veränderten Verständnis der Frauenrolle durch die »Wende« und durch Veränderungen im Schönheitsideal – unter den Klientinnen mit Essstörungen besonders hoch sei. Diese Vermutung wird durch die vorliegenden Daten nicht bestätigt.

13 % der Klientinnen hatten längere Zeit im Ausland verbracht, hier der größte Teil wiederum zwischen 6 und 12 Monaten. Die meisten waren als Au-pair-Mädchen oder Austauschschülerinnen im Ausland gewesen.²⁴

14.4 Klinischer Status der Klientinnen nach Klientinnenangaben

Fast ein Drittel (28 %) und damit großer Teil der Klientinnen befand sich in der Gruppe der Normalgewichtigen (BMI 20,1 bis 25), je eine weitere große Gruppe war untergewichtig (15 %; BMI-Bereich 17,5 bis 20) bzw. im Anorexiebereich (15 %, BMI unter 17,5, davon nur ein kleiner Teil mit einem BMI unter 14,5). Eine große Gruppe hatte eine Adipositas mit dem Grad II (BMI über 35) und darüber (13 %), weitere 7 % befanden sich jeweils im Übergewichts- (BMI über 25) und im unteren Adipositasbereich (BMI 30 bis 35).

Die Mehrzahl der Klientinnen hatte Essanfälle (33 % täglich oder mehrmals täglich, weitere 30 % einmal oder mehrmals wöchentlich).

Zur Gewichtskontrolle wurden hauptsächlich eingesetzt:

- Auslassen von Mahlzeiten (einmal oder mehrmals täglich 41 %; einmal oder mehrmals wöchentlich 26 %),
- Kalorienarmes Essen (einmal oder mehrmals täglich 43 %; einmal oder mehrmals wöchentlich 14 %).

Über 40 % der Klientinnen erbrachen (22 % einmal oder mehrmals täglich; 18 % einmal oder mehrmals wöchentlich).

Weitere relativ häufig angewandte Maßnahmen zur Gewichtskontrolle waren

- das Essen nach einem festen Plan (einmal täglich und häufiger 22 %) sowie
- die Gewichtskontrolle durch Sport (mehrmals wöchentlich 34 %).

Demgegenüber wurden Abführmittel und Entwässerungsmittel bzw. Appetitzügler nur von einer Minderheit der Klientinnen in größerem Umfang (einmal wöchentlich und mehr 13 % bzw. 9 %) eingesetzt.

Vorbehandlungen

Die Hälfte der Klientinnen hatte bereits eine Vorbehandlung (20 % ambulant, 5 % stationär, 26 % ambulant und stationär). Immerhin 11 % gaben an, eine Behandlung bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten abgebrochen zu haben. 6 % gaben einen Abbruch bei einer Psychosomatischen Klinik an.

24 Aufgrund von Beobachtungen in einer Reihe von Beratungseinrichtungen wurde vermutet, dass der Anteil von Klientinnen, die längere Zeit im Ausland waren, unter den Essgestörten besonders hoch sei, da sich hier aufgrund veränderter Essgewohnheiten oder anderer Normen körperbezogene Ängste oder manifeste Essstörungen entwickeln können. Auch diese Hypothese lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht bestätigen.

Weitere essstörungsspezifische Probleme

Die meisten Klientinnen gaben ausgeprägte Probleme in folgenden Bereichen an:

- Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit dem Essen (84 %)
- Körpergefühl und Körperwahrnehmung (68 %)
- Essanfälle (64 %)
- Diäthalten (60 %)
- Gewicht (59 %)
- Erbrechen (38 %)
- Laxanzien-, Diuretika-, Appetitzügler-Abusus (18 %)
- Substanzmissbrauch (13 %).

Bezüglich der sonstigen seelischen Probleme ergab sich folgende Reihenfolge:

- Selbstwertprobleme (85 %)
- Regulierung von Gefühlen (73 %)
- Ängste (58 %)
- Depressivität (58 %)
- Andere seelische Beeinträchtigungen (51 %)
- Soziale Isolation (44 %).

Deutliche Probleme in der Partnerbeziehung gaben 45 % an, ein Drittel Kommunikationsprobleme, 25 % Probleme mit Grenzüberschreitungen²⁵. Mehr als die Hälfte gab deutliche Probleme in der Ursprungsfamilie an, 52 % sogar deutliche Kommunikationsprobleme und 40 % Grenzüberschreitungen.²⁶

14.5 Der Weg in die mittellangen Beratungen

Hierzu liegen von 71 Klientinnen Einschätzungen durch die Beraterinnen im Modul 6 vor.

Nahezu zwei Drittel der Klientinnen (62 %) wurden selbst auf ihre Essstörung aufmerksam. Dies ist mit Abstand die größte Gruppe. Die anderen Klientinnen wurden durch Familienangehörige (14 %) oder durch befreundete Personen bzw. einen Arzt oder eine Ärztin (jeweils 10 %) auf die Essstörung aufmerksam. In 7 % der Fälle wurde zudem der Partner angegeben.

Auf die Beratungsinstitution aufmerksam wurde die Klientin in knapp einem Drittel der Fälle (30 %) selbst. 15 % nannten den Hausarzt oder die Hausärztin, 13 % die Medien, das Telefonbuch oder andere Verzeichnisse und 12 % befreundete Personen. Mütter und andere Beratungsstellen wurden von jeweils 6 % genannt.

25 Mit den beiden Kategorien »Kommunikationsprobleme« und »Grenzüberschreitungen« sind breite Bereiche von Verhaltensweisen und Störungen angesprochen. »Grenzüberschreitungen« können also nicht nur sexuelle Übergriffe, sondern auch Taktlosigkeiten sein. Die Problemliste sollte, wie bereits angemerkt, im Partnerschafts- und Familienbereich eine grobe Übersicht ermöglichen.

26 Siehe hierzu die obige Ausführung zu den Partnerschaftsproblemen.

Der Kontakt zur Beratungsinstitution wurde in 80 % der Fälle von der Klientin in Eigeninitiative hergestellt. 6 % nannten zudem eine befreundete Person, jeweils 4 % die Mutter, ein anderes Familienmitglied oder den Partner.

Das mit Abstand am stärksten verbreitete Anliegen bei der Beratung (von 62 % genannt) war der Wunsch nach unverbindlicher Information bzw. einem Beratungsgespräch. 31 % wollten sich verbindlich zu einer Einzeltherapie bzw. -beratung anmelden. Bei 16 % bestand zudem der Wunsch nach einer Krisenintervention.

Am Erstgespräch nahm in 75 % der Fälle die Klientin alleine teil. In 9 % der Fälle mit anderen Personen, meistens einer Freundin, in 7 % mit einer oder einem Familienangehörigen. In 6 % war der Partner dabei. Von 4 % fehlten hier die Angaben.

Die Motivation der Klientinnen wurde von den Beraterinnen zu einem großen Teil als »stark« eingeschätzt (47 %). 37 % wurden als »etwas motiviert« bezeichnet. Als indifferent bis stark ablehnend wurden 14 % eingeschätzt. War eine weitere außerfamiliäre Person anwesend, so war diese nach Einschätzung der Beraterinnen in 86 % der Fälle etwas bis stark motiviert. War die begleitende Person eine Familienangehörige (zumeist die Mutter), so war hier die Motivation in zwei Drittel der Fälle stark, in genau einem Drittel der Fälle indifferent bis leicht ablehnend.

14.6 Klinischer Status der Klientinnen in der Beurteilung der Beraterinnen

Der größte Teil der Klientinnen (39 %) litt an einer Bulimie bzw. einer atypischen Bulimie (4 %). Die nächst häufigste Diagnosegruppe war eine Anorexie mit 23 % bzw. eine atypische Anorexie mit 9 %. So machten die »klassischen« Essstörungen fast drei Viertel der Klientinnen aus. Die drittgrößte Gruppe waren Klientinnen mit Essanfällen bei anderen seelischen Störungen bzw. der Binge Eating Störung (20 %).

Eine zweite ICD-10-Diagnose wurde in 21 % der Fälle (15 Klientinnen) vergeben. Die meisten Diagnosen stammten aus dem Formenkreis der depressiven Störungen (10 %) sowie der Persönlichkeitsstörungen (3 %). Eine dritte Diagnose wurde lediglich in 9 % der Fälle (6 Klientinnen) vergeben.

Bei 59 Klientinnen liegen Einschätzungen des BMI durch die Behandlerin vor. Diese verteilen sich wie folgt auf die BMI-Gruppen:

< 14,5	2	(3 % der Gesamtgruppe von 71)
14,6–17,5	10	(14 %)
17,6–20	19	(27 %)
20,1–25	15	(25 %)
25,1–30	4	(6 %)
30,1–35	5	(7 %)
über 35	4	(6 %)
fehlend	12	(17 %)

Die größte Gruppe hatte einen BMI zwischen 17,6 und 20, lag also im Untergewichtsbereich, gefolgt von der Gruppe mit einem BMI zwischen 20,1 und 25 (Normalgewichtsbereich).

Substanzmissbrauch bzw. eine Suchtproblematik wurde für die meisten Klientinnen verneint (90 %). Bei 4 % wurde ein Alkohol-, bei 3 % ein Medikamentenmissbrauch diagnostiziert.

Die Hälfte der Klientinnen (50 %) war gleichzeitig in ärztlicher, 43 % waren in gar keiner Behandlung. Mit Psychopharmaka wurden 7 % behandelt. In psychotherapeutischer Behandlung waren 6 %, in psychiatrischer Behandlung 7 %.

14.7 Ergebnisse der mittellangen Einzelberatungen aus Klientinnensicht

Diese wurden über das Modul 9 erfasst. Hier lagen insgesamt 30 Fragebögen vor.

Problembewertung zum Abschluss

Essstörungsspezifische Symptome

Der BMI bei Behandlungsabschluss wurde bei 26 Klientinnen erfasst. Der Mittelwert betrug hier 25 (Minimum 16, Maximum 53, Streuung 7,9).

Bei einem großen Anteil der Klientinnen (43 %) hatte sich keine Gewichtsveränderung ergeben. Etwas oder wesentlich verschlechtert hatte sich das Gewicht bei 10 %. 17 % bezeichneten ihr Gewicht als etwas, 10 % als wesentlich gebessert.

Verbesserungen werden hauptsächlich bezüglich der Essanfälle (über 60 %), der Ernährungsqualität (60 %), der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen (60 %), des Erbrechens (50 %), des dauernden Diäthaltens und der eingeschränkten Nahrungsaufnahme (50 %) berichtet. Vielfach waren in diesen Bereichen die Verbesserungen sogar wesentlich. Positive Veränderungen ergaben sich auch beim Abusus von Laxanzien, Diuretika oder Entwässerungsmitteln, kaum Veränderungen allerdings bei Substanzmissbrauch und Suchtproblemen.

Tab. 14.1 Veränderungen der essstörungsspezifischen Symptome

Problembereich	wesentlich verschlechtert	etwas verschlechtert	keine Veränderung	etwas verbessert	wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Gewicht	1 3,3%	2 6,6%	13 43,3%	8 26,6%	3 9,9%	---	---	3 9,9%
Körpergefühl /-wahrnehmung	---	2 6,7%	9 30,0%	14 46,7%	5 16,7%	---	---	---
Essanfälle	2 6,7%	2 6,7%	3 10,0%	6 20,0%	9 30,0%	4 13,3%	4 13,3%	---
Erbrechen	---	---	3 10,0%	2 6,7%	5 16,7%	8 26,7%	12 40,0%	---
Dauerndes Diäthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	1 3,3%	---	8 26,7%	8 26,7%	6 20,0%	1 3,3%	6 20,0%	---
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	---	1 3,3%	1 3,3%	4 13,3%	2 6,7%	2 6,7%	20 66,7%	---
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	---	1 3,3%	6 20,0%	---	1 3,3%	1 3,3%	21 70,0%	---
Ernährungsqualität	2 6,7%	---	8 26,7%	10 33,3%	10 33,3%	---	---	---
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	---	3 10,0%	8 26,7%	12 40,0%	5 16,7%	1 3,3%	1 3,3%	---

Weitere seelische Beschwerden

Hier wurden in fast allen Bereichen Verbesserungen genannt. Diese betrafen insbesondere das Selbstwertgefühl (70 %), die Depressivität (67 %), die Regulierung von Gefühlen (63 %), Ängste (53 %), die sonstige seelische Beeinträchtigung (47 %) sowie Probleme im Arbeits- und Leistungsbereich (ebenfalls 47 %). Veränderungen bei zwanghaften Zügen wurden ebenfalls von 40 % angegeben. Bezüglich der sozialen Isolation gab es nur Veränderungen bei 27 %.

Tab. 14.2 Veränderungen der seelischen Beschwerden

Problembereich	wesentlich verschlechtert	etwas verschlechtert	keine Veränderung	etwas verbessert	wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	---	---	9 30,0%	14 46,7%	6 20,0%	---	1 3,3%	---
soziale Isolation	---	1 3,3%	9 30,0%	7 23,3%	1 3,3%	---	12 40,0%	---
Depressivität	---	1 3,3%	2 6,7%	13 43,3%	6 20,0%	1 3,3%	7 23,3%	---
Ängste	---	1 3,3%	6 20,0%	10 33,3%	6 20,0%	---	7 23,3%	---
zwanghafte Züge	---	1 3,3%	8 26,7%	9 30,0%	3 10,0%	---	9 30,0%	---
Regulierung von Gefühlen	---	---	8 26,7%	11 36,7%	8 26,7%	---	3 10,0%	---
sonstige seelische Beeinträchtigung	---	1 3,3%	8 26,7%	9 30,0%	5 16,7%	1 3,3%	6 20,0%	---
Leistungs- und Arbeitsbereich	---	1 3,3%	9 30,0%	10 33,3%	4 13,3%	---	6 20,0%	---

Partnerschaftsprobleme

Über die Hälfte der Klientinnen (59 %) gaben Partnerschaftsprobleme an. Hier ergaben sich wesentliche Verbesserungen. Wenn diese im Bereich der Kommunikation oder bezüglich Grenzüberschreitungen vorlagen, wurden auch hier mehrheitlich positive Veränderungen verzeichnet.

Tab. 14.3 Veränderungen von Partnerschaftsproblemen und Problemen in der Herkunftsfamilie

Problembereich	wesentlich verschlechtert	etwas verschlechtert	keine Veränderung	etwas verbessert	wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Beziehung zu Partner/-in	1 3,3%	1 3,3%	2 6,7%	7 23,3%	4 13,3%	2 6,6%	12 40,0%	1 3,3%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	---	---	6 20,0%	3 10,0%	1 3,3%	2 6,6%	17 56,6%	1 3,3%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	---	1 3,3%	4 13,3%	6 19,9%	3 9,9%	2 6,6%	13 43,3%	1 3,3%
Probleme in der Herkunftsfamilie	---	---	12 40,0%	7 23,3%	3 10,0%	1 3,3%	7 23,3%	---
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	---	---	12 40,0%	5 16,7%	2 6,7%	---	11 36,7%	---
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	---	---	12 40,0%	8 26,7%	2 6,7%	---	8 26,7%	---

Probleme in der Herkunftsfamilie

Diese wurden von 77 % der Klientinnen angegeben. Auch hier gab es insgesamt wesentliche Veränderungen, allerdings weniger in den Bereichen Grenzüberschreitung und Kommunikation als bei den allgemeinen Problemen.

Veränderungen der Problembewertungen

Innerhalb der genannten Problembereiche fanden vom Anfang bis zum Abschluss der mittellangen Beratungen leichte Verschiebungen statt. Unter den wichtigsten Problembereichen wurden am Anfang wie bei Abschluss das Körpergefühl und die Körperwahrnehmung, das Gewicht und das Selbstwertgefühl genannt. Beim Abschluss traten hier noch die Essanfälle hinzu.

Insgesamt kann gesagt werden, dass als stabile Problembereiche, wenn auch mit Besserungen, erhalten bleiben: Das Gewicht, das Körpergefühl bzw. die Körperwahrnehmung sowie die Essanfälle und das Erbrechen, auf der seelischen Ebene insbesondere der Bereich des Selbstwertgefühls.

Zufriedenheit mit Gewicht und Essverhalten, diesbezügliche weitere Veränderungswünsche

Mit ihrem derzeitigen Gewicht zufrieden oder sehr zufrieden war die Hälfte der Antwortenden (15; 50 %). An ihrem Gewicht noch etwas verändern wollten aber immerhin noch zwei Drittel (20). Die meisten wollten abnehmen (16 von 30), nur wenige zunehmen (2 von 30). Der Wunsch abzunehmen bestand zum größten Teil

bei den Klientinnen im Übergewichtsbereich, z. T. aber auch im Unter- und Normalgewichtsbereich.

Tab. 14.4 Zufriedenheit mit dem Gewicht und Veränderungswünsche, nach BMI

Das soll sich am Gewicht noch ändern	BMI bei Therapieabschluss				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Zunehmen	1 50,0%	1 16,7%	---	---	2 7,4%
Abnehmen	---	2 33,3%	3 27,3%	7 87,5%	12 44,4%
Nichts ändern	---	2 33,3%	5 45,5%	1 12,5%	8 29,6%
Unklar	---	---	1 9,1%	---	1 3,7%
Keine Antwort	1 50,0%	1 16,7%	2 18,2%	---	4 14,8%
Gesamt	2 100,0%	6 100,0%	11 100,0%	8 100,0%	27 100,0%

Mit ihrem derzeitigen Essverhalten zufrieden waren 50 % (15) der Klientinnen. Allerdings wollten an ihrem Essverhalten sehr viele (83 %; 25) doch noch etwas verändern. Hier wurde hauptsächlich ein gesünderes, natürlicheres, ausgewogeneres, normaleres Essen genannt. Dies betraf alle Gewichtsbereiche. Seltener wurde als Wunsch mehr Kontrolle beim Essen, z. B. keine Essanfälle mehr zu haben, genannt.

Tab. 14.5 Veränderungswünsche bezüglich des Essverhaltens, nach BMI

Das sollte sich am Essverhalten noch ändern	BMI bei Therapieabschluss				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Weniger essen	---	---	---	2 25,0%	2 7,4%
Natürliches, gesünderes, besseres, normales Essen	1 50,0%	2 33,3%	8 72,7%	4 50,0%	15 55,6%
Mehr Kontrolle	---	3 50,0%	---	1 12,5%	4 14,8%
Unklar	---	---	1 9,1%	---	1 3,7%
Nichts verändern	---	---	---	1 12,5%	1 3,7%
Keine Antwort	1 50,0%	1 16,7%	2 18,2%	---	4 14,8%
Gesamt	2 100,0%	6 100,0%	11 100,0%	8 100,0%	27 100,0%

Zufriedenheit mit der Beratung

Von den 30 Antwortenden zeigte sich die große Mehrheit (über 90 %) zufrieden mit dem Verlauf der Beratung. Knapp 57 % hielten ihre Probleme für hinreichend besprochen. 37 % hatten den Eindruck, jetzt selbst besser zurecht kommen zu können. Als besonders hilfreich empfunden wurden Einzelgespräche (80 % der Fälle).

Die meisten Klientinnen erlebten die Atmosphäre als unterstützend und entspannt (57 %), fühlten sich angenommen und verstanden (70 %), hatten den Eindruck, ihre Gefühle und Gedanken frei ausdrücken (57 %) und alles ansprechen zu können, was sie beschäftigte (67 %) und fühlten sich in ihren Problemen unterstützt (77 %).

Über die Hälfte (60 %) gab an, den Mut bekommen zu haben, schwierige Aspekte zu verändern. Knapp zwei Drittel (63 %) erlebten die Beraterin als Partnerin in einer gemeinsamen Arbeit, über 90 % fühlten sich etwas bis weit gehend verstanden, die meisten Klientinnen konnten sich genügend öffnen. Nur wenige (10 %) hätten lieber eine Therapeutin vom anderen Geschlecht gehabt.

Die große Mehrheit (80 %) hielt die Interpretationen der Beraterin für nachvollziehbar und verwertbar, zumindest im großen Teil. Die meisten erlebten die Beraterin als unparteiisch und neutral, konnten Verständnis für ihre Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten.

Die große Mehrheit würde wieder zu dieser Mitarbeiterin kommen, die Mitarbeiterin weiter empfehlen und äußerte sich zufrieden mit der Einrichtung, würde diese auch weiter empfehlen. 90 % glauben an einen langfristigen Erfolg der Beratung.

Tab. 14.6 Zufriedenheit der Klientinnen mit den mittellangen Beratungen

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Teils/teils	Stimmt etwas	Stimmt genau	fehlende Angaben
Atmosphäre war unterstützend und entspannt	---	1 3,3%	2 6,7%	9 30,0%	17 56,7%	1 3,3%
Habe mich angenommen und verstanden ge- fühlt	1 3,3%	---	2 6,7%	5 16,7%	21 70,0%	1 3,3%
Hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen	1 3,3%	---	2 6,7%	9 30,0%	17 56,7%	1 3,3%
Konnte alles ansprechen, was mich beschäftig- te	---	1 3,3%	4 13,3%	4 13,3%	20 66,7%	1 3,3%
Fühlte mich mit meinen Problemen unterstützt	---	1 3,3%	2 6,7%	3 10,0%	23 76,7%	1 3,3%
Habe Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens zu verändern	---	1 3,3%	2 6,7%	8 26,7%	18 60,0%	1 3,3%
Therapeutin war Partnerin an gemeinsamer Arbeit	1 3,3%	1 3,3%	7 23,3%	6 20,0%	13 43,3%	2 6,7%
Hatte Gefühl, dass Therapeutin mich verstand	---	1 3,3%	1 3,4%	8 26,7%	19 63,3%	1 3,3%
Konnte mich genügend öffnen	---	1 3,3%	4 13,3%	11 36,7%	13 43,3%	1 3,3%
Hätte lieber mit Therapeutin/Therapeuten des anderen Geschlechts gearbeitet	24 80,0%	2 6,7%	2 6,7%	1 3,3%	---	1 3,3%
Konnte Interpretationen nachvollziehen und verwerten	---	1 3,3%	4 13,3%	7 23,3%	17 56,7%	1 3,3%
Erlebte Therapeutin als unparteiisch und neut- ral	---	1 3,3%	3 10,0%	4 13,3%	21 70,0%	1 3,3%
Konnte Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten	---	---	2 6,7%	11 36,7%	16 53,3%	1 3,3%

16 Klientinnen gaben Auskunft über besondere Beratungs- und Behandlungsformen. Hier wurden insbesondere Essprotokolle bzw. -tagebücher sowie Ernährungsberatung und Übungen zur essstörungsspezifischen Selbstwahrnehmung als hilfreich empfunden.

14.8 Ergebnisse der mittellangen Gruppenberatungen aus Klientinnensicht

Angaben zu den Gruppen und eventuellen anderen Behandlungen

Diese Behandlungen wurden mit dem Modul 9 G erfasst. Hier liegen Abschlussbewertungen von 43 Klientinnen vor.

Die Anzahl der Gruppentermine umfasste im Durchschnitt 12 Sitzungen (SD 3,7). Diese fanden einmal wöchentlich statt. Die Gruppen dauerten im Mittel zwischen 3 und 4 Monaten.

Die meisten Gruppenteilnehmerinnen nahmen an einer fortlaufend angeleiteten Gruppe teil (61 %), die anderen an phasenweise angeleiteten Gruppenterminen.

Über die Hälfte der Antwortenden nahm nur an der Gruppe teil (51 %), knapp die Hälfte hatte auch andere Behandlungen bzw. Beratungen (49 %). Hiervon hatten die meisten Einzelgespräche (37 % der Gesamtgruppe der antwortenden Klientinnen), manchmal auch in Kombination mit anderen Behandlungen, z. B. Familiengesprächen, Paargesprächen oder Ernährungsberatung (9 %).

Die anderen Therapieformen wurden zumeist als gute Ergänzung der Gruppengespräche angesehen.

Problembewertung zum Abschluss der Gruppen

Essstörungsspezifische Probleme

Verbesserungen bezüglich des Gewichtes gaben 28 % der Klientinnen an, keine Veränderungen 51 % und Verschlechterungen 14 %.

Zusätzlich verglichen wir den Bodymass-Index der Klientin zu Beginn und am Ende der Gruppenberatung. Hierzu bildeten wir 3 Gruppen. In der Gruppe mit einem Bodymass-Index bis zu 17,5 (Anorexie-Grenze, 6 Klientinnen) ergab sich eine durchschnittliche Steigerung des BMI um 0,34. Dies ist eine deutliche und bemerkenswerte Veränderung, insbesondere für eine Gruppenberatung von vergleichsweise kurzer Dauer.

17 Klientinnen hatten einen BMI zwischen 17,6 und 25. Hier ergab sich lediglich eine statistisch nicht relevante Steigerung des BMI.

Bei den Klientinnen mit einem BMI über 25 (n = 13) ergab sich eine durchschnittliche Zunahme des BMI um 0,3. Dies ist tendenziell eine Verschlechterung, wenn auch statistisch überhaupt nicht relevant.

Bezüglich des Körpergefühls bzw. der Körperwahrnehmung berichteten über zwei Drittel der Klientinnen von Verbesserungen, 30 % von keiner Veränderung und nur gut 2 % von Verschlechterungen. Essanfälle verbesserten sich bei knapp 47 % der Klientinnen, keine Veränderung gaben 30 % an, Verschlechterung gut 9 %.

Bezüglich des Erbrechens berichteten 30 % von Verbesserungen, 23 % von keinen Veränderungen. Auf 44 % der Klientinnen traf dieses Problem nicht zu.

Verbesserungen zeigten sich deutlich bezüglich des Diäthaltens bzw. der eingeschränkten Nahrungsaufnahme (42 %; keine Veränderung 33 %; Verschlechterung knapp 5 %) sowie bezüglich der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen (Verbesserung 49 %; keine Veränderung 47 %).

Die Ernährungsqualität verbesserte sich lediglich bei knapp der Hälfte der Klientinnen (47%), bei der Mehrheit (49 %) allerdings nicht.

Veränderungsresistent scheint der Laxanzien-, Diuretika- bzw. Appetitzügler-Abusus zu sein. Hier gaben 16 % der Klientinnen Verbesserungen, 21 % keine Veränderungen und 5 % Verschlechterungen an.

Keine Veränderungen oder Verschlechterungen gab es zudem bei sonstigem Substanzmissbrauch bzw. Suchtproblemen.

Tab. 14.7 Veränderungen der essstörungsspezifischen Symptome

Problembereich	wesentlich verschlechtert	etwas verschlechtert	keine Veränderung	etwas verbessert	wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	trifft nicht zu	fehlende Angaben
Gewicht	---	6 14,0%	22 51,2%	7 16,3%	5 11,6%	---	---	3 7,0%
Körpergefühl /-wahrnehmung	---	1 2,3%	13 30,2%	21 48,8%	7 16,3%	1 2,3%	---	---
Essanfälle	1 2,3%	3 7,0%	13 30,2%	14 32,6%	4 9,3%	2 4,7%	6 14,0%	---
Erbrechen	---	---	10 23,8%	9 21,4%	3 7,1%	1 2,3%	19 45,2%	---
Dauerndes Diätthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	---	2 4,7%	14 32,6%	9 20,9%	8 18,6%	1 2,3%	9 20,9%	---
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitziuglerabusus	---	2 4,7%	9 20,9%	5 11,6%	---	2 4,7%	25 58,1%	---
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	---	2 4,7%	7 16,3%	---	---	---	34 79,1%	---
Ernährungsqualität	---	---	21 48,8%	13 30,2%	6 14,0%	1 2,3%	2 4,7%	---
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	1 2,3%	---	20 46,5%	14 32,6%	6 14,0%	1 2,3%	1 2,3%	---

Weitere seelische Probleme

Hier zeigten sich vor allen Dingen Verbesserungen im Selbstwertgefühl (63 %; keine Veränderung 35 %), bezüglich der sozialen Isolation (35 %; keine Veränderung 21 %; Verschlechterung 7 %), in der Regulierung von Gefühlen (54 %; keine Veränderung 37 %; Verschlechterung 7 %). Verbesserungen gab es zudem auch im Problembereich Depressivität (47 %; keine Veränderung 21 %; Verschlechterung 9 %).

Wenig Veränderung gab es

- bei den Ängsten (keine 40 %; Verbesserungen 31 %; Verschlechterungen 12 %)
- bezüglich bestehender zwanghafter Züge (keine Veränderung 44 %; Verbesserungen 28 %; Verschlechterungen 7 %)
- sonstiger seelischer Beeinträchtigung (Verbesserung 32 %; keine Veränderung 44 %; Verschlechterung 2 %)
- sowie bezüglich eventueller Probleme im Arbeits- und Leistungsbereich (keine Veränderung 35 %; Verschlechterungen 11,6 %; Verbesserungen 30 %).

Partner- und Familienbeziehungen

Bei den Partnerbeziehungen ergaben sich bei denen, die hier Probleme hatten, mehrheitlich Verbesserungen (43 %; keine Veränderungen 35 %; Verschlechterungen 7 %). Ein Viertel der Antwortenden hatte in diesem Bereich keine Probleme.

Wenn das Problem der Grenzüberschreitung bestand, so ergaben sich hier durch die Gruppengespräche kaum Veränderungen. Etwas mehr Verbesserungen gab es bei Kommunikationsproblemen in der Partnerbeziehung (35 %; keine Veränderung 23 %; Verschlechterung 7 %).

Probleme mit den Herkunftsfamilien hatten 72 % der Klientinnen. Hier ergaben sich bei den meisten keine Veränderungen (44 %), Verbesserungen bei 19 % und Verschlechterungen bei 9 %. Wenn Grenzüberschreitungen in der Ursprungsfamilie auftraten, so veränderten diese sich durch die Gruppenberatung in der Regel nicht (47 %; Verbesserungen 8 %; Verschlechterungen 2 %). Ähnlich war es mit den Kommunikationsproblemen (keine Veränderung 44 %; Verbesserungen 14 %; Verschlechterung 7 %).

Veränderungen der Problembewertungen

Als wichtigste Problembereiche am Ende der mittellangen Gruppentherapien wurden das Körpergefühl bzw. die Körperwahrnehmung genannt. Zu Beginn war es das Gewicht, das jetzt an die zweite Stelle gerückt war. Essanfälle rangierten weiterhin an der zweiten Stelle. Gedankliche Beschäftigung mit dem Essen und das Selbstwertgefühl bildeten wie am Anfang den drittichtigsten Problembereich. Die wesentlichen Problembereiche blieben, wenn auch mit Besserungen, erhalten.

Zufriedenheit mit Gewicht und Essverhalten, diesbezügliche weitere Veränderungswünsche

Mit dem derzeitigen Gewicht waren über zwei Drittel der Klientinnen wenig bis gar nicht zufrieden (68 %), zufrieden bzw. sehr zufrieden knapp 33 %. Drei Viertel (74 %) wollten an ihrem Gewicht noch etwas verändern. Hierzu machten 26 Klientinnen nähere Angaben. Dabei wollten die meisten (22 Nennungen) abnehmen, dies insbesondere im Übergewichts- aber auch im Normalgewichtsbereich, seltener im Untergewichts- und nur einmal im Anorexiebereich. In den beiden zuletzt genannten Bereichen bestand eher der Wunsch zum Zunehmen.

Tab. 14.8 Zufriedenheit mit dem Gewicht und Veränderungswünsche, nach BMI

Das soll sich am Gewicht noch ändern	BMI bei Therapieabschluss				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Zunehmen	3 60,0%	1 11,1%	---	---	4 10,0%
Abnehmen	1 20,0%	3 33,3%	7 58,3%	11 78,6%	22 55,0%
Nichts ändern	---	4 44,4%	5 41,7%	---	9 22,5%
Unklar	---	1 11,1%	---	1 7,1%	2 5,0%
Keine Antwort	1 20,0%	---	---	2 14,3%	3 7,5%
Gesamt	5 100,0%	9 100,0%	12 100,0%	14 100,0%	40 100,0%

Mit dem derzeitigen Essverhalten wenig oder gar nicht zufrieden waren knapp 63 %, zufrieden 37 %. Die große Mehrheit der Antwortenden (95 %) wollten am Essverhalten noch etwas verändern. Die meisten Nennungen fielen hier auf regelmäßigeres, natürlicheres, gesünderes oder normaleres Essen (23). Dies betraf alle Gewichtsbereiche. Mehr Kontrolle, z. B. weniger Essanfälle und weniger Erbrechen, wollten 11 Klientinnen. Weniger essen wollte lediglich eine Klientin im Anorexiebereich.

Tab.14.9 Veränderungswünsche bezüglich des Essverhaltens, nach BMI

Das sollte sich am Essverhalten noch ändern	BMI bei Therapieabschluss				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Weniger essen	1 20,0%	---	---	---	1 2,5%
Natürliches, gesünderes, besseres, normales Essen	3 60,0%	5 55,6%	7 58,3%	8 57,1%	23 57,5%
Mehr Kontrolle	---	4 44,4%	4 33,3%	3 21,4%	11 27,5%
Unklar	---	---	---	1 7,1%	1 2,5%
Nichts verändern	---	---	1 8,3%	---	1 2,5%
Keine Antwort	1 20,0%	---	---	2 14,3%	3 7,5%
Gesamt	5 100,0%	9 100,0%	12 100,0%	14 100,0%	40 100,0%

Trotz deutlicher Verbesserungen gab es insbesondere im Übergewichtsbereich noch deutliche Veränderungswünsche bezüglich des Gewichtes und des Essverhaltens.

Zufriedenheit mit der Gruppe, der Leiterin und den angewandten Methoden

Die Mehrheit der Klientinnen (91 %) äußerte sich zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Verlauf der Gruppe. Bei den meisten Teilnehmerinnen hatten sich die Erwartungen an die Gruppe ganz (40 %) bzw. überwiegend (42 %) erfüllt, bei 19 % eher nicht.

Für 42 % der Teilnehmerinnen waren die Probleme hinreichend bearbeitet. 51 % gaben an, genug gelernt zu haben, um nun selbst besser zurechtzukommen. Mehr Unterstützung hätte sich nur eine Minderheit (7 %, 3 Antwortende) gewünscht.

Die Gruppenatmosphäre und der Gruppenprozess wurden überwiegend positiv gesehen. Die meisten Teilnehmerinnen erlebten die Atmosphäre als überwiegend unterstützend und entspannt, fühlten sich in der Gruppe vorwiegend wohl, sich selbst angenommen und verstanden. Die meisten Klientinnen fühlten sich tendenziell (47%) oder völlig (30 %) frei in der Äußerung von Gefühlen, Ansichten und Handlungen. Mehr als ein Drittel (37 %) empfand die eingesetzten Methoden als hilfreich bzw. konnte dieser Aussage tendenziell zustimmen (42 %).

Etwas gemischtere Ergebnisse zeigten die Items, in denen es darum ging, ansprechen zu können, was die jeweilige Person beschäftigte, dass in der Gruppe die für die jeweilige Person wichtigen Themen besprochen wurden, dass Verständnis für die eigenen Probleme erarbeitet werden konnte und die Betreffenden den Mut bekamen, schwierige Aspekte zu verändern. Hier überwogen aber insgesamt auch die positiven Urteile.

Die meisten Klientinnen fühlten sich von der Gruppenleiterin weit gehend (54 %) oder tendenziell (35 %) verstanden. Die Mehrheit erlebte diese als menschlich echt, die Anregungen waren für die meisten Klientinnen nachvollziehbar und die Leiterin wurde als tendenziell (33 %) oder völlig (47 %) unparteiisch und neutral erlebt.

Tab. 14.10 Zufriedenheit der Klientinnen mit den mittellangen Gruppenberatungen

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Teils/teils	Stimmt etwas	Stimmt genau	fehlende Angaben
Atmosphäre war unterstützend und entspannt	---	1 2,3%	2 2,4%	20 46,5%	20 46,5%	---
Habe mich in der Gruppe wohl gefühlt	---	---	3 7,0%	19 44,2%	21 48,8%	---
Habe mich angenommen und verstanden ge- fühlt	---	---	1 2,3%	21 48,8%	21 48,8%	---
Habe mich sicher und geschützt gefühlt	---	---	5 11,6%	17 39,5%	21 48,8%	---
Hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen	---	2 4,7%	8 18,6%	20 46,5%	13 30,3%	---
Die eingesetzten Methoden waren hilfreich	---	1 2,3%	8 18,6%	18 41,9%	16 37,2%	---
Konnte alles ansprechen, was mich beschäftig- te	3 7,0%	5 11,6%	7 16,3%	17 39,5%	11 25,6%	---
Die für mich wichtigen Themen wurden bes- prochen	---	6 14,0%	8 18,6%	17 39,5%	12 27,9%	---
Konnte mich genügend öffnen	---	4 9,3%	13 30,2%	11 25,6%	15 34,9%	---
Fühlte mich mit meinen Problemen unterstützt	---	2 4,7%	3 7,0%	21 48,8%	17 39,5%	---
Konnte Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten	---	3 7,0%	9 20,9%	20 46,5%	11 25,6%	---
Habe Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens zu verändern	---	---	14 32,6%	18 41,9%	11 25,6%	---
Zusammenarbeit war hilfreich	2 4,7%	1 2,3%	7 16,3%	13 30,2%	19 44,2%	1 2,3%
Gruppenleiterin war Partnerin an gemeinsamer Arbeit	1 2,3%	5 11,6%	4 9,3%	15 34,9%	18 41,9%	---
Hatte Gefühl, dass Gruppenleiterin mich ver- standen hat	1 2,3%	3 7,0%	1 2,3%	15 34,9%	23 53,5%	---
Ich empfand die Gruppenleiterin als mensch- lich echt	---	1 2,3%	4 9,3%	8 18,6%	29 67,4%	1 2,3%
Anregungen waren nachvollziehbar und ver- wertbar	---	---	5 11,6%	18 41,9%	20 46,5%	---
Erlebte Gruppenleiterin als unparteiisch und neutral	---	1 2,3%	8 18,6%	14 32,6%	20 46,5%	---

Die Gruppenleiterinnen wurden überwiegend positiv beurteilt. Fast drei Viertel der Klientinnen würden wieder zu der jeweiligen Beraterin in die Gruppe kommen, zwei Drittel würden sie ohne Einschränkung weiter empfehlen. Der Leitungsstil wurde als überwiegend demokratisch erlebt (74 %), nur von einer kleineren Gruppe (21 %) als passiv-gewährend und nur von einer Minderheit (2 %) als autoritär.

Die meisten Klientinnen (67 %) erlebten die Gruppenleiterinnen weit gehend als menschlich und echt. Die Anregungen wurden überwiegend oder weit gehend als nachvollziehbar und verwertbar erlebt. Zu diesem Punkt gab es keine ablehnenden Äußerungen.

Die meisten Klientinnen fühlten sich von der Gruppenleiterin weit gehend verstanden (54 %). Viele erlebten sie als Partnerin in einer gemeinsamen Arbeit (weit gehend 42 %, etwas 35 %) und die Zusammenarbeit als hilfreich (weit gehend 44 %, etwas 30 %).

Fast drei Viertel würden das Gruppenangebot ohne Einschränkung weiterempfehlen, die meisten anderen tendenziell.

Insgesamt gut an der Gruppe fanden sehr viele Teilnehmerinnen den Austausch mit anderen Betroffenen (24 Nennungen) sowie Übungen, die von der Gruppenleiterin angeregt wurden. Als schwierig wurde empfunden die knappe Zeit, Probleme mit anderen Teilnehmerinnen bzw. der schwankenden Teilnehmerzahl sowie das Zuhören bzw. Eingehen auf andere (5). Bei Wünschen nach Veränderungen wurden mehr Termine (7 Nennungen), mehr Themenzentrierung, Anleitung und Übungen (7) sowie mehr Zeit (5) genannt.

Die Einrichtung

Fast drei Viertel der Klientinnen (74 %) waren mit der Einrichtung ganz zufrieden, die restlichen 26 % überwiegend. Als positiv wurden insbesondere genannt Respekt vor der Klientin, Verständnis und Taktgefühl (12 Nennungen), die Atmosphäre allgemein (Umgang der Mitarbeiterinnen mit den Klientinnen) sowie die äußere Gestaltung der Beratungseinrichtung (Räumlichkeiten, 11 Nennungen).

Die Mehrheit der Klientinnen (81 %) würde die Einrichtung ohne Einschränkung weiterempfehlen, 16 % mit Einschränkungen.

Weitere spezielle Beurteilungen der Ergebnisse der Gruppen

Bei der Nennung der wichtigsten Ergebnisse der Gruppe stand, alle 3 Nennungsmöglichkeiten zusammengenommen, die Selbstreflexion an erster Stelle. Dies wurde als das wichtigste Ergebnis genannt. Danach folgten:

- Andere Betroffene und ihre Probleme kennen lernen (18)
- Verbesserung der Selbstakzeptanz bzw. des Selbstwertgefühls (13)
- Verbesserung des Körpergefühls (10)
- Veränderung des Essverhaltens (10)
- Verbesserte Selbstfürsorge (8)
- Einsicht in die Erkrankung und die Notwendigkeit von Hilfe (5).

30 % der Teilnehmerinnen waren der Ansicht, dass ausschließlich die Gruppe wichtig für die gewonnen Erkenntnisse sei, 65 % meinten, dass hier auch andere Einflussfaktoren eine Rolle spielen. Am häufigsten wurden genannt Einzeltherapien bzw. andere Therapien (7), Literatur (5) oder die stärkere Öffnung gegenüber anderen (ebenfalls 5).

Ereignisse, die einen Erfolg der Gruppe erschwerten, nannten 28 %. Hier wurden am häufigsten Veränderungen in der Gruppenzusammensetzung genannt (5).

Alle Antwortenden waren der Ansicht, dass ihnen die Gruppe weitergeholfen habe, 47 % meinten, dies sogar langfristig, weitere 47 % mittelfristig und 7 % kurzfristig.

In der abschließenden Bewertung der Gruppen wurde vor allen Dingen der Austausch (16), das gewachsene Verständnis für die eigene Person (12) sowie mehr Selbstbewusstsein (6) genannt.

Wenn eine kritische Einschätzung der Gruppe vorlag, wurde hier vor allem bemängelt, dass sich das Essverhalten oder das Gewicht nicht veränderten.

Längerfristig weiterarbeiten wollten die Teilnehmerinnen vor allen Dingen an folgenden Problemen:

- Eigene Grenzen und Interessen vertreten (10 Nennungen)
- Verbesserungen des Selbstwertgefühls (9)
- Verbesserung der Körperwahrnehmung (6)
- weiter an Therapie teilnehmen (5).

14.9 Zusammenfassung und Fazit

Mittellange Beratungen wurden hauptsächlich von Klientinnen im dritten und vierten Lebensjahrzehnt aufgesucht. Die meisten Klientinnen hatten einen höheren Bildungsabschluss, waren Vollzeit erwerbstätig und ledig, wobei die Hälfte in einer festen Partnerschaft lebte. Die meisten Klientinnen waren bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen. Insgesamt war die Gruppe der hier untersuchten Klientinnen deutlich jünger als die weibliche Durchschnittsbevölkerung und hat zudem einen höheren Bildungsstatus. Hier spielen neben der alters- und schichttypischen Verteilung von Essstörungen sicherlich Selektionseffekte eine Rolle; Frauen mit Bulimie oder Binge Eating-Problemen werden vermutlich auch unter solchen mit Hauptschulabschluss häufiger zu finden sein als in der untersuchten Gruppe. Von daher muss überlegt werden, wie über die Problematik der Essstörungen sowie über Beratungsangebote gerade bei Hauptschülerinnen besser aufgeklärt und die Schwelle in Beratung und Therapie gesenkt werden kann.

Zwei Drittel der Klientinnen hatten Essanfälle, über 40 % erbrachen, über ein Drittel betrieb Sport zum Abnehmen. Die Hälfte hatte bereits eine Vorbehandlung. Die meisten fühlten sich durch gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, in ihrem Körpergefühl und ihrer Körperwahrnehmung, durch Essanfälle und Diät halten sowie ihr Gewicht beeinträchtigt. Die meisten Klientinnen (85 %) hatten deutliche Selbstwertprobleme und Schwierigkeiten in der Regulierung von Gefühlen. Selbstwertprobleme stellen insgesamt das Hauptproblem dieser Stichprobe und von essgestörten Patientinnen insgesamt dar. Mehr als die Hälfte hatte zudem deutliche Probleme in der Ursprungsfamilie und eine große Zahl auch in den Partnerbeziehungen.

Die Klientinnen wurden in der Regel selbst auf ihre Essstörung aufmerksam. Sehr viel seltener geschah dies durch Familienangehörige oder eine Ärztin bzw. einen Arzt. Die größte Gruppe der Klientinnen wurde selbst auf die Beratungsinstitution aufmerksam. Eine wichtige Rolle spielte hier zudem die Hausärztin bzw. der

Hausarzt. Der Kontakt wurde in 80 % der Fälle durch die Klientin selbst hergestellt. Zwei Drittel der Klientinnen wollten zunächst unverbindliche Informationen bzw. ein Beratungsgespräch. Das Erstgespräch fand in 75 % der Fälle mit der Klientin allein statt, sonst mit einer Freundin, mit Familienangehörigen oder dem Partner.

Die meisten Klientinnen litten an einer Bulimie oder Anorexie. Die Hälfte war gleichzeitig in ärztlicher Behandlung.

Bewertung der mittellangen Einzelberatungen

Verbesserungen werden hauptsächlich bezüglich der Essanfälle, der Ernährungsqualität, der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen, dem Erbrechen und dem dauernden Diäthalten genannt. Auch das Selbstwertgefühl – das Hauptproblem essgestörter Frauen und Mädchen – die Depressivität und die Regulierung von Gefühlen veränderten sich durch die mittellangen Beratungen deutlich. Erwartungsgemäß änderte sich das Gewicht durch die mittellangen Beratungen nicht. Verbesserungen in diesem Bereich sind nicht in 5 bis 10 Gesprächen zu erreichen.

Die wesentlichen Problembereiche bleiben über die mittellangen Beratungen erhalten, wenn auch deutlich abgemildert.

Die Zufriedenheit mit der Beratung war in der Regel hoch. Die Atmosphäre wurde als unterstützend und ermutigend erlebt.

Die meisten Klientinnen wollten allerdings ihr Gewicht und ihr Essverhalten noch verändern, meistens abnehmen, vor allem im Übergewichtsbereich, und ausgewogener, natürlicher und normaler essen. Als hilfreich wurden Essprotokolle bzw. -tagebücher, Ernährungsberatung und Übungen zur essstörungsspezifischen Selbstwahrnehmung empfunden.

Bewertung der mittellangen Gruppenberatungen

Abschlussbewertungen über mittellange Gruppenberatungen lagen von 43 Klientinnen vor. Im Durchschnitt fanden 12 Gruppentermine statt. Knapp zwei Drittel der Gruppen waren angeleitet. Knapp die Hälfte der Teilnehmerinnen nahm darüber hinaus an anderen Beratungen bzw. Behandlungen teil, überwiegend Einzelgesprächen.

Insgesamt äußerten sich die Teilnehmerinnen zufrieden mit dem Verlauf der Gruppe. Für einen großen Teil wurden die Probleme hinreichend bearbeitet. Eine weitere große Gruppe erhielt ausreichend Anstöße zur weiteren Bearbeitung ihrer Problematik. Die Gruppenatmosphäre wurde insgesamt als angenehm und unterstützend erlebt. Die Gruppenleiterinnen wurden überwiegend als positiv beurteilt. Die Klientinnen fühlten sich von diesen weit gehend verstanden. Ebenso waren die Teilnehmerinnen mit dem Umgang in der Einrichtung zufrieden.

Allerdings waren die Beurteilungen bezogen auf die eigene Offenheit und das Erarbeiten eines Verständnisses für die eigenen Probleme nicht ganz so günstig wie bei den mittellangen Einzelberatungen. Dies ist vermutlich auf die Gruppensituation

zurückzuführen. In einer Gruppe konkurrieren in gewisser Hinsicht immer mehrere Teilnehmerinnen um das Einbringen ihrer Themen und um die Aufmerksamkeit der Beraterinnen. Neben der Gruppe spielten auch Einzelbehandlungen eine Rolle für den Erfolg. Nach der Gruppenbehandlung wollten die meisten an ihrem Gewicht noch etwas verändern, in der Regel abnehmen. Zudem waren die meisten mit ihrem Essverhalten unzufrieden, wollten in der Regel regelmäßiger oder normaler essen.

Das Gewicht veränderte sich bei den Klientinnen, deren Gewicht unter der Anorexiengrenze lag, deutlich, in den anderen Bereichen nicht. Verbesserungen gab es insbesondere bezüglich des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung, bezüglich der Essanfälle, des Diäthaltens und der eingeschränkten Nahrungsaufnahme sowie der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen.

Wenige Veränderungen gab es beim Missbrauch von Laxanzien, Diuretika und Appetitzüglern, keine Veränderungen beim sonstigen Substanzmissbrauch. Bei den weiteren seelischen Problemen gab es vor allen Dingen Verbesserungen im Selbstwertgefühl, bezüglich der Regulierung von Gefühlen und der Depressivität. Verbesserungen im Selbstwertgefühl sind hier besonders wesentlich, da dieses bei essgestörten Frauen und Mädchen in der Regel gestört ist und diese Störung einer der wesentlichen Gründe für die Essstörung ist. Bei den Partnerbeziehungen gab es tendenziell Verbesserungen, weniger in Bezug auf die Beziehungen in den Ursprungsfamilien. Zum Abschluss der mittellangen Gruppenberatungen wollten insbesondere die Klientinnen im Übergewichtsbereich noch weiter abnehmen. Klientinnen in allen Gewichtsklassen strebten nach Verbesserungen des Essverhaltens in Richtung eines ausgewogeneren, natürlicheren, normaleren Essens an.

Gesamtbewertung

Da es sich bei den mittellangen Beratungen und Therapien um ein sehr offenes, den Bedürfnissen und der manchmal sehr schwankenden Motivationslage der Klientinnen sehr angepasstes Vorgehen handelt, bei dem in den ersten Stunden und auch für längere Zeit nicht klar ist, ob es bei diesen Stunden bleibt oder ob der Prozess in eine längere Beratung bzw. Therapie oder in eine stationäre Behandlung mündet, differiert die Datenlage bezüglich der Ausgangs- und der Enddaten sehr stark.

Insgesamt erbringen bereits mittellange Beratungen über 5 bis 10 Sitzungen in einigen wesentlichen Problembereichen für die Betroffenen deutliche Verbesserungen bzw. Stabilisierungen, insbesondere bezüglich des Selbstwertgefühls. Essstörungsspezifische Vorgehensweisen, z. B. die Arbeit mit Essprotokollen, werden als sehr hilfreich erlebt. Auch Gruppentherapien in diesem Bereich können wesentliche Verbesserungen erbringen, sogar im Gewichtsbereich bei Anorexien. Ansonsten sind die Veränderungen im Gewichtsbereich als eher geringfügig einzuschätzen.

Empfehlung:

Die vorliegenden Ergebnisse sprechen insgesamt für Beratung als eigenständigen, in sich abgestuften, offenen, niedrig schwelligen und flexibel an die Bedürfnisse und Motivationslagen essgestörter Mädchen und Frauen angepassten Bereich. Von daher sind diese Beratungsangebote entsprechend auszubauen, zu fördern, und, wenn sie im Rahmen anderer Einrichtungen angeboten werden, gesondert zu kennzeichnen. Dabei müssen störungszentrierte Vorgehensweisen zur Anwendung kommen. Mittelfristig angelegte Beratungsprozesse wirken sich insbesondere positiv auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen aus. Dies kann ein wesentlicher Einstieg in weitere Behandlungen sein. Insbesondere strukturierte Gruppenangebote sollten ausgebaut werden. Sie sollten mit Einzelberatungen kombiniert werden.

Aufklärung über Essstörungen, deren Formen, Ursachen, Folgen und Behandlung muss verstärkt bei Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss erfolgen. Für diese Gruppe muss die Schwelle in Beratung und Therapie deutlich gesenkt werden.

15. Die langen Beratungen und Therapien

15.1 Ausgangsdaten der Klientinnen

15.1.1 Zur Datenlage

Insgesamt liegen hier 532 Fragebogensätze zu den Ausgangsdaten von Klientinnen (Modul 5 L) vor. Die meisten Klientinnen (ca. 60 % von allen) wurden einzeln beraten oder behandelt, ca. 19 % waren Gruppenklientinnen und 12 % sowohl Einzel- als auch Gruppenklientinnen.

Bei der Erfassung der langen Beratungen und Therapien wurde für einige Einrichtungen ebenfalls ein Schlüssel festgelegt, um Überrepräsentation zu vermeiden (vgl. Anhang E).

15.1.2 Soziodemographische Daten

Das Alter betrug im Durchschnitt 27,7 Jahre (SD 9,25; Minimum 10; Maximum 61).

Am stärksten vertreten war die Gruppe zwischen 19 und 30 Jahren (54 %). Die Gruppe von 15 bis 18 Jahren war mit 12,4 %, die Gruppe über 30 Jahren immerhin mit über 30 % vertreten. Unter 15 Jahren wurde nur knapp 1 % beraten oder behandelt.

Die größte Gruppe der Klientinnen waren Schülerinnen und Studentinnen (36 %). Die nächst größere Gruppe mit 25 % waren einfache oder mittlere Angestellte oder Beamtinnen. Höhere Angestellte und Beamtinnen waren ca. 7 %, Auszubildende und Umschülerinnen ca. 6 %. Hausfrauen waren ebenfalls mit ca. 6 % vertreten, Arbeitslose mit 5 % und Arbeiterinnen bzw. Facharbeiterinnen mit nur 4 %.

Knapp über die Hälfte der Klientinnen hatte Abitur bzw. Fachhochschulreife, ein Viertel den Realschulabschluss und 6 % einen Hauptschulabschluss. Fast 15 % waren noch Schülerinnen.

29 % haben einen Lehrabschluss, 28 % waren in irgendeiner Form noch in Ausbildung, 19 % hatten einen Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss.

Auch hier war (wie bereits bei den mittellangen Beratungen festgestellt) die untersuchte Gruppe deutlich jünger und hatte einen höheren Bildungsstand als die durchschnittliche weibliche Bevölkerung der Bundesrepublik. Der Anteil der Hauptschülerinnen beträgt dort insgesamt 43% und in der Gruppe der 15- bis 30-Jährigen 18 %, ist also drei mal höher als in der vorliegenden Untersuchung (Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 2003, vgl. auch Fußnote 22). Neben der alters- und schichttypischen Verteilung von Anorexie und Bulimie spielen hier mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Selektionsfaktoren eine Rolle. In gesellschaftlichen

Schichten mit niedrigerem Bildungsstand ist vermutlich das Problembewusstsein für Essstörungen nicht so ausgeprägt wie in denen mit höherem Bildungsstand. Zudem ist die Schwelle, Beratung und Therapie aufzusuchen, höher.

Betrachtet man die Verteilung der Diagnosen der Klientinnen über die unterschiedlichen Bildungsabschlüsse, so verändert sich das Bild kaum. Über 50 % der Bulimikerinnen, der Essgestörten mit Essanfällen und knapp 50 % der Anorektikerinnen haben Abitur oder Fachhochschulreife. Bei den Anorektikerinnen sind zudem, altersentsprechend, über ein Viertel der Klientinnen noch Schülerinnen. Lediglich bei den nicht näher bezeichneten Essstörungen nähert sich der Anteil der Hauptschülerinnen dem Anteil der 15–30-Jährigen in der Bevölkerung an.

Tab. 15.1 Höchster Schulabschluss der Klientin und Diagnose

1. Diagnose ICD-10	Höchster Schulabschluss der Patientin						Gesamt
	noch Schülerin	Sonder-schulabschl.	Haupt-schulabschl.	Real-schulabschl.	Abitur/Fach-hochschul-reife	Sonstiger Ab-schluss	
Anorexie	27 25,5%	---	6 5,7%	22 20,8%	50 47,2%	1 0,9%	106 100,0%
Bulimie	33 12,5%	1 0,4%	12 4,6%	64 24,3%	153 58,2%	---	263 100,0%
F50.4/ Binge eating	12 11,0%	---	6 5,5%	36 33,0%	55 50,5%	---	109 100,0%
F50.9 (nicht näher bez. Ess-störung)	5 16,7%	---	5 16,7%	11 36,7%	9 30,0%	---	30 100,0%
Gesamt	77 15,2%	1 0,2%	29 5,7%	133 26,2%	267 52,6%	1 0,2%	508 100,0%

Über ein Drittel der Antwortenden waren in Vollzeit (34 %), 25 % in Teilzeit erwerbstätig, ca. 31 % nicht erwerbstätig. Von daher war bei über 43 % die Haupteinkommensquelle entweder Arbeit oder Rente. 21 % wurden hauptsächlich von den Eltern unterstützt, 7 % vom Ehegatten bzw. vom Partner. Bafög bekamen nur 2,6 %. Fast 17 % hatten eine gemischte Finanzierung bzw. bezogen Unterstützung aus anderen Quellen.

91 % der Antwortenden waren deutscher Nationalität. Nur 6 % kamen aus anderen Ländern.

In der ehemaligen DDR geboren waren nur 6 % der Klientinnen, dort aufgewachsen nur 5 %.²⁷

Die meisten Klientinnen (77 %) wuchsen bei den leiblichen Eltern auf, 12 % bei einem allein erziehenden Elternteil, 4 % in einer Stief- bzw. Adoptiv- oder Pflegefamilie.

²⁷ Vergleiche hierzu Fußnote 24.

Die Religionszugehörigkeit war in 40 % evangelisch und 30 % katholisch. Konfessionslos waren 23 %. Von den anderen Konfessionen (3 %) waren die Muslime (0,6 %) und die orthodoxe bzw. russisch-orthodoxe Glaubensgemeinschaft (ebenfalls 0,6 %) am stärksten vertreten. Von 4% fehlten die Angaben.

Die meisten Klientinnen (ca. 75 %) waren ledig, 15 % verheiratet, 4 % geschieden und knapp 2 % getrennt lebend.

Fast die Hälfte (49 %) der Klientinnen hatte eine feste Partnerschaft, 45 % keine. Nur 1 % gab eine lesbische Orientierung an.

Die meisten Klientinnen (32 %) lebten allein, gefolgt von der Gruppe der noch im Elternhaus Lebenden (über 23 %). 18 % lebten mit einer Partnerin oder einem Partner, 9 % mit einer eigenen Familie zusammen, mit den eigenen Kindern 5 % und in einer Wohngemeinschaft 8 %.

88 Klientinnen hatten bereits Kinder. Die meisten (48 %) 1 Kind, 40 % 2 und 13 % 3 Kinder. In einem Haushalt zusammen mit Kindern lebten 90 Klientinnen. Hiervon wiederum die meisten mit einem (46 %) oder 2 (38 %).

27 Klientinnen stammten aus Immigrantenfamilien. Hiervon kamen die meisten aus Polen (7).

15 % gaben an, für längere Zeit im Ausland gewesen zu sein. Hiervon wiederum waren die meisten (32) Austauschschülerinnen oder Au-pair-Mädchen (18). Die größte Gruppe war zwölf Monate im Ausland (ca. 32 % zwischen sechs und zwölf Monaten, 12 % vier und über 10 % einen Monat). Die meisten Auslandsaufenthalte fanden in den USA statt (31).²⁸

15.1.3 Soziodemographische Daten zu den Eltern der Klientinnen

Zu den Müttern der Klientinnen lagen in insgesamt 471 Fällen Angaben vor.

Die Mütter waren im Durchschnitt 55 Jahre alt (SD 9,4; Minimum 35; Maximum 91; Bezugsjahr: 2003).²⁹ Die meisten Mütter (24 %) waren einfache oder mittlere Angestellte oder Beamtinnen, 20 % waren Hausfrauen, 18 % Rentnerinnen, Arbeiterinnen 7,5 %, Selbständige 8 %, höhere Angestellte und Beamtinnen 5 %. Von den erwerbstätigen Müttern waren über die Hälfte in Vollzeit beschäftigt.

Zu den Vätern lagen in 432 Fällen Angaben vor.

Die Väter der Klientinnen waren im Durchschnitt 58 Jahre alt (SD 9,3; Minimum 26; Maximum 90; Bezugsjahr: 2003. Hier waren mit 24 % die Rentner die größte Gruppe, gefolgt von den Selbständigen (16 %), den höheren Angestellten und Beamten (14 %), den Arbeitern bzw. den Facharbeitern (12 %) sowie den einfachen oder mittleren Angestellten und Beamten (9 %). Die erwerbstätigen Väter waren in den allermeisten Fällen in Vollzeit erwerbstätig.

²⁸ Vergleiche hierzu Fußnote 24.

²⁹ Dabei wurden die zum Zeitpunkt der Erhebung bereits verstorbenen Mütter nicht berücksichtigt. Dasselbe gilt für die Angaben zu den Vätern.

Der Anteil der Rentnerinnen und Rentner entspricht dem für die Altersgruppe der Mütter und Väter zu erwartenden. Der Anteil der Selbständigen ist, bezogen auf die erwerbstätigen Mütter und Väter der Stichprobe, gegenüber den Erwerbstätigen der Gesamtbevölkerung (ca. 10 %) bei den Müttern etwas (mit 17 %) und bei den Vätern (mit 31 %) deutlich erhöht. Der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter ist bei Müttern und Vätern, der Anteil der Beamtinnen, Beamte und Angestellten ist bei den Vätern deutlich niedriger als im Durchschnitt der Bevölkerung (vgl. Statistisches Jahrbuch 2003).

Die Nationalität der Eltern war ganz überwiegend deutsch (Mütter über 90 %, Väter 86 %). Die Mütter waren hauptsächlich (45 %) evangelisch, zu 33 % katholisch und 12 % konfessionslos. Unter den weiteren Konfessionen (3 %) war die moslemische am stärksten vertreten (0,6 %). In 8 % der Fälle fehlten die Angaben.

Die Väter waren zu 37 % evangelisch, zu 32 % katholisch und zu 18 % konfessionslos. 4 % gehörten anderen Konfessionen an. Hier waren 1 % moslemisch und 0,8 % orthodox. Von 9 % fehlten die Angaben.

Die Mütter waren zu 60 % verheiratet, zu 12 % geschieden, in über 8 % der Fälle wieder verheiratet, in knapp 5 % der Fälle verwitwet. Nur 2,4 % waren ledig.

Die Väter waren ebenfalls zu knapp zwei Drittel (62 %) verheiratet, zu 9 % geschieden und zu 8 % wieder verheiratet. 5 % lebten getrennt. Nur 2 % waren ledig und nur 1 % verwitwet. Der Anteil der Geschiedenen liegt damit bei Müttern und Vätern ungefähr im Bundesdurchschnitt der 55- bis 60-Jährigen, ist also nicht besonders erhöht (vgl. Statistisches Jahrbuch 2003).

Allerdings fehlten hier bei immerhin 70 Klientinnen (13,2 %) die Angaben.

15.1.4 Problembewertungen zu Beginn der langen Beratungen und Therapien

Essstörungsspezifische Probleme

BMI und Gewicht

Von 476 Klientinnen bzw. Patientinnen lagen Angaben zum BMI vor. Der Mittelwert betrug hier 24,8 (SD = 8,9; Minimum 12,7; Maximum 60).

In den untersuchten Einrichtungen wurde also eine breite Spannbreite von extrem untergewichtigen bis zu extrem übergewichtigen Klientinnen längerfristig beraten bzw. behandelt.

Die größte Gruppe (26 %) war die der Normalgewichtigen (BMI 20 bis 25), gefolgt von der im Untergewichtsbereich (BMI 17,6 bis 20; 22 %). Einen BMI unter der Anorexiegrenze ($\leq 17,5$) hatten 13 %.

Eine relativ große Gruppe der Klientinnen (15 %) lag im Adipositasbereich (BMI zwischen 30 und 40), 7 % im extremen Adipositasbereich (BMI über 40).

Knapp zwei Drittel der Befragten gaben deutlich ausgeprägte Probleme mit dem Gewicht (mittelstark bis stark) an. Kaum Gewichtsprobleme hatten nur 8 %.

Andere essstörungsspezifische Probleme

Hier wurden die Angaben von 532 Klientinnen ausgewertet. Das am deutlichsten hervortretende Problem war die Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit dem Essen. Hier fühlte sich nur eine verschwindende Minderheit der Klientinnen gar nicht beeinträchtigt. Erhebliche Probleme hatten knapp zwei Drittel mit Essanfällen, mit dem Erbrechen hingegen nur ein knappes Drittel. Hier hatte die Hälfte der Klientinnen gar keine Probleme.

Den dritt wichtigsten Problembereich stellten Körpergefühl und Körperwahrnehmung dar, gefolgt von der Qualität der Ernährung, wo über die Hälfte der Klientinnen deutliche Schwierigkeiten sah. Dauerndes Diäthalten und Einschränkung der Nahrungsaufnahme belasteten knapp die Hälfte der Klientinnen.

Weitaus weniger ausgeprägt waren Laxanzien-, Diuretika- und Appetitzügler-Abusus sowie sonstiger Substanzmissbrauch. In beiden Bereichen hatten die meisten Klientinnen gar keine Probleme.

Tab. 15.2 Klientinnenbewertung der essstörungsspezifischen Probleme am Beginn

Problembereich	nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Gewicht	12 2,3%	29 5,5%	24 4,5%	97 18,2%	64 12%	165 31,0%	141 26,5%
Körpergefühl /-wahrnehmung	15 2,8%	73 13,7%	49 9,2%	107 20,1%	97 18,2%	129 24,2%	62 11,7%
Essanfälle	70 13,2%	57 10,7%	37 7,0%	105 19,7%	78 14,7%	148 27,8%	37 7,0%
Erbrechen	256 48,1%	43 8,1%	26 4,9%	46 8,6%	34 6,4%	90 16,9%	37 7,0%
Dauerndes Diäthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	109 20,5%	67 12,6%	50 9,4%	105 19,7%	70 13,2%	88 16,5%	43 8,1%
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	379 71,2%	41 7,7%	13 2,4%	27 5,1%	20 3,8%	12 2,3%	40 7,5%
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	361 67,9%	55 10,3%	14 2,6%	32 6,0%	18 3,4%	11 2,1%	41 7,7%
Ernährungsqualität	44 8,3%	85 16,0%	60 11,3%	133 25,0%	93 17,5%	60 11,3%	57 10,7%
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	11 2,1%	37 7,0%	31 5,8%	79 14,8%	112 21,1%	224 42,1%	38 7,1%

Weitere seelische Problembereiche

Den wichtigsten Bereich stellten hier Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl dar, die bei 80 % der Klientinnen deutlich ausgeprägt waren. Nur eine verschwindende Minderheit gab hier gar keine Probleme an.

Am zweithäufigsten wurden die Regulierung von Gefühlen (zwei Drittel), dann Depressivität (knapp zwei Drittel), Ängste, sonstige seelische Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten im Leistungs- und Arbeitsbereich benannt. Hier hatten immer noch die Hälfte bzw. über die Hälfte der Klientinnen deutliche Probleme. Eine etwas geringere Rolle spielen die soziale Isolation und zwanghafte Züge (bei einem Drittel deutlich ausgeprägt).

Tab. 15.3 Klientinnenbewertung der weiteren seelischen Beschwerden am Beginn

Problembereich	nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	8 1,5%	27 5,1%	29 5,5%	78 14,7%	118 22,2%	231 43,4%	41 7,7%
soziale Isolation	99 18,6%	102 19,2%	51 9,6%	108 20,3%	78 14,7%	54 10,2%	40 7,5%
Depressivität	57 10,7%	62 11,7%	54 10,2%	108 20,3%	112 21,1%	100 18,8%	39 7,3%
Ängste	35 6,6%	90 16,9%	56 10,5%	117 22,0%	120 22,6%	75 14,1%	39 7,3%
zwanghafte Züge	101 19,0%	88 16,5%	52 9,8%	102 19,2%	87 16,4%	54 10,2%	48 9,0%
Regulierung von Gefühlen	18 3,4%	53 10,0%	56 10,5%	121 22,7%	139 26,1%	92 17,3%	53 10,0%
sonstige seelische Beeinträchtigung	68 12,8%	68 12,8%	52 9,8%	101 19,0%	115 21,6%	65 12,2%	63 11,8%
Leistungs- und Arbeitsbereich	67 12,6%	91 17,1%	66 12,4%	112 21,1%	74 13,9%	77 14,5%	45 8,5%

Partnerbeziehungen und Herkunftsfamilien

Knapp die Hälfte der Klientinnen gab deutliche Probleme in Partnerschaften an. In der näheren Spezifizierung werden vor allem Kommunikationsprobleme genannt, in geringerem Ausmaße Grenzüberschreitungen³⁰.

Über die Hälfte gaben ausgeprägte Probleme in den Ursprungsfamilien an. Hier waren Kommunikationsprobleme häufig vertreten, Probleme mit den interpersonellen Grenzen immerhin noch bei 42 % der Klientinnen deutlich.

Das Vorhandensein anderer Probleme wurde kaum benannt und kann vernachlässigt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Mehrzahl der Klientinnen durch essstörungsspezifische Symptome, seelische Probleme und Konflikte in den Ursprungsfamilien und der Partnerschaft erheblich belastet fühlt.

30 Siehe hierzu Fußnote 25.

Tab. 15.4 Klientinnenbewertung der Partnerbeziehungen und der Herkunftsfamilie am Beginn

Problembereich	nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Beziehung zu Partner/-in	108 20,3%	62 11,7%	47 8,8%	81 15,2%	67 12,6%	89 16,7%	78 14,7%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	193 36,3%	61 11,5%	26 4,9%	50 9,4%	34 6,4%	56 10,5%	112 21,1%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	138 25,9%	73 13,7%	45 8,5%	52 9,8%	46 8,6%	87 16,4%	91 17,1%
Probleme in der Herkunftsfamilie	85 16,0%	71 13,3%	54 10,2%	89 16,7%	78 14,7%	112 21,1%	43 8,1%
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	136 25,6%	69 13,0%	39 7,3%	70 13,2%	57 10,7%	94 17,7%	67 12,6%
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	73 13,7%	55 10,3%	53 10,0%	75 14,1%	83 15,6%	141 26,5%	52 9,8%

Die wichtigsten Problembereiche

Bei der Nennung der wichtigsten Problembereiche durch die Klientinnen wurden das Gewicht, Essanfälle sowie das Selbstwertgefühl am häufigsten genannt. Neben zwei zentralen Aspekten der Essstörung selbst spielen also Probleme mit dem Selbstwertgefühl eine zentrale Rolle. Darüber hinaus spielen das Körpergefühl bzw. die Körperwahrnehmung, die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, das Erbrechen, das Diäthalten, die Depressivität sowie Probleme in der Herkunftsfamilie eine wichtige Rolle.

Tab. 15.5 Wichtigster Problembereich

Problembereich	Häufigkeit	Prozente
Gewicht	61	15,3
Selbstwertgefühl	60	15,0
Essanfälle	60	15,0
Körpergefühl/-wahrnehmung	51	12,8
gedankliche Beschäftigung mit Essen	38	9,5
Erbrechen	22	5,5
Depressivität	18	4,5
Dauerndes Diäthalten/ingeschränkte Nahrungsaufnahme	16	4,0
Probleme in der Herkunftsfamilie	12	3,0
Partnerbeziehung	8	2,0
Leistungs- u. Arbeitsbereich	6	1,5
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	6	1,5
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	6	1,5
Soziale Isolation	6	1,5
Ernährungsqualität	5	1,3
Regulierung von Gefühlen	5	1,3
Anderes Problem	5	1,3
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	3	0,8
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzügler-Abusus	3	0,8
Ängste	2	0,5
Zwanghafte Züge	2	0,5
Sonstiger Substanzmissbrauch (Alkohol/ Drogen)	2	0,5
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	2	0,5
Gesamt	399	100,0
Keine Angaben	133	
Summe	532	

15.1.5 Vorhergehende Behandlungen

Knapp über die Hälfte der Klientinnen hatte vor der jetzigen Behandlung bereits eine ambulante oder stationäre Therapie wegen der Essstörung. Knapp ein Viertel der Klientinnen hatte sogar beides. 11 % der Klientinnen gaben an, eine ambulante Psychotherapie abgebrochen zu haben. Dies ist ein erheblicher Prozentsatz an Klientinnen mit einer vorhergehenden nicht erfolgreichen oder sogar abgebrochenen Behandlung. Dieser hohe Prozentsatz macht deutlich, wie dringend Verbesserungen der Beratung und Behandlung essgestörter Frauen und Mädchen erreicht werden

müssen, um eine möglichst rasche effektive Behandlung der Betroffenen zu gewährleisten und unnötige Kosten im Gesundheitswesen zu minimieren.

Tab. 15.6 Vorgehende Behandlungen

	Häufigkeit	Prozent
Nein, keine vorhergehende Behandlung	236	46,4
Ja, ambulante Behandlung	102	20,0
Ja, stationäre Behandlung	46	9,0
Ja, ambulante und stationäre Behandlung	125	24,6
Gesamt	509	100,0
Fehlend	23	
Gesamt	532	

15.1.6 Zusammenfassung und Fazit

Von langen Beratungen und Therapien lagen 532 Fragebogensätze zu den Ausgangsdaten vor. 60 % der Klientinnen wurden einzeln beraten oder behandelt, 19 % in Gruppen und 12 % sowohl in Einzel- als auch in Gruppentherapie. Das Durchschnittsalter betrug 28 Jahre. Am stärksten vertreten war die Altersgruppe zwischen 19 und 30 Jahren. Die größte Gruppe der Klientinnen waren Schülerinnen und Studentinnen (über ein Drittel). Etwas über die Hälfte der Klientinnen hatte Abitur bzw. Fachhochschulreife. Die meisten waren deutscher Nationalität und ledig. Fast die Hälfte hatte eine feste Partnerschaft, die allermeisten waren heterosexuell orientiert. Die Eltern der Klientinnen gehörten zumeist der Mittelschicht an. Über drei Viertel der Klientinnen waren bei ihren leiblichen Eltern aufgewachsen.

Auch hier ist (wie bereits bei den mittellangen Beratungen festgestellt) die untersuchte Gruppe deutlich jünger und hat einen höheren Bildungsstand als die durchschnittliche weibliche Bevölkerung der Bundesrepublik. Neben der alters- und schichttypischen Verteilung von Anorexie und Bulimie spielen hier mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Selektionsfaktoren aufgrund des Problembewusstseins für Essstörungen sowie eine höhere Schwelle zum Aufsuchen von Beratung und Therapie eine wesentliche Rolle. Eine besondere Häufung äußerlich gestörter Familienverhältnisse, etwa durch Scheidung der Eltern, fand sich nicht. Die Klientinnen weisen vom BMI her eine erhebliche Spannweite auf, von einem Minimum bei 13 und einem Maximum bei 60. 13 % der Klientinnen lagen unter der Anorexie-Grenze, 22 % hatten einen BMI über 30, 26 % waren im Normalgewichts- und 22 % im Untergewichtsbereich. In der subjektiven Bewertung hatten zwei Drittel deutlich ausgeprägte Probleme mit dem Gewicht. Bei den weiteren essstörungsspezifischen Problemen bestand die höchste Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, dann durch Essanfälle und bezüglich des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung. Über 80 % hatten zudem deutliche Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl. Weitere wesentliche Problembereiche waren die Regulierung von Gefühlen und die Depressivität. Die Hälfte der Klientinnen hatte deutliche Partner-

schaftsprobleme, wobei ca. die Hälfte in einer festen Partnerschaft lebte, und über die Hälfte Probleme in den Herkunftsfamilien.

Als wichtigste Problembereiche spielen Gewicht, Essanfälle, das Körpergefühl bzw. die Körperwahrnehmung, das Selbstwertgefühl, die Depressivität sowie Schwierigkeiten in der Herkunftsfamilie eine Rolle.

Knapp über die Hälfte der Klientinnen hatte vor der jetzigen Behandlung bereits eine ambulante oder stationäre Therapie gehabt. Knapp ein Viertel sogar beides. In 11 % der Fälle lagen Abbrüche vorhergehender Behandlungen vor. Dies ist ein erheblicher Prozentsatz an Vorbehandlungen.

Behandlung suchten also hauptsächlich Klientinnen im dritten Lebensjahrzehnt mit einer erheblichen subjektiven Problembelastung in einem breit gestreuten Gewichtsbereich von der Anorexie bis zur extremen Adipositas.

Empfehlung:

In der Beratung und Therapie von Essstörungen sind Mädchen und Frauen mit niedrigerem Bildungsstand, wie bei Psychotherapie generell, unterrepräsentiert. In Hauptschulen und berufsbildenden Schulen ist verstärkt über Essstörungen und deren Formen, Ursachen, Folgen und Behandlung aufzuklären. Zudem müssen Beratungsmöglichkeiten und die entsprechenden Einrichtungen in diesem Bereich besser bekannt gemacht werden, um die Schwelle zum Aufsuchen entsprechender Hilfen zu senken. Da bei Essstörungen erfolglose Vorbehandlungen häufig sind, muss insgesamt der Weg in geeignete, auf die Störung und damit verbundene seelische Problematik, hauptsächlich die Selbstwertproblematik, zentrierte Behandlungen durch Beratung und gezielte Zuweisung besser gebahnt werden, um Leiden der Betroffenen und Kosten für die Solidargemeinschaft zu minimieren. Hierzu sind spezielle Beratungsmöglichkeiten einzurichten und bekannt zu machen.

15.2 Beurteilungen der Therapeutinnen/Beraterinnen zu Beginn der langen Beratungen und Therapien

15.2.1 Zur Datenlage

Für den Beginn der langen Beratungen und Therapien lagen Angaben für 305 Klientinnen durch die Beraterinnen und Therapeutinnen im Modul 6 vor.

15.2.2 Der Weg in die langen Beratungen und Therapien

Nach diesen Angaben wurden knapp zwei Drittel der Klientinnen (65 %) selbst auf ihre Essstörung aufmerksam, eine kleinere Gruppe (30 %) durch Familienangehörige, eine noch kleinere (6 %) durch Partner. Zudem trugen ein bedrohlicher Gesundheitszustand (8 %) sowie eine Ärztin oder ein Arzt (9 %) dazu bei, dass die Klientin auf die Essstörung aufmerksam wurde.

Die Diagnosegruppen unterschieden sich hier signifikant (über dem 1%-Niveau). Anorektikerinnen wurden häufiger durch Familienangehörige oder andere Personen auf ihre Essstörung aufmerksam als Bulimikerinnen oder Patientinnen mit Essanfällen. Diese wurden sich in den meisten Fällen selbst darüber bewusst, dass sie eine Essstörung hatten.

Tab. 15.7 Aufmerksam werden der Klientin auf die Essstörung, nach Diagnosen

1. Diagnose ICD-10	Wie wurde die Klientin auf die Essstörung aufmerksam			
	Selbst	Familien-angehörige	Andere	Gesamt
Anorexie	35 44,9%	25 32,1%	18 23,1%	78 100,0%
Bulimie	114 69,9%	33 20,2%	16 9,8%	163 100,0%
F50.4/ Binge eating	33 76,7%	5 11,6%	5 11,6%	43 100,0%
F50.9 (nicht näher bez. Essstörung)	12 80,0%	---	3 20,0%	15 100,0%
Gesamt	194 64,9%	63 21,1%	42 14,0%	299 100,0%

Auf die Institution aufmerksam wurden in den meisten Fällen ebenfalls die Klientinnen selbst (34 %), dann die Klientinnen durch ihre Mütter (15 %), durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt (13 %), durch eine niedergelassene Psychotherapeutin bzw. einen niedergelassenen Psychotherapeuten (6 %) oder durch ihren Partner (5 %), weiterhin durch eine andere Beratungsstelle (5 %) sowie durch die Medien (6 %).

Auch hier unterscheiden sich die Diagnosegruppen signifikant (5%-Niveau). Bei Anorektikerinnen machen häufiger Familienmitglieder auf die Institution aufmerksam als bei Bulimikerinnen oder Patientinnen mit Essanfällen.

Tab. 15.8 Aufmerksam werden der Klientin auf die Institution, nach Diagnosen

1. Diagnose ICD-10	Wie wurde die Klientin auf die Institution aufmerksam					
	Selbst	Familienmitglied	Partner	Hausarzt/-ärztin	Andere	Gesamt
Anorexie	16 20,5%	23 29,5%	6 7,7%	8 10,3%	25 32,1%	78 100,0%
Bulimie	57 36,5%	26 16,7%	8 5,1%	14 9,0%	51 32,7%	156 100,0%
F50.4/ Binge eating	17 44,7%	3 7,9%	1 2,6%	6 15,8%	11 28,9%	38 100,0%
F50.9 (nicht näher bez. Essstörung)	7 46,7%	---	---	1 6,7%	7 46,7%	15 100,0%
Gesamt	97 33,8%	52 18,1%	15 5,2%	29 10,1%	94 32,8%	287 100,0%

Den ersten Kontakt zur Einrichtung stellten in über drei Viertel der Fälle (77 %) die Klientinnen selbst, sodann (12 %) die Mutter her. Alle anderen Angaben sind demgegenüber unbedeutend (unter 2 %).

Auch hier unterscheiden sich die Anorektikerinnen von den anderen beiden genannten Diagnose-Gruppen signifikant (5%-Niveau). Familienmitglieder stellen vergleichsweise häufig den Kontakt zur Institution her.

Tab. 15.9 Herstellen des ersten Kontaktes zur Institution, nach Diagnosen

1. Diagnose ICD-10	Wer stellte den ersten Kontakt her			
	Klientin	Familienmitglied	Andere	Gesamt
Anorexie	51 66,2%	18 23,4%	8 10,4%	77 100,0%
Bulimie	122 79,2%	18 11,7%	14 9,1%	154 100,0%
F50.4/ Binge eating	37 88,1%	2 4,8%	3 7,1%	42 100,0%
F50.9 (nicht näher bez. Essstörung)	10 71,4%	---	4 28,6%	14 100,0%
Gesamt	220 76,7%	38 13,2%	29 10,1%	287 100,0%

Die Kontaktaufnahme erfolgte meistens telefonisch während der allgemeinen telefonischen Sprechzeit (46 %) oder während einer speziellen Telefonsprechstunde (26 %), seltener telefonisch während einer speziellen Sprechstunde und dann schriftlich (23 %), persönlich (5 %) oder nur schriftlich (0,3 %).

Gewünscht wurde in fast drei Viertel der Fälle (71 %) eine Einzeltherapie bzw. -beratung. An zweiter Stelle stand der Wunsch nach einem unverbindlichen Informations- bzw. Beratungsgespräch (22 %). Weiterhin relevant waren die Anmeldungen zu einer Gruppentherapie (13 %) sowie der Wunsch nach einer Krisenintervention (9 %).

Teilnehmerin im Erstgespräch war in der Mehrzahl der Fälle (83 %) die Klientin alleine. In einem Teil der Fälle (9 %) war auch eine Familienangehörige bzw. ein Familienangehöriger anwesend, nur selten eine Partnerin bzw. ein Partner (2 %) oder eine andere Person (4 %).

Die Motivation der Klientinnen wurde als überwiegend stark und nur in seltenen Fällen als ablehnend eingeschätzt, noch höher die Motivation der Angehörigen, hier vor allem der Mütter.

15.2.3 Klinischer Status der Klientinnen

Hierzu liegen Einschätzungen für 293 Klientinnen durch die Beraterinnen (Modul 6) vor.

Tab. 15.10 Erste Diagnose nach ICD-10

	Häufigkeit	Prozent
50.0 (Anorexie)	74	25,3
50.1 (atypische Anorexie)	16	5,5
50.2 (Bulimie)	112	38,2
50.3 (atypische Bulimie)	47	16,0
50.4 (Essattacken/ Binge Eating)	36	12,3
50.8 (sonstige Essstörung)	3	1,0
50.9 (nicht näher bezeichnete Essstörung)	5	1,7
Gesamt	293	100,0

Die häufigste Diagnose war die Bulimie (inklusive atypische Bulimie) (54 %), gefolgt von der Anorexie (inklusive atypische Anorexie) (31 %). Die Diagnose »Essattacken bei anderen psychischen Störungen« bzw. Binge Eating Störung (F 50.4) wurde in 12 %, die der »nicht näher bezeichneten Essstörung« in 5 Fällen (2 %) vergeben.

Tab. 15.11 Dauer der Essstörung und Diagnosen

Diagnose	Dauer der Essstörung in Jahren					Gesamt
	bis 1 Jahr	bis 2 J.	3 bis 5 J.	6 bis 10 J.	>10 Jahre	
Anorexie	21 28,4%	10 13,5%	18 24,3%	10 13,5%	15 20,3%	74 100,0%
Bulimie	14 10,9%	8 6,3%	30 23,4%	36 28,1%	40 31,3%	128 100,0%
F50.4/ Binge eating	1 3,4%	2 6,9%	6 20,7%	4 13,8%	16 55,2%	29 100,0%
Gesamt	36 15,6%	20 8,7%	54 23,4%	50 21,6%	71 30,7%	231 100,0%

Während Anorektikerinnen häufig in den ersten 5 Jahren des Bestehens der Essstörung die Behandlung suchten, bestand bei einem großen Teil der bulimischen Patientinnen die Essstörung über 6 und bei den Patientinnen mit Essanfällen bereits über 10 Jahre. Insgesamt bestand die Essstörung in 75 % der Fälle über 3 und in über 50 % der Fälle über 6 Jahre, war also erheblich chronifiziert.

In 64 Fällen (21 %) wurden Zweitdiagnosen gestellt. Am häufigsten waren depressive Störungen (26; 8 %), gefolgt von den Anpassungs- und Belastungsstörungen (9; 3 %) sowie den Persönlichkeitsstörungen (7; 2 %).

Drittidiagnosen wurden nur in 12 Fällen vergeben. Diese können daher vernachlässigt werden.

Eine Problematik von Sucht oder Substanzmissbrauch wurde für die meisten Klientinnen (87 %) verneint. Die Hauptproblematik bei Substanzmissbrauch betraf den Alkohol (ca. 6 %).

Knapp die Hälfte der Klientinnen (49 %) war in ärztlicher Behandlung, nur ein geringer Prozentsatz in psychotherapeutischer (9 %), psychiatrischer (2 %) oder psychopharmakologischer (3 %) Behandlung. 40 % waren überhaupt nicht in Behandlung.

15.2.4 Einschätzung der Problembereiche der Klientinnen durch die Beraterinnen/Therapeutinnen

Essstörungsspezifische Probleme

Als das Hauptproblem der Klientinnen wurde von den Behandlerinnen die Beeinträchtigung durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen angesehen, gefolgt von Problemen im Körpergefühl und der Körperwahrnehmung.

Weitere häufig genannte wichtige Problembereiche waren das Gewicht, Essanfälle, das dauernde Diäthalten bzw. die eingeschränkte Nahrungsaufnahme und die Qualität der Ernährung. Eine geringere Rolle spielte das Erbrechen sowie der Missbrauch von Laxanzien, Diuretika und Appetitzügler oder der Substanzmissbrauch.

Tab. 15.12 Therapeutinnenbewertung der essstörungsspezifischen Probleme am Beginn

Problemereich	nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Gewicht subjektiv für Klientin	8 2,6%	35 11,5%	48 15,7%	77 25,2%	62 20,3%	67 22,0%	8 2,6%
Gewicht objektiv	72 23,6%	35 11,5%	37 12,1%	45 14,8%	61 20,0%	46 15,1%	9 3,0%
Körpergefühl /-wahrnehmung	4 1,3%	22 7,2%	44 14,4%	86 28,2%	71 23,3%	73 23,9%	5 1,6%
Essanfälle	49 16,1%	28 9,2%	33 10,8%	60 19,7%	71 23,35	60 19,7%	4 1,3%
Erbrechen	148 48,5%	15 4,9%	13 4,3%	30 9,8%	44 14,4%	51 16,7%	4 1,3%
Dauerndes Diäthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	50 16,4%	36 11,8%	52 17,0%	49 16,1%	52 17,0%	60 19,7%	6 2,0%
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	221 72,5%	42 13,8%	11 3,6%	10 3,3%	11 3,6%	3 1,0%	7 2,3%
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	251 82,3%	20 6,6%	8 2,6%	9 3,0%	8 2,6%	4 1,3%	5 1,6%
Ernährungsqualität	4 1,3%	39 12,8%	96 31,5%	83 27,2%	51 16,7%	27 8,9%	5 1,6%
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	---	7 2,3%	29 9,5%	61 20,0%	101 33,1%	102 33,4%	5 1,6%

Weitere seelische Probleme

Hier standen an erster Stelle Probleme mit dem Selbstwertgefühl, gefolgt von der Regulierung von Gefühlen und der Depressivität. Weiter wurden Ängste, soziale Isolation und Probleme im Arbeits- und Leistungsbereich in über der Hälfte der Fälle als deutlich ausgeprägte Probleme gesehen. Eine geringe Rolle spielten zwanghafte Züge.

Tab. 15.13 Therapeutinnenbewertung der seelischen Beschwerden am Beginn

Problembereich	nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	1 0,3%	7 2,3%	21 6,9%	48 15,7%	104 34,1%	120 39,3%	4 1,3%
soziale Isolation	24 7,9%	39 12,8%	75 24,6%	65 21,3%	69 22,6%	29 9,5%	4 1,3%
Depressivität	8 2,6%	29 9,5%	56 18,4%	88 28,9%	83 27,2%	35 11,5%	6 2,0%
Ängste	8 2,6%	38 12,5%	78 25,6%	85 27,9%	67 22,0%	25 8,2%	4 1,3%
zwanghafte Züge	48 15,7%	52 17,0%	74 24,3%	63 20,7%	53 17,4%	9 3,0%	6 2,0%
Regulierung von Gefühlen	4 1,3%	22 7,2%	45 14,8%	71 23,3%	124 40,7%	35 11,5%	4 1,3%
sonstige seelische Beeinträchtigung	60 19,7%	46 15,1%	44 14,4%	73 23,9%	58 19,0%	14 4,6%	10 3,3%
Leistungs- und Arbeitsbereich	41 13,4%	56 18,4%	58 19,0%	64 21,0%	56 18,4%	25 8,2%	5 1,6%

Partnerschafts- und Familienbeziehungen

Bei drei Viertel der Klientinnen wurden ausgeprägte Probleme in der Herkunftsfamilie gesehen, hier insbesondere Kommunikationsprobleme, in einem Drittel der Fälle auch Probleme mit Grenzüberschreitungen.

Probleme in Partnerbeziehungen wurden hingegen seltener benannt (40 %). Hier vor allem Kommunikationsprobleme, seltener Probleme mit Grenzüberschreitungen.

Tab. 15.14 Therapeutinnenbewertung der Partnerbeziehungen und der Herkunftsfamilie am Beginn

Problembereich	Nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Beziehung zu Partner/-in	102 33,4%	23 7,5%	27 8,9%	50 16,4%	36 11,8%	36 11,8%	31 10,2%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	195 63,9%	24 7,9%	18 5,9%	15 4,9%	9 3,0%	9 3,0%	35 11,5%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	108 35,4%	27 8,9%	38 12,5%	43 14,1%	31 10,2%	22 7,2%	36 11,8%
Probleme in der Herkunftsfamilie	9 3,0%	19 6,2%	44 14,4%	81 26,6%	88 28,9%	58 19,0%	6 2,0%
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	109 35,7%	42 13,8%	31 10,2%	40 13,1%	40 13,1%	32 10,5%	11 3,6%
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	10 3,3%	19 6,2%	53 17,4%	66 21,6%	90 29,5%	63 20,7%	4 1,3%

Gewichtung der Problembereiche

Im Urteil der Beraterinnen und Therapeutinnen war das Selbstwertgefühl der wichtigste Problembereich der Klientinnen, gefolgt von Essanfällen, dem Gewicht und dem Diätverhalten bzw. den Einschränkungen der Nahrungsaufnahme, Essanfällen und der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen.

Zudem waren auf interpersoneller Ebene Probleme in der Herkunftsfamilie von Bedeutung, auf seelischer Ebene Depressivität und die Regulierung von Gefühlen.

Tab. 15.15 Die wichtigsten der Problembereiche der Klientinnen in der Nennung der Beraterinnen

	Häufigkeit	Prozente
Selbstwertgefühl	70	23,3
Essanfälle	44	14,7
Gewicht	38	12,7
Dauerndes Diät halten/ingeschränkte Nahrungsaufnahme	33	11,0
Körpergefühl/-wahrnehmung	25	8,3
gedankliche Beschäftigung mit Essen	24	8,0
Erbrechen	13	4,3
Probleme in der Herkunftsfamilie	12	4,0
Anderes Problem	9	3,0
Depressivität	7	2,3
Regulierung von Gefühlen	7	2,3
Partnerbeziehung	5	1,7
Ängste	4	1,3
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	3	1,0
Leistungs- u. Arbeitsbereich	2	0,7
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzügler-Abusus	1	0,3
Ernährungsqualität	1	0,3
Soziale Isolation	1	0,3
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	1	0,3
Gesamt	300	100
Keine Angaben	5	
Summe	305	

15.2.5 Vereinbarungen

Vereinbart wurde in der Regel eine Therapie (83 %), seltener eine Beratung (11 %), eine Fortführung der Diagnostik oder eine Krisenintervention (jeweils 4,5 %).

15.2.6 Zusammenfassung und Fazit

Einschätzungen zum Weg in die langen Beratungen und Therapien sowie zur Diagnostik und zum klinischen Status lagen für 305 Klientinnen durch die Beraterinnen und Therapeutinnen im Modul 6 vor. Die Klientinnen wurden zum größten Teil selbst auf ihre Essstörung aufmerksam (ca. zwei Drittel), eine kleinere Gruppe (ca. ein Drittel) durch Familienangehörige. Auf die beratende bzw. behandelnde Institution aufmerksam wurden die Klientinnen ebenfalls zumeist selbst (ca. ein Drittel), dann durch ihre Mütter oder die Hausärztin bzw. den Hausarzt. Den ersten Kontakt stellten die Klientinnen ebenfalls zumeist selbst her (über drei Viertel der Fälle),

sodann die Mütter. Die Kontaktaufnahme erfolgte zumeist telefonisch während einer speziellen Telefonsprechstunde oder während der allgemeinen Sprechzeit. Gewünscht wurde meistens eine Einzeltherapie oder Beratung. Teilnehmerin im Erstgespräch war in der großen Mehrzahl der Fälle die Klientin allein. Die Motivation der Klientinnen wurde als überwiegend stark eingeschätzt.

Die Diagnose war in über 50 % der Fälle eine Bulimie, gefolgt von der Anorexie (ein Drittel). Bei ca. einem Fünftel der Klientinnen wurden Zweitdiagnosen vergeben, am häufigsten affektive Störungen. Bei den meisten Klientinnen bestand keine Problematik von Substanzmissbrauch oder Sucht. Knapp die Hälfte der Klientinnen war in ärztlicher Behandlung. In über der Hälfte der Fälle war die Essstörung bereits erheblich chronifiziert.

Hauptprobleme waren aus der Sicht der Behandlerinnen die Beeinträchtigung durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen und Probleme in der Körperwahrnehmung. Bei den weiteren seelischen Problemen standen solche mit dem Selbstwertgefühl an erster Stelle. Bei drei Viertel der Klientinnen bestanden zudem ausgeprägte Probleme in den Herkunftsfamilien, insbesondere Kommunikationsprobleme.

Im Urteil der Beraterinnen war das Selbstwertgefühl der wichtigste Problembeereich der Klientinnen, gefolgt von Essanfällen. Vereinbart wurde in der Regel eine Therapie.

Auch in der Einschätzung der Therapeutinnen und Beraterinnen weisen die Klientinnen zu Beginn der Behandlungen und Beratungen eine erhebliche Problembelastung auf. Obwohl der größte Teil selbst auf die Essstörung aufmerksam wird, sind für das Aufsuchen der Beratungseinrichtungen häufig Hinweise von anderen Personen notwendig. Hierbei spielen insbesondere Angehörige sowie Hausärztinnen und Hausärzte eine bedeutende Rolle.

Empfehlung:

Mögliche Betroffene, deren Angehörige sowie Ärztinnen und Ärzte und Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Lehrerinnen und Lehrer) sind noch stärker als bisher für mögliche Anzeichen von Essstörungen zu sensibilisieren. Spezifische Beratungs- und Behandlungsangebote müssen deutlicher bekannt gemacht werden, da ein großer Teil der Klientinnen bereits unter einer chronifizierten Störung leidet, wenn eine Beratung oder Behandlung in einer Facheinrichtung aufgesucht wird.

15.3 Beurteilung der langen Einzelberatungen und Therapien durch die Klientinnen

15.3.1 Zur Datenlage

Hierzu lagen Daten von 211 Klientinnen vor. Von 78 Klientinnen lag das Modul 9 (Abschluss der Therapie) vor, von 133 das Modul 14 zum Abschluss der Erhebung im September 2003.

15.3.2 Soziodemographische Daten

Das Durchschnittsalter der Klientinnen lag bei 27,4 (SD = 9,5; Minimum 10; Maximum 61). Zwei Drittel der Klientinnen waren zwischen 15 und 30 Jahre alt, knapp ein Drittel (29 %) über 30 Jahre.

Über die Hälfte der Klientinnen hatte Abitur bzw. Fachhochschulreife (54 %), die nächstgrößere Gruppe (21 %) einen Realschulabschluss. Einen Hauptschulabschluss hatten 6 %. Noch Schülerinnen waren 16 %.

Dementsprechend war die größte Gruppe der Klientinnen die der Schülerinnen bzw. Studentinnen (38 %), gefolgt von den einfachen und mittleren Beamtinnen und Angestellten (27 %). Höhere Angestellte und Beamtinnen waren 7%, Auszubildende und Umschülerinnen 6%, arbeitslos 5%.

Die meisten Klientinnen (92 %) waren deutsch. Von den anderen Nationalitäten überwog keine in nennenswertem Ausmaß.

Die Mehrheit der Klientinnen waren evangelisch (44 %) oder katholisch (27 %). Konfessionslos waren 22 %. Bei den anderen Religionsgemeinschaften (4 %) machte die moslemische 1 % aus.

Über drei Viertel der Klientinnen (78 %) waren ledig, nur 16 % verheiratet und 4 % geschieden oder getrennt lebend. In einer festen Partnerschaft lebte über die Hälfte der Klientinnen (53 %). Die meisten (97 %) waren heterosexuell orientiert.

Die größte Gruppe der Klientinnen (31 %) lebte allein, ein Viertel im Elternhaus und weitere 21 % mit Partnerin oder Partner. Mit eigener Familie oder mit Kindern lebten nur wenige (9 % bzw. 3 %).

Insgesamt unterscheidet sich diese Gruppe hinsichtlich der demographischen Daten nicht von der Gesamtgruppe der Klientinnen, für die Ausgangsdaten bei langen Beratungen und Therapien vorlagen

15.3.3 Klinischer Status der Klientinnen zu Therapiebeginn

Die meisten Klientinnen (50 %) hatten eine Bulimie bzw. atypische Bulimie. Ein knappes Viertel (23 %) litt unter einer Anorexie bzw. atypischen Anorexie. Weitere 20 % hatten eine Binge Eating Störung bzw. Essanfälle. 4 % wurden den nicht näher bezeichneten Essstörungen zugeordnet. Bei 3 % lag keine Diagnose vor.

Bei 31 Klientinnen (15 %) wurde eine Zweitdiagnose gestellt. Am häufigsten waren affektive Störungen (13; 6 %), gefolgt von Belastungsstörungen (6; 3 %) und Persönlichkeits- und Angststörungen (jeweils 3; 1 %).

Über die Hälfte der Klientinnen (53 %) hatte bereits eine vorhergehende Behandlung gehabt, die meisten hiervon stationär und ambulant (27 %), 19 % ambulant und 8 % stationär. 45 % gaben keine vorhergehende Behandlung an.

Die Klientinnengruppe verteilte sich folgendermaßen über die BMI-Bereiche:

≤ 17,5:	15 % (31)
17,5 bis 19,9:	22 % (47)
20 bis 24,9:	28 % (58)
25 bis 29,9:	5 % (11)
30 bis 39,9:	13 % (27)
≥ 40:	8 % (17).

Damit stellte die Gruppe der Normalgewichtigen den größten Anteil, gefolgt von der Gruppe der Untergewichtigen und der der Adipösen.

15.3.4 Problembewertung am Anfang der Behandlung

Essstörungsspezifische Probleme

Am häufigsten beeinträchtigt fühlten sich die Klientinnen durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, durch Probleme mit dem Körpergefühl und der Körperwahrnehmung sowie durch Essanfälle. Weiterhin spielten häufig Probleme mit der Ernährungsqualität, Probleme mit dauerndem Diäthalten und der eingeschränkten Nahrungsaufnahme sowie mit dem Gewicht eine deutliche Rolle.

Demgegenüber weniger häufig genannt wurden als Probleme Erbrechen, Abusus von Laxanzien, Diuretika und Appetitzüglern sowie sonstiger Substanzmissbrauch.

Weitere seelische Probleme

Bezüglich der seelischen Problematik standen Selbstwertprobleme mit den häufigsten Nennungen deutlich im Vordergrund, gefolgt von Problemen mit der Regulierung von Gefühlen, mit Ängsten und der Depressivität. Demgegenüber spielten soziale Isolation, Probleme im Arbeits- und Leistungsbereich und zwanghafte Züge eine geringere Rolle, wurden aber immerhin noch von über einem Drittel der Klientinnen genannt.

Partner- und Familienbeziehungen

Über die Hälfte der Klientinnen gab zudem deutliche Probleme in der Herkunftsfamilie an. Zumeist wurden hier Kommunikationsprobleme genannt. Weniger Klientinnen (43 %) nannten deutliche Probleme in der Paarbeziehung, auch hier am häufigsten Kommunikationsprobleme.

Die wichtigsten Problembereiche

In der Nennung der wichtigsten Problembereiche spielte das Selbstwertgefühl die deutlichste Rolle. Weiterhin wesentlich waren Probleme mit dem Gewicht und der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen sowie Essanfälle und Probleme mit der Körperwahrnehmung. Bezüglich der seelischen Probleme wurden weiterhin die De-

pressivität genannt. Zudem spielten Probleme in der Herkunftsfamilie, hier insbesondere Kommunikationsprobleme, eine bedeutsame Rolle.

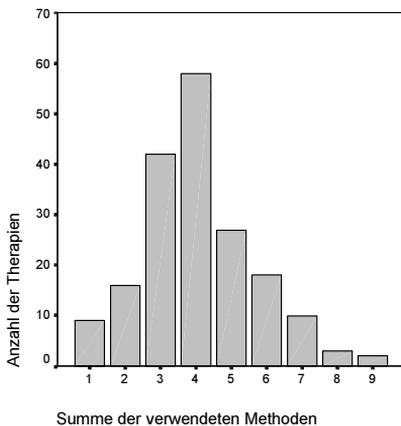
15.3.5 Dauer und Art der Behandlungen

Hierzu lagen Angaben von 194 Beraterinnen und Therapeutinnen vor. Die Behandlungen bzw. Beratungen dauerten im Durchschnitt 18,7 Monate (SD 12; Minimum: 3; Maximum: 65).

Die Gesamtzahl der Sitzungen betrug im Durchschnitt 45,8 (SD 31; Minimum: 8; Maximum: 180).

Von 184 Behandlungen lagen zudem Angaben der Behandlerinnen über die in der Therapie angewendeten Verfahren und Methoden sowie deren Kombination vor. Hierzu waren im Modul 8 bzw. 15 verschiedene Methoden zur Auswahl angegeben. In fast allen Behandlungen wurden Methoden kombiniert, in der Regel 3 oder 4, nur in wenigen langen Beratungen und Behandlungen wurde nur mit einer Methode gearbeitet (vgl. das nachstehende Säulendiagramm).

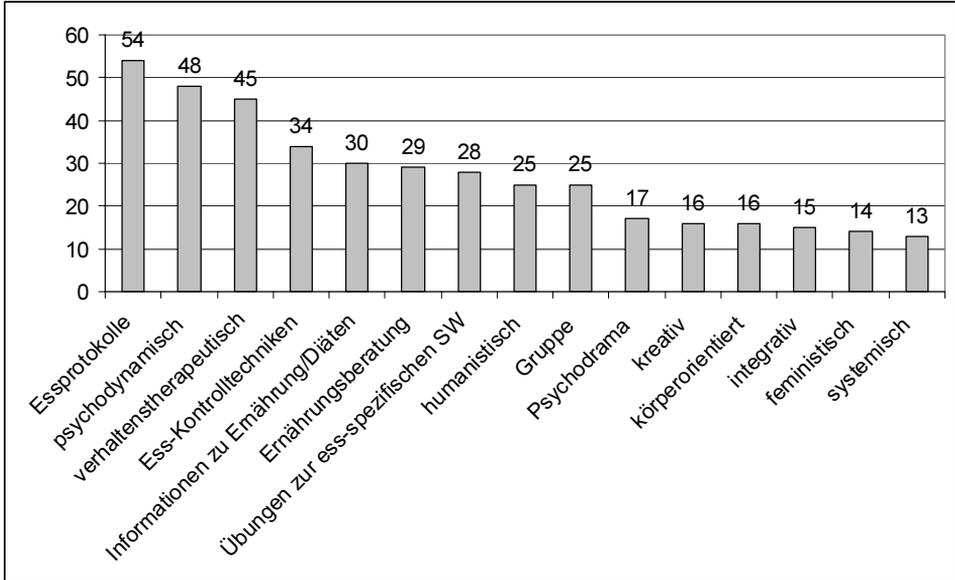
Abb. 15.1 Anzahl der verwendeten Methoden in den Therapien



Die am häufigsten genannte Methode ist der Einsatz eines Essprotokolls in 54 der beurteilten 184 Therapien (siehe das nachstehende Säulendiagramm). Eine psychodynamische Orientierung lag in 48 Therapien zugrunde, eine verhaltenstherapeutische 45. Esskontrolltechniken, Informationen zu Ernährung und Diäten, Ernährungsberatung sowie Übungen zur Selbstwahrnehmung wurden ebenfalls häufig verwendet. Die Verteilung der anderen Verfahren können dem nachstehenden Diagramm entnommen werden.

Da die Anteile der jeweiligen Methoden an der Behandlung oft nicht quantifiziert werden konnten, konnte ihr Anteil an den Behandlungen und deren Ergebnissen nicht abgeschätzt werden.

Abb. 15.2 Häufigkeit der Nutzung einzelner Methoden



15.3.6 Ergebnisse der Behandlungen

Ergebnisse der klinischen Fragebögen

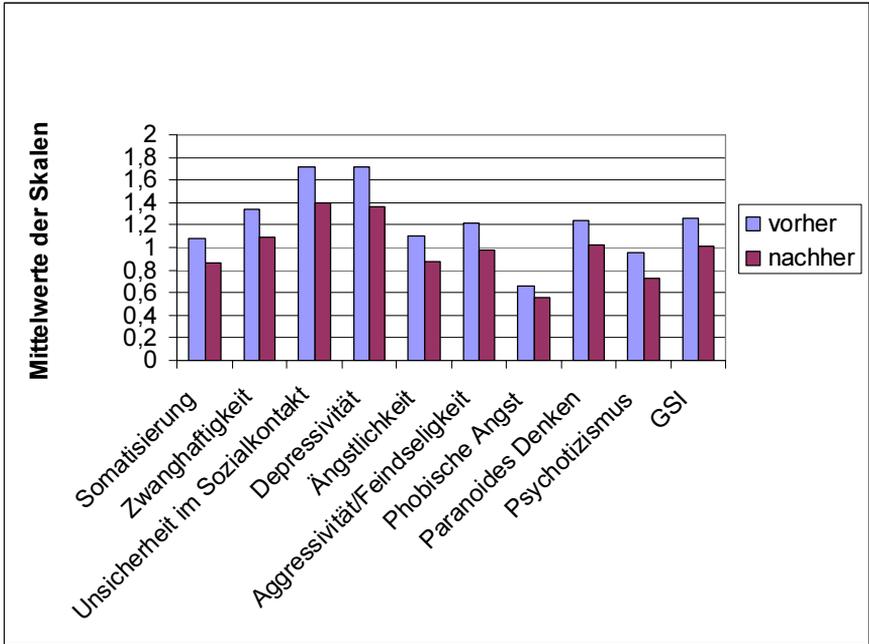
Wir verglichen die Daten der drei klinischen Fragebögen (Symptom-Checkliste 90-R, Eating Disorder Inventory, Eating Attitudes Test 3 – Anorexia nervosa Inventar zur Selbsteinschätzung 3, Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen) am Anfang der Therapie sowie an deren Ende bzw. zum Abschluss der Erhebung im September 2003.

Die Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R)

Die Symptom Checkliste dient zur Erfassung eines breiten Spektrums psychischer Beschwerden und des krankheitsbedingten psychischen Leidensdrucks. 90 Kurzbeschreibungen von Symptomen und Beschwerden auf einer fünfstufigen Skala liefern Angaben über die unten aufgeführten neun Faktoren sowie die psychische Gesamtbelastung (GSI).

In der SCL-90-R zeigte sich in allen Skalen sowie im GSI eine signifikante Verbesserung der Werte. Diese liegen alle über dem 1%-Niveau.

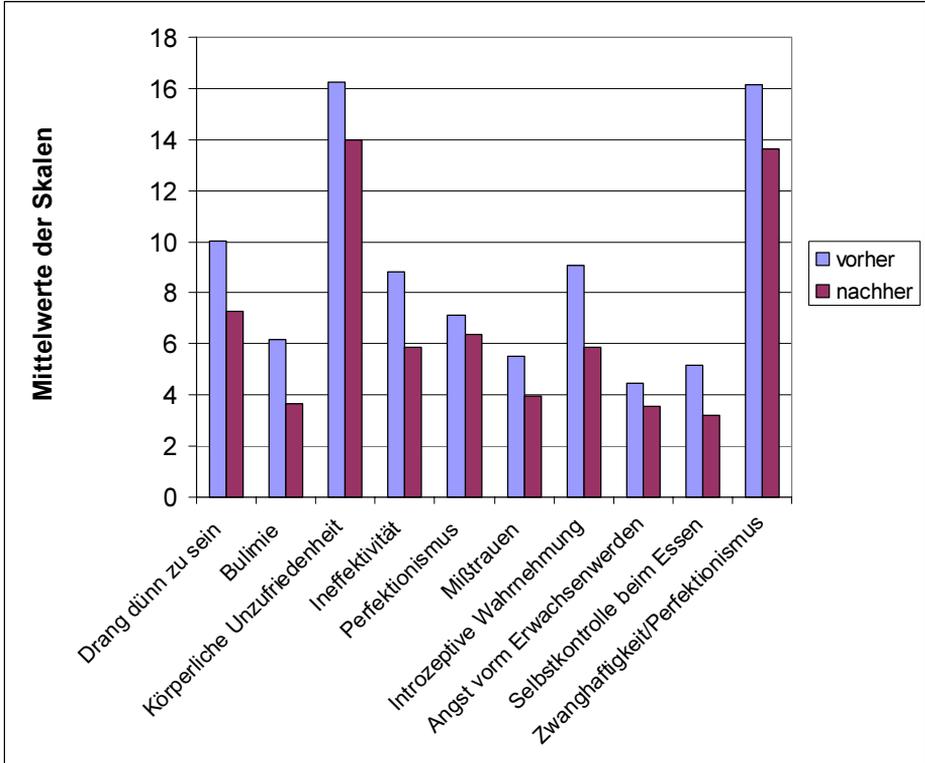
Abb. 15.3 Veränderungen in der Symptom-Checkliste 90-R (SCL 90-R) vom Beginn bis zum Ende der Behandlung (bzw. der Abschlusserhebung) (n = 172)



Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3)

Mit diesem Instrument werden essstörungsspezifische Einstellungen und Kognitionen sowie das Ausmaß der Kontrolle beim Essen und die Zwanghaftigkeit erfasst. Hier zeigten sich ebenfalls in allen Skalen signifikante Verbesserungen. Diese liegen alle über dem 1%-Niveau.

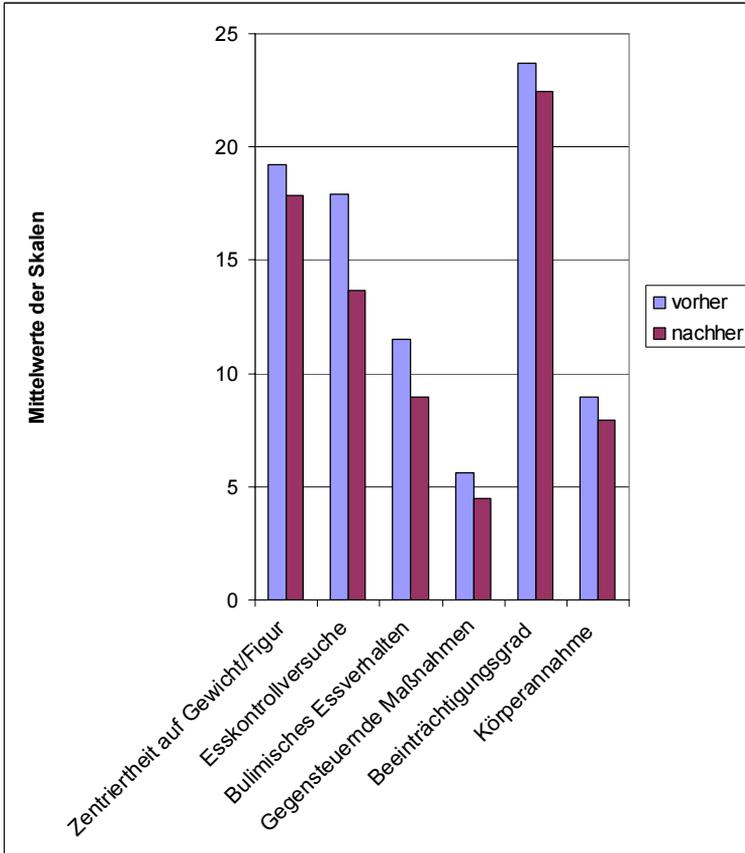
Abb. 15.4 Veränderungen im Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3) vom Beginn bis zum Ende der Behandlung (bzw. der Abschlusserhebung) (n = 180)



Der Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE)

Hiermit werden klinisch relevante Symptome und Verhaltensweisen bei Anorexie, Bulimie und anderen Essstörungen detailliert erfasst. Beim FSE zeigte sich auch auf allen Dimensionen eine signifikante Verbesserung am Ende gegenüber dem Anfang der Einzeltherapien. Diese lagen ebenfalls alle über dem 1%-Niveau.

Abb. 15.5 Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE) vom Beginn bis zum Ende der Behandlung (bzw. der Abschlusserhebung) (n = 176)



Wir berechneten die Veränderungen im Bereich der gegensteuernden Maßnahmen³¹ im FSE zudem getrennt für Anorexie und Bulimie. Hier fand sich für die Bulimikerinnen ebenfalls eine signifikante Verbesserung (1%-Niveau), für die Anorektikerinnen nicht. Bei diesen nahmen die gegensteuernden Maßnahmen sogar etwas zu, vermutlich, um der Angst vor unkontrollierter Gewichtszunahme zu begegnen, die Anorektikerinnen häufig empfinden, wenn sie zunehmen. Tatsächlich ergaben sich bei den Klientinnen mit einem BMI unter 17,5 (Anorexiebereich) signifikante Verbesserungen des Gewichtes (s. im Folgenden).

31 Mit Gegensteuernden Maßnahmen werden Verhaltensweisen beschrieben, die gegen eine mögliche Gewichtszunahme gerichtet sind, z. B. Erbrechen, Fasten, Abusus von Laxanzien, Sport oder Fasten.

Veränderungen des Body Mass-Index (BMI)

Diese konnten aufgrund der Datenlage detailliert untersucht werden. Hierbei wurden 4 Gruppen gebildet:

- BMI bis 17,5 (Anorexiebereich)
- BMI 17,6 bis 20 (Untergewicht)
- BMI 20,1 bis 25 (Normalgewicht) und
- BMI über 25 (Übergewicht und Adipositas).

Dabei fand die Auswertung nach Klientinnen- und Therapeutinnen-Urteil statt.

Bei den Klientinnen mit einem BMI unter 17,5 (Anorexiebereich) ergab sich in beiden Urteilen eine signifikante Verbesserung. Dies gilt auch für die Gruppe der Untergewichtigen. Hier war die Einschätzung der Klientinnen etwas weniger günstig als die der Beraterinnen/Therapeutinnen.

In der Gruppe der Normalgewichtigen ergaben sich insgesamt in beiden Urteilen keine signifikanten Veränderungen. Allerdings stellen hier die Klientinnen eine Gewichtsabnahme, die Therapeutinnen eine leichte Gewichtszunahme fest.

Keine Veränderungen fanden sich auch bei den Klientinnen mit einem BMI über 25 in beiden Beurteilungen.

Abb. 15.6 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI bis 17,5 zu Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 31), Klientinnenangaben

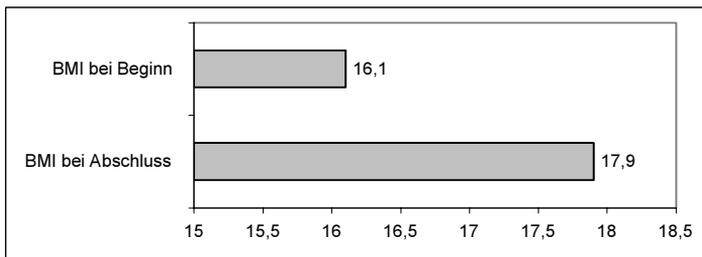


Abb. 15.7 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI 17,6 bis 20,0 zu Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 41), Klientinnenangaben

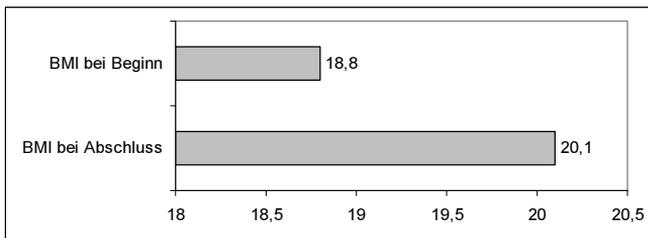


Abb. 15.8 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI 20,1 bis 25,0 zu Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 57), Klientinnenangaben

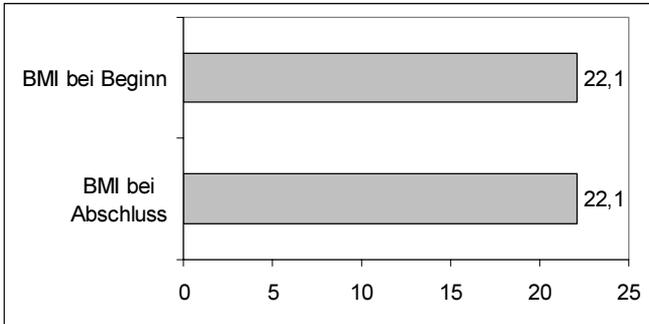
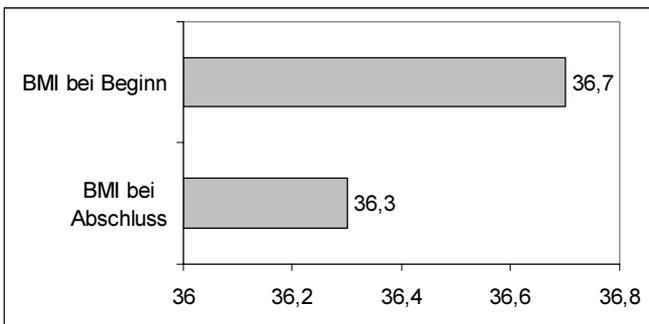


Abb. 15.9 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI über 25 zu Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 55), Klientinnenangaben



Häufigkeit von Essanfällen

Die Essanfälle verringerten sich vom Beginn der Behandlung bis zur Abschlusserhebung deutlich. Der Mittelwert der Essanfälle über die letzten drei Monate sank signifikant (5%-Niveau). Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung noch differenzierter.

Tab. 15.16 Die Häufigkeit von Essanfällen vom Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung

Häufigkeit von Essanfällen am Beginn	Häufigkeit von Essanfällen am Ende				Gesamt
	keine Essanfälle	1–2 pro Monat	3–7 pro Monat	Mindestens 2x pro Woche bis täglich	
Keine Essanfälle	1 5,9%	2 5,7%	---	---	3 2,5%
1-2 pro Monat	6 35,3%	10 28,6%	4 14,8%	1 2,4%	21 17,4%
3-7 pro Monat	---	9 25,7%	8 29,6%	6 14,3%	23 19,0%
Mindestens 2 pro Woche bis täglich	10 58,8%	14 40,0%	15 55,6%	35 83,3%	74 61,2%
Gesamt	17 100,0%	35 100,0%	27 100,0%	42 100,0%	121 100,0%

Häufigkeit des Erbrechens

Die Häufigkeit des Erbrechens verringerte sich ebenfalls signifikant (1%-Niveau).

Tab. 15.17 Die Häufigkeit des Erbrechens vom Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung

Erbrechen am Beginn	Erbrechen am Ende			Gesamt
	Gar nicht	Bis zu 1x pro Woche	Mindestens 2x pro Woche bis täglich	
Gar nicht	94 80,3%	6 21,4%	---	100 58,5%
Bis zu 1x pro Woche	10 8,5%	7 25,0%	1 3,8%	18 10,5%
Mindestens 2x pro Woche bis täglich	13 11,1%	15 53,6%	25 96,2%	53 31,0%
Gesamt	117 100,0%	28 100,0%	26 100,0%	171 100,0%

15.3.7 Problembewertung zum Abschluss der Behandlung

Essstörungsspezifische Probleme

Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung spiegeln sich in der subjektiven Problembewertung zum Abschluss der Behandlung wider.

Deutliche Verbesserungen³² zeigten sich zudem oft bei den Essanfällen, beim Diät halten bzw. der eingeschränkten Nahrungsaufnahme, beim Erbrechen sowie bei der Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit dem Essen und in der Ernährungsqualität.

Auch der Missbrauch von Laxanzien und Diuretika verbesserte sich oft wesentlich.

Weniger häufig waren die Veränderungen des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung. Hier gab es zwar Verbesserungen. Dass das Problem nicht mehr auftritt, gaben nur wenige an.

Eher selten waren Verbesserungen beim Substanzmissbrauch im Vergleich zu den Nichtveränderungen oder Verschlechterungen.

Tab. 15.18 Klientinnenbewertung der essstörungsspezifischen Probleme zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Gewicht	12 5,7%	23 10,9%	55 26,1%	33 15,6%	59 28,0%	6 2,8%	3 1,4%	20 9,5%
Körpergefühl /-wahrnehmung	7 3,3%	7 3,3%	45 21,3%	72 34,1%	73 34,6%	6 2,8%	---	1 0,5%
Essanfälle	10 4,7%	8 3,8%	32 15,2%	46 21,8%	65 30,8%	28 13,3%	22 10,4%	---
Erbrechen	5 2,4%	5 2,4%	19 9,0%	17 8,1%	34 16,1%	40 19,0%	90 42,7%	1 0,5%
Dauerndes Diät halten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	1 0,5%	5 2,4%	26 12,3%	55 26,1%	53 25,1%	35 16,6%	36 17,1%	---
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	2 0,9%	1 0,5%	16 7,6%	5 2,4%	8 3,8%	32 15,2%	147 69,7%	---
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	1 0,5%	7 3,3%	21 10,0%	9 4,3%	7 3,3%	16 7,6%	150 71,1%	---
Ernährungsqualität	6 2,8%	12 5,7%	41 19,4%	59 28,0%	76 36,0%	10 4,7%	5 2,4%	2 0,9%
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	2 0,9%	13 6,2%	42 19,9%	59 28,0%	71 33,6%	19 9,0%	4 1,9%	1 0,5%

32 Hiermit sind folgende Antworten gemeint: »Problem tritt nicht mehr auf« und »wesentlich verbessert«.

Weitere seelische Probleme

Hier zeigten sich die deutlichsten Veränderungen beim Selbstwertgefühl und der sozialen Isolation. Häufig waren zudem Verbesserungen der Depressivität und der Regulierung von Gefühlen. Weniger häufig, aber auch genannt bei den sonstigen seelischen Beeinträchtigungen, waren Verbesserungen der zwanghaften Züge, der Ängste sowie im Arbeits- und Leistungsbereich.

Tab. 15.19 Klientinnenbewertung der seelischen Beschwerden zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas v. verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	4 1,9%	9 4,3%	39 18,5%	72 34,1%	73 34,6%	8 3,8%	4 1,9%	2 0,9%
soziale Isolation	3 1,4%	3 1,4%	26 12,3%	50 23,7%	49 23,2%	21 10,0%	59 28,0%	---
Depressivität	3 1,4%	9 4,3%	34 16,1%	69 32,7%	55 26,1%	11 5,2%	28 13,3%	2 0,9%
Ängste	5 2,4%	8 3,8%	51 24,2%	61 28,9%	44 20,9%	6 2,8%	33 15,6%	3 1,4%
zwanghafte Züge	2 0,9%	7 3,3%	41 19,4%	50 23,7%	31 14,7%	21 10,0%	56 26,5%	3 1,4%
Regulierung von Gefühlen	3 1,4%	9 4,3%	40 19,0%	80 37,9%	53 25,1%	12 5,7%	10 4,7%	4 1,9%
sonstige seelische Beeinträchtigung	4 1,9%	11 5,2%	37 17,5%	54 25,6%	47 22,3%	10 4,7%	36 17,1%	12 5,7%
Leistungs- und Arbeitsbereich	4 1,9%	9 4,3%	42 19,9%	46 21,8%	43 20,4%	18 8,5%	47 22,3%	2 0,9%

Partnerbeziehungen und Herkunftsfamilie

Probleme in der Partnerbeziehung verbesserten sich, wenn vorhanden gewesen, ebenfalls oft deutlich. Dies gilt auch für die Teilbereiche Kommunikation und Grenzüberschreitungen.

Dasselbe gilt für Probleme in den Ursprungsfamilien und hier ebenfalls für die Kommunikation und die Grenzüberschreitungen.

Tab. 15.20 Klientinnenbewertung der Partnerbeziehungen und der Herkunftsfamilie zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Beziehung zu Partner/-in	8 3,8%	4 1,9%	30 14,2%	43 20,4%	39 18,5%	8 3,8%	74 35,1%	5 2,4%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	1 0,5%	2 0,9%	31 14,7%	22 10,4%	19 9,0%	14 6,6%	117 55,5%	5 2,4%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	3 1,4%	6 2,8%	28 13,3%	27 12,8%	42 19,9%	11 5,2%	89 42,2%	5 2,4%
Probleme in der Herkunftsfamilie	---	10 4,7%	44 20,9%	65 30,8%	42 19,9%	8 3,8%	40 19,0%	2 0,9%
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	1 0,5%	9 4,3%	34 16,1%	37 17,5%	24 11,4%	13 6,2%	88 41,7%	5 2,4%
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	---	6 2,8%	53 25,1%	63 29,9%	35 16,6%	5 2,4%	43 20,4%	6 2,8%

Vergleich der wichtigsten Problembereiche am Anfang und zum Abschluss

Hier ergaben sich gegenüber den Nennungen am Anfang nur beim wichtigsten Problembereich Verschiebungen. Am Anfang fand sich die Reihenfolge Selbstwertgefühl, Gewicht, Körperwahrnehmung, Essanfälle. Am Ende ergab sich die Reihenfolge Gewicht, Essanfälle, Körperwahrnehmung, Selbstwertgefühl. Bei den Nennungen zum zweit- und dritt wichtigsten Problembereich spielten das Selbstwertgefühl, die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, Essanfälle und Depressivität weiterhin eine große Rolle. In der Gesamtbewertung aller drei Problembereiche verschoben sich diese also kaum.

Zufriedenheit mit Gewicht und Essverhalten, diesbezügliche weitere Veränderungswünsche

Die meisten Klientinnen glaubten an einen langfristigen Erfolg der Beratung bzw. der Therapie (85 %).

Allerdings waren über die Hälfte (54 %) nicht oder wenig zufrieden mit ihrem derzeitigen Gewicht. 73 % wollten an ihrem Gewicht sogar noch etwas verändern.

Die meisten Klientinnen mit einem BMI unter 17,5 (Anorexiegrenze) wollten noch zunehmen, bei einigen sollte sich am Gewicht nichts mehr verändern. Bei den Klientinnen im Untergewichtsbereich (BMI 17,6 bis 20) wollten die meisten nichts verändern, nur wenige noch zunehmen und fast ein Drittel abnehmen. Im Übergewichts- und Adipositasbereich wollten die meisten Klientinnen noch abnehmen, allerdings auch eine große Gruppe im Normalgewichtsbereich (BMI 20,1 bis 25).

Tab. 15.21 Zufriedenheit mit dem Gewicht, Veränderungswünsche, nach BMI

BMI bei Therapieende	Sollte sich an Ihrem Gewicht noch etwas verändern			
	nein	Ja, zunehmen	Ja, abnehmen	Gesamt
Bis 17,5	4 26,7%	10 66,7%	1 6,7%	15 100,0%
17,6 bis 20,0	23 50,0%	7 15,2%	16 34,8%	46 100,0%
20,1 bis 25,0	25 39,1%	---	39 60,9%	64 100,0%
25,1 bis 30,0	1 5,9%	---	16 94,1%	17 100,0%
Über 30,0	---	---	37 100,0%	37 100,0%
Gesamt	53 29,6%	17 9,5%	109 60,9%	179 100,0%

Das heißt, dass nicht nur im Übergewichtsbereich sondern auch im Unter- und Normalgewichtsbereich bei einer großen Gruppe von Klientinnen offensichtlich trotz intensiver Einzeltherapie noch eine erhebliche Unzufriedenheit mit dem Gewicht bestand. Hieraus kann geschlossen werden, dass die Störung der Körperwahrnehmung trotz insgesamt eindrucksvoller Veränderungen in einer Reihe von Fällen hartnäckig persistierte. Diese Störung kann als der wesentliche Kern der Essstörung betrachtet werden. Ihre Entwicklung muss im Langzeitverlauf weiter untersucht werden.

Mit ihrem Essverhalten waren über 50 % der Klientinnen wenig oder gar nicht zufrieden, knapp 50 % zufrieden. Die große Mehrheit (89 %) wollte an ihrem Essverhalten noch etwas verändern. Ca. die Hälfte der Klientinnen äußerte sich hier in der Richtung eines natürlicheren, gesünderen besseren oder normaleren Essens. Dies war in allen Gewichtgruppen so, insbesondere aber bei den Klientinnen im Anorexiereich. Weniger essen wollten vor allem Klientinnen im Übergewichts- und Adipositasbereich. Mehr Kontrolle (z. B. weniger Essanfälle und Erbrechen) wurde vor allem im Untergewichts- und im Normalgewichtsbereich angestrebt.

Tab. 15.22 Veränderungswünsche bezüglich des Essverhaltens, nach BMI

Das sollte sich am Essverhalten noch ändern	BMI bei Therapieende				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Weniger essen	---	1 1,9%	3 4,0%	11 20,8%	15 7,6%
Natürliches, gesünderes, besseres, normales Essen	10 66,7%	26 48,1%	37 49,3%	26 49,1%	99 50,3%
Mehr Kontrolle	2 13,3%	14 25,9%	25 33,3%	9 17,0%	50 25,4%
Mehr Essen	---	1 1,9%	1 1,3%	---	2 1,0%
Unklar	1 6,7%	1 1,9%	2 2,7%	5 9,4%	9 4,6%
Nichts verändern	2 13,3%	10 18,5%	4 5,3%	1 1,9%	17 8,6%
Keine Antwort	---	1 1,9%	3 4,0%	1 1,9%	5 2,5%
Gesamt	15 100,0%	54 100,0%	75 100,0%	53 100,0%	197 100,0%

15.3.8 Bewertung der Behandlung, der Kooperation mit der Behandlerin und der Einrichtung

Die meisten Klientinnen (90 %) zeigten sich zufrieden mit der Behandlung, nur 7 % wenig oder gar nicht zufrieden.

Fast zwei Drittel der Klientinnen, die die Behandlung abgeschlossen hatten (62 %) gaben an, dass ihr Problem hinreichend bearbeitet war. 35 % fanden dies nicht, glaubten aber, genügend Unterstützung gefunden zu haben, um selbst zurecht zu kommen. Nur 4 % hätten sich mehr Unterstützung gewünscht.

Als besonders hilfreich wurden die Einzelgespräche (insgesamt 89 % der Klientinnen), zudem noch Gruppengespräche (7 %) erlebt. Familien- und Paargespräche stehen demgegenüber im Hintergrund. Diese wurden allerdings in der Regel auch nicht angewendet.

Als besonders hilfreich wurden als zusätzliche bzw. kombinierte Methode erlebt die Arbeit mit Essprotokollen bzw. Esstagebüchern (34 % der Klientinnen), gefolgt von der Ernährungsberatung (31 %), kreativer Therapie (25 %) und Körpertherapie (22 %).

Die hilfreichsten Kombinationen waren hierbei Einzelgespräche mit

- Gruppengesprächen (29 %)
- Kreativer Therapie (18 %)
- Ernährungsberatung (15 %)
- Körpertherapie (15 %)
- Essprotokollen und Esstagebüchern (14 %).

Die meisten Klientinnen erlebten die Atmosphäre in der Behandlung als unterstützend und entspannend, fühlten sich weitgehend angenommen und verstanden.

Knapp die Hälfte fühlte sich frei in der Äußerung von Gefühlen und Gedanken.

Die meisten konnten weitgehend das ansprechen, was sie beschäftigte, und fühlten sich in ihren Problemen unterstützt. Die meisten erhielten eine Unterstützung darin, schwierige Aspekte zu verändern, und erlebten die Therapeutinnen als Partnerin in der gemeinsamen Arbeit.

Die große Mehrheit fühlte sich von der Therapeutin verstanden. Die meisten Klientinnen konnten sich genügend öffnen.

Tab. 15.23 Zufriedenheit der Klientinnen mit den langen Einzeltherapien

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Teils/teils	Stimmt etwas	Stimmt genau	keine Angabe
Atmosphäre war unterstützend und entspannt	1 0,5%	5 2,4%	15 7,1%	82 38,9%	106 50,2%	2 0,9%
Habe mich angenommen und verstanden gefühlt	---	4 1,9%	10 4,7%	64 30,35	132 62,6%	1 0,5%
Hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen	1 0,5%	7 3,3%	29 13,7%	69 32,7%	104 49,3%	1 0,5%
Konnte alles ansprechen, was mich beschäftigte	2 0,9%	10 4,7%	13 6,2%	56 26,5%	129 61,1%	1 0,5%
Fühlte mich mit meinen Problemen unterstützt	1 0,5%	3 1,4%	9 4,3%	76 36,0%	121 57,3%	1 0,5%
Habe Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens zu verändern	1 0,5%	8 3,8%	23 10,9%	75 35,5%	103 48,8%	1 0,5%
Therapeutin war Partner an gemeinsamer Arbeit	2 0,9%	7 3,3%	32 15,2%	77 36,5%	90 42,7%	3 1,4%
Hatte Gefühl, dass Therapeutin mich verstand	---	3 1,4%	13 6,2%	65 30,8%	129 61,1%	1 0,5%
Konnte mich genügend öffnen	5 2,4%	12 5,7%	20 9,5%	75 35,5%	98 46,4%	1 0,5%
Hätte lieber mit Therapeutin/Therapeuten des anderen Geschlechts gearbeitet	179 84,8%	10 4,7%	17 8,1%	2 0,9%	2 0,9%	1 0,5%
Konnte Interpretationen nachvollziehen und verwerten	---	5 2,4%	10 4,7%	92 43,6%	101 47,9%	3 1,4%
Erlebte Therapeut als unparteiisch und neutral	3 1,4%	13 6,2%	16 7,6%	73 34,6%	101 47,9%	5 2,4%
Konnte Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten	---	2 0,9%	24 11,4%	74 35,1%	110 52,1%	1 0,5%

Die wenigsten Klientinnen hätten gerne eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten anderen Geschlechts, also in der Regel einen männlichen Therapeuten gehabt (2 %). Für die meisten Klientinnen waren die Interpretationen der Behandlerin nachvollziehbar und verwertbar. Sie erlebten die Therapeutinnen als unparteiisch und neutral und erarbeiteten sich während ihrer Behandlung ein Verständnis für ihre Probleme und deren Zusammenhänge.

Die Frage, ob die Klientin wieder zu dieser Mitarbeiterin kommen bzw. die Therapeutin empfehlen würde, wurde im Modul 9 (Abschluss der Beratung/Therapie) erhoben, nicht aber im Modul 14 (Abschluss der Erhebung), da hier die Behandlung ja noch fortgeführt wurde. Von den 78 Klientinnen, von denen das Modul 9 vorlag, antwortete die überwiegende Mehrheit (99 % bzw. 97 %) mit »ja«.

Mit der Einrichtung äußerten sich fast alle Klientinnen zufrieden. Alle Klientinnen, die die Behandlung abgeschlossen hatten, würden sie weiter empfehlen .

Ereignisse, die den Behandlungserfolg erschwerten

51 % der Klientinnen (108) gaben an, dass Ereignisse den Behandlungserfolg erschwerten.

Hierbei wurden vor allen Dingen folgende genannt:

- Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme (14 Nennungen)
- Probleme in der Herkunftsfamilie (12)
- Zu wenig Termine oder Zeit in der Therapie, längere Pausen (11)
- Probleme bei Arbeit/Schule/Studium (9)
- Tod eines nahen Verwandten (7).

15.3.9 Zusammenfassung und Fazit

Es wurden Daten von 211 Klientinnen ausgewertet, deren Durchschnittsalter bei 27 Jahren lag. Die Hälfte der Klientinnen litt an einer Bulimie, ein knappes Viertel an einer Anorexie. Mit 20 % war die Gruppe derer, die Essanfälle bei anderen psychischen Störungen bzw. eine Binge Eating-Störung hatten, relativ groß.

Der größte Teil der Klientinnen war normalgewichtig, 26 % waren übergewichtig oder adipös, 22 % untergewichtig und 15 % unter der Anorexiegrenze.

Am häufigsten beeinträchtigt fühlten sich die Klientinnen zu Beginn der Behandlung durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen sowie durch Probleme mit dem Körpergefühl und der Körperwahrnehmung. Bezüglich der seelischen Problematik standen Selbstwertprobleme am häufigsten im Vordergrund. Zudem hatten über die Hälfte der Klientinnen Probleme in der Herkunftsfamilie.

Über die Hälfte der Klientinnen hatte bereits eine vorhergehende Behandlung gehabt, meistens ambulant und stationär.

Die Behandlungen dauerten im Durchschnitt 18,7 Monate. Die Gesamtzahl der Sitzungen betrug im Durchschnitt 46.

Sowohl in der SCL-90-R, die den allgemeinen klinischen Zustand der Klientinnen beschreibt, als auch im EDI-EAT3-ANIS3, der die Einstellungen zum Essen und zum Essverhalten zeigt, sowie im FSE, der das konkrete Essverhalten untersucht, zeigten sich in allen Skalen bzw. auf allen Dimensionen signifikante Verbesserungen gegenüber dem Anfang der Einzeltherapien. Diese lagen alle auf dem 1%-Niveau.

Bei Klientinnen mit einem BMI unter 17,5 (Anorexiegrenze) sowie bei der Gruppe der Untergewichtigen ergab sich eine signifikante Verbesserung des Gewichtes. Keine Veränderungen gab es in der Gruppe der Normalgewichtigen und der Übergewichtigen bzw. Adipösen. Bei Letzteren war der Wunsch abzunehmen am Ende der Behandlung bzw. bei der Abschlusserhebung noch sehr verbreitet. Weiterhin wollten auch im Anorexiereich einige und im Unter- und Normalgewichtsbereich eine große Gruppe von Klientinnen weiter abnehmen. Das heißt, dass hier offensichtlich trotz intensiver Einzeltherapie noch eine erhebliche Unzufriedenheit mit dem Gewicht bestand und dass die Störung der Körperwahrnehmung trotz insgesamt eindrucksvoller Veränderungen in einer Reihe von Fällen hartnäckig persistierte. In allen Gewichtgruppen wurde von einer großen Gruppe von Klientinnen auch beim Abschluss der Behandlung bzw. bei der Abschlusserhebung noch ein natürlicheres, gesünderes, normaleres Essverhalten angestrebt.

Zum Abschluss der Behandlung zeigten sich bei den meisten Klientinnen deutliche Verbesserungen bei den Essanfällen sowie der Einschränkung der Nahrungsaufnahme, beim Erbrechen sowie bei der Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit dem Essen und in der Ernährungsqualität. Wenn Missbrauch von Laxanzien und ähnlichen Medikamenten vorlag, verbesserte sich dieser ebenfalls oft wesentlich. Weiterhin zeigten sich deutliche Verbesserungen häufig beim Selbstwertgefühl und bezüglich der sozialen Isolation, sowie bei Problemen in den Ursprungsfamilien und in der Partnerbeziehung.

Die Problembereiche in der Reihenfolge ihrer Nennung blieben insgesamt gleich. Die meisten Klientinnen zeigten sich insgesamt zufrieden mit der Behandlung, der Beraterin bzw. Therapeutin sowie der Einrichtung.

Empfehlung:

Langfristig angelegte Beratungen und Therapien, die auf die Essstörung zentriert sind, haben sich als insgesamt effektiv erwiesen. Entsprechende Angebote müssen weiter ausgebaut werden. Die Störung der Körperwahrnehmung als ein zentraler Bestandteil der Essstörung sollte im Langzeitverlauf beobachtet und die Zugänge zu diesem Störungsbereich in der Behandlung noch einmal besonders überdacht werden. Dabei muss die Beziehung zu den Selbstwertproblemen der Klientinnen berücksichtigt werden.
--

15.4 Bewertungen der langen Einzelberatungen und -therapien durch die Behandlerinnen

15.4.1 Zur Datenlage

Hierzu lagen Bewertungen von 199 Beraterinnen und Therapeutinnen vor, davon 78 aus dem Modul 8 (Abschluss der Behandlung) und 121 aus dem Modul 15 (Abschluss der Erhebung im September 2003).

15.4.2 Bewertungen der Probleme

Essstörungsspezifische Probleme

Die Beraterinnen und Therapeutinnen verzeichneten die deutlichsten Besserungen bei der Beeinträchtigung der Klientinnen durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, dann bezüglich der Ernährungsqualität, der Essanfälle, des Diäthaltens bzw. der eingeschränkten Nahrungsaufnahme und des Körpergefühls bzw. der Körperwahrnehmung.

Eher wenige Veränderungen ergaben sich in der Bewertung der Beraterinnen und Therapeutinnen bezüglich des Gewichts der Klientinnen, sowohl hinsichtlich der objektiven Veränderungen als auch der subjektiven Veränderungen, sowie bezüglich des Substanzmissbrauchs.

In den Fällen, in denen Laxanzien-, Diuretika- oder Appetitzüglerabusus vorlag, wurden mehr Verbesserungen als Nichtverbesserungen genannt.

Tab 15.24 Therapeutinnenbewertung der essstörungsspezifischen Probleme zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Gewicht subjektiv für Klientin	11 5,5%	22 11,1%	46 23,1%	47 23,6%	50 25,1%	15 7,5%	---	8 4,0%
Gewicht objektiv	2 1,0%	13 6,5%	65 32,7%	45 22,6%	38 19,1%	21 10,6%	9 4,5%	6 3,0%
Körpergefühl /-wahrnehmung	---	7 3,5%	25 12,6%	79 39,7%	75 37,7%	11 5,5%	---	2 1,0%
Essanfälle	4 2,0%	4 2,0%	14 7,0%	55 27,6%	66 33,2%	26 13,1%	29 14,6%	1 0,5%
Erbrechen	2 1,0%	3 1,5%	9 4,5%	24 12,1%	29 14,6%	42 21,1%	88 44,2%	2 1,0%
Dauerndes Diäthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	1 0,5%	2 1,0%	11 5,5%	52 26,1%	64 32,2%	27 13,6%	40 20,1%	2 1,0%
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	---	---	13 6,5%	10 5,0%	11 5,5%	20 10,1%	142 71,4%	3 1,5%
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	1 0,5%	5 2,5%	13 6,5%	7 3,5%	8 4,0%	9 4,5%	151 75,9%	5 2,5%
Ernährungsqualität	2 1,0%	3 1,5%	27 13,6%	61 30,7%	79 39,7%	20 10,1%	3 1,5%	4 2,0%
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	1 0,5%	4 2,0%	17 8,5%	72 36,2%	87 43,7%	15 7,5%	---	3 1,5%

Weitere seelische Probleme

Hier wurden am häufigsten deutliche Verbesserungen im Bereich des Selbstwertgefühls verzeichnet. Weiterhin wurden Verbesserungen für die Depressivität, die soziale Isolation und die Regulierung von Gefühlen genannt. Etwas weniger häufig

wurden Veränderungen bezüglich der Ängste, im Arbeits- und Leistungsbereich, am seltensten bei den sonstigen seelischen Störungen und zwanghaften Zügen der Klientinnen festgestellt.

Tab 15.25 Therapeutinnenbewertung der seelischen Beschwerden zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	2 1,0%	4 2,0%	5 2,5%	67 33,7%	106 53,3%	13 6,5%	---	2 1,0%
soziale Isolation	---	5 2,5%	22 11,1%	45 22,6%	62 31,2%	24 12,1%	39 19,6%	2 1,0%
Depressivität	1 0,5%	5 2,5%	20 10,1%	59 29,6%	66 33,2%	26 13,1%	19 9,5%	3 1,5%
Ängste	---	8 4,0%	21 10,6%	73 36,7%	63 31,7%	14 7,0%	18 9,0%	2 1,0%
zwanghafte Züge	---	2 1,0%	27 13,6%	66 33,2%	29 14,6%	10 5,0%	62 31,2%	3 1,5%
Regulierung von Gefühlen	1 0,5%	4 2,0%	21 10,6%	80 40,2%	69 34,7%	16 8,0%	6 3,0%	2 1,0%
sonstige seelische Beeinträchtigung	2 1,0%	5 2,5%	21 10,6%	58 29,1%	34 17,1%	11 5,5%	62 31,2%	6 3,0%
Leistungs- und Arbeitsbereich	1 0,5%	4 2,0%	23 11,6%	47 23,6%	53 26,6%	16 8,0%	52 26,1%	3 1,5%

Partner- und Familienbeziehungen

Bezüglich der Partnerbeziehungen wurden überwiegend Veränderungen gegenüber Nichtveränderungen und Verschlechterungen vermerkt, diese hauptsächlich bei den Kommunikationsproblemen.

Bezüglich der Ursprungsfamilien wurden in einem Drittel der Fälle deutlichere Verbesserungen gesehen, diese auch hauptsächlich bei den Kommunikationsproblemen, wenig bei Grenzüberschreitungen.

Sonstige Problembereiche spielten, wie bei der Ausgangsbefragung, kaum eine Rolle.

Tab. 15.26 Therapeutinnenbewertung der Partnerbeziehungen und der Herkunftsfamilie zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Beziehung z. Partner/-in	4 2,0%	6 3,0%	14 7,0%	52 26,1%	29 14,6%	14 7,0%	79 39,7%	1 0,5%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	1 0,5%	2 1,0%	19 9,5%	17 8,5%	10 5,0%	8 4,0%	141 70,9%	1 0,5%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	2 1,0%	6 3,0%	20 10,1%	47 23,6%	29 14,6%	10 5,0%	84 42,2%	1 0,5%
Probleme in der Herkunftsfamilie	---	4 2,0%	34 17,1%	68 34,2%	63 31,7%	12 6,0%	17 8,5%	1 0,5%
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	---	1 0,5%	34 17,1%	35 17,6%	32 16,1%	7 3,5%	89 44,7%	1 0,5%
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	---	5 2,5%	40 20,1%	69 34,7%	62 31,2%	8 4,0%	14 7,0%	1 0,5%

Verschiebungen in den wichtigsten Problembereichen

Hier gab es insgesamt nur geringfügige Verschiebungen. Als Hauptproblem wurde auch nach der Behandlung das Selbstwertgefühl der Klientinnen eingeschätzt. Eine bedeutende Rolle spielten weiterhin das Gewicht, Essanfälle, das Diäthalten sowie das Erbrechen. Bei den seelischen Symptomen wurden die Depressivität und die Regulierung von Gefühlen häufig genannt, im zwischenmenschlichen Bereich Probleme in der Herkunftsfamilie und in der Partnerbeziehung.

15.4.3 Gesamtbeurteilung des Beratungs- und Therapieverlaufs

Über die Hälfte der 199 Beraterinnen bzw. Therapeutinnen schätzten ihre Behandlungen als Erfolg, ein Fünftel sogar als sehr erfolgreich ein. Als wenig oder gar nicht erfolgreich wurden knapp ein Viertel der Behandlungen gewertet, bei 1,5 % wurde angegeben, dass diese geschadet hätten.

Entsprechend waren die Beraterinnen und Therapeutinnen sehr zufrieden bzw. durchschnittlich zufrieden (über drei Viertel) mit ihrer Arbeit. Sie schrieben den Behandlungen einen erheblichen Anteil an den Veränderungen der Klientinnen zu.

15.4.4 Fragen zum Abschluss der Behandlung

Zu diesen Fragen nahmen zur 71 Beraterinnen und Therapeutinnen Stellung. Da nur in 78 Fällen die Behandlung angeschlossen war, fehlen hier 7 Einschätzungen.

Am häufigsten wurde genannt, dass Beraterinnen und Klientinnen nach hinreichender Bearbeitung das Problem aus gemeinsamer Sicht beendeten. An zweiter Stelle stand, dass die Patientinnen mit den erreichten Veränderungen erst einmal al-

leine zurecht kommen wollten. Danach spielten Wohnortwechsel der Klientinnen sowie erforderlich gewordene stationäre Therapien eine nennenswerte Rolle bei der Beendigung.

Zum Abschluss der Beratung wurde in den meisten Fällen so verblieben, dass die Patientinnen versuchen, alleine zurecht zu kommen. In einigen Fällen wurde eine andere Form von Beratung bzw. Therapie oder ein Klinikaufenthalt vereinbart, in einer Reihe von Fällen eine Katamnese und einigen auch ein Gespräch zur Neubewertung bzw. Neuorientierung.

Tab. 15.27 Was führte zum Abschluss der Beratung/Therapie?

	Häufigkeit
Es erfolgte aus gemeinsamer Sicht von Beraterin/Therapeutin und Patientin eine hinreichende Bearbeitung der Probleme	34 47,9%
Die Patientin wollte mit den in der Beratung/Therapie erreichten Veränderungen erst einmal alleine zurechtkommen	24 33,8%
Von Beraterinnen bzw. Therapeutinnenseite wurde ein Abschluss für sinnvoll erachtet	6 8,5%
Es wurde eine stationäre Behandlung erforderlich	4 5,6%
Eine andere Form ambulanter Beratung/Therapie war indiziert	---
Es konnte keine konstruktive therapeutische Beziehung mehr etabliert werden	1 1,4%
Ausscheiden von Berater(in)/Therapeut(in)	2 2,8%
Wohnortwechsel der Klientin	15 21,1%
Abbruch durch die Klientin	2 2,8%

Tab. 15.28 Vereinbarung mit der Patientin zum Abschluss der Beratung/Therapie

	Häufigkeit
Die Patientin versucht, alleine zurechtkommen	53 74,6%
Es wurde ein Gespräch zur Neuorientierung/Neubewertung nach einer gewissen Zeit vereinbart	7 9,9%
Es wurde die Fortsetzung einer anderen Beratung/Therapie eingeleitet	8 11,3%
Es wurde eine Klinikeinweisung veranlasst	3 4,2%
Aufgrund des Abbruchs durch die Klientin konnten keine Vereinbarungen getroffen werden	1 1,4%
Es wurde eine katamnestische Nachbefragung nach einer gewissen Zeit vereinbart	13 18,3%

15.4.5 Zusammenfassung und Fazit

Wie die Klientinnen verzeichneten auch die Beraterinnen und Therapeutinnen bei langen Einzelberatungen und -therapien deutliche Veränderungen in wesentlichen Problembereichen der Klientinnen. Diese weichen in der Gewichtung zum Teil etwas von den Beurteilungen der Klientinnen ab.

Beraterinnen und Therapeutinnen sahen hinsichtlich der essstörungsspezifischen Probleme die deutlichsten Besserungen bei der Beeinträchtigung der Klientinnen durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, dann bezüglich der Ernährungsqualität, der Essanfälle und des Diäthaltens. Die Klientinnen hingegen nannten zuerst deutliche Verbesserungen bei Essanfällen, dann beim Diäthalten, beim Erbrechen sowie bei der Beeinträchtigung durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, und dann erst in der Ernährungsqualität.

Hinsichtlich der seelischen Probleme nannten beide die deutlichsten Besserungen im Bereich des Selbstwertgefühls. Die Behandlerinnen sahen dann häufig die Depressivität als deutlich gebessert an, anschließend die soziale Isolation und die Regulierung von Gefühlen. Bei den Klientinnen stand die soziale Isolation demgegenüber an zweiter Stelle. Bezüglich der Verbesserungen in der Partnerbeziehung sind die Einschätzungen ähnlich. Bezüglich der Probleme in den Ursprungsfamilien sind die Einschätzungen der Therapeutinnen günstiger als die der Klientinnen.

Im Vergleich der wichtigsten Problembereiche am Anfang und am Ende der Behandlung gab es auch in der Bewertung durch die Behandlerinnen nur wenige Verschiebungen. Als Hauptproblem der Klientinnen wurde auch nach der Behandlung deren Selbstwertgefühl eingeschätzt. Ebenso wie bei den Klientinnen spielten Gewicht und Essanfälle sowie Probleme in der Körperwahrnehmung eine bedeutende Rolle.

In der Gesamtbeurteilung werden die Behandlungen als positiv bewertet.

Empfehlung:

Auch im Urteil der Beraterinnen bzw. Behandlerinnen sind längerfristig angelegte Beratungen und Therapien bei zentralen Problemen der Klientinnen hilfreich. Störungszentrierte Angebote müssen daher ausgebaut bzw. die entsprechenden spezifischen Kenntnisse für die Behandlung in Weiterbildungen vermittelt werden.

15.5 Abschließende Bewertung der langen Gruppentherapien durch die Klientinnen

15.5.1 Zur Datenlage

Hierzu lagen Daten von insgesamt 95 Klientinnen vor. Dabei wurde das Modul 9 G (Abschluss der Behandlung) von 55 und das Modul 14 G (Abschluss der Erhebung, September 2003) von 40 Klientinnen ausgefüllt.

15.5.2 Soziodemographische Daten

Die Gruppen-Klientinnen waren im Durchschnitt 27 Jahre alt (SD 10,3; Minimum 15; Maximum 59). Am stärksten vertreten war die Altersgruppe zwischen 19 und 25 Jahren (34 %) gefolgt von der Gruppe der 15- bis 18-Jährigen (17 %). Über 30 Jahre alt waren 27 % der Klientinnen, zwischen 26 und 30 15 %.

Die größte Gruppe der Klientinnen hatte Abitur bzw. Fachhochschulreife (42 %), eine weitere große Gruppe Realschulabschluss (30 %). Lediglich 5 % hatten einen Hauptschulabschluss. 19 % waren noch Schülerinnen.

Von der Berufsgruppe her waren die meisten Schülerinnen oder Studentinnen (41 %), dann einfache oder mittlere Angestellte oder Beamtinnen (20 %), sowie Arbeitslose (8 %) oder Hausfrauen (7 %).

15.5.3 Klinischer Status der Klientinnen zu Beginn der Behandlung

Die meisten Klientinnen (50 %) hatten eine Bulimie bzw. atypische Bulimie. Die nächst größere Gruppe hatte Essanfälle (F 50.4 ICD-10, 27 %), Anorektikerinnen waren in dieser Gruppe mit 16 % vertreten. Nicht näher bezeichnete Essstörungen machten 7 % der Stichprobe aus.

Bei nur 7 Klientinnen wurde eine Zweitdiagnose vergeben. Die meisten (6) aus dem Bereich der depressiven Störungen. Nur in zwei Fällen gab es Drittdiagnosen.

Die BMI-Bereiche verteilten sich folgendermaßen:

≤ 17,5	8 % (8)
17,6–20	25 % (24)
20,1–25	19 % (18)
25,1–30	14 % (13)
> 30	30 % (28)

Hier befand sich die größte Gruppe im Bereich der Adipositas, die zweitgrößte im Untergewichtsbereich. Nur eine kleine Gruppe war vom Gewicht her im Anorexiereich.

Knapp die Hälfte der Klientinnen hatte vor der Gruppentherapie eine andere Behandlung gehabt. Ein Viertel hatte eine ambulante und stationäre Behandlung, 13 % eine ambulante und 12 % eine stationäre Behandlung.

15.5.4 Problembewertung am Anfang der Behandlung

Essstörungsspezifische Probleme

Am meisten beeinträchtigt fühlten sich die Klientinnen durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, dann durch ihr Gewicht und an dritter Stelle durch Probleme mit dem Körpergefühl und der Körperwahrnehmung sowie durch Essanfälle.

Über die Hälfte hatte zudem deutliche Probleme mit der Ernährungsqualität, knapp die Hälfte deutliche Probleme mit dauerndem Diäthalten und eingeschränkter Nahrungsaufnahme.

Deutliche Probleme mit dem Erbrechen beschrieben nur ein Drittel. Abusus von Laxanzien, Diuretika und Appetitzüglern sowie sonstiger Substanzmissbrauch standen dem gegenüber im Hintergrund.

Tab. 15.29 Klientinnenbewertung der essstörungsspezifischen Probleme am Beginn

Problembereich	Nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Gewicht	2 2,1%	3 3,2%	3 3,2%	26 27,4%	9 9,5%	35 36,8%	17 17,9%
Körpergefühl /-wahrnehmung	2 2,1%	7 7,4%	9 9,5%	20 21,1%	17 17,9%	28 29,5%	12 12,6%
Essanfälle	7 7,4%	9 9,5%	7 7,4%	14 14,7%	14 14,7%	37 38,9%	7 7,4%
Erbrechen	45 47,4%	6 6,3%	3 3,2%	8 8,4%	8 8,4%	16 16,8%	9 9,5%
Dauerndes Diäthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	18 18,9%	12 12,6%	11 11,6%	17 17,9%	13 13,7%	15 15,8%	9 9,5%
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	67 70,5%	6 6,3%	2 2,1%	3 3,2%	5 5,3%	1 1,1%	11 11,6%
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	64 67,4%	9 9,5%	6 6,3%	2 2,1%	---	3 3,2%	11 11,6%
Ernährungsqualität	10 10,5%	13 13,7%	10 10,5%	18 18,9%	20 21,1%	13 13,7%	11 11,6%
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	1 1,1%	1 1,1%	8 8,4%	15 15,8%	20 21,1%	42 44,2%	8 8,4%

Weitere seelische Probleme

In der subjektiven Bewertung weiterer seelischer Probleme dominierten Probleme mit dem Selbstwertgefühl sowie Probleme mit der Regulierung von Gefühlen. Weiterhin waren deutliche Problembereiche die Depressivität, Ängste sowie die sonstige seelische Beeinträchtigung. Weniger stark betont wurden soziale Isolation, zwanghafte Züge sowie Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich.

Tab. 15.30 Klientinnenbewertung der seelischen Beschwerden am Beginn

Problembereich	nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	1 1,1%	6 6,3%	2 2,1%	14 14,7%	18 18,9%	45 47,4%	9 9,5%
soziale Isolation	19 20,0%	16 16,8%	10 10,5%	16 16,8%	11 11,6%	15 15,8%	8 8,4%
Depressivität	8 8,4%	15 15,8%	10 10,5%	20 21,1%	18 18,9%	15 15,8%	9 9,5%
Ängste	8 8,4%	22 23,2%	9 9,5%	18 18,9%	18 18,9%	12 12,6%	8 8,4%
zwanghafte Züge	15 15,8%	17 17,9%	10 10,5%	25 26,3%	11 11,6%	6 6,3%	11 11,6%
Regulierung von Gefühlen	3 3,2%	9 9,5%	7 7,4%	25 26,3%	32 33,7%	11 11,6%	8 8,4%
sonstige seelische Beeinträchtigung	17 17,9%	11 11,6%	7 7,4%	19 20,0%	19 20,0%	11 11,6%	11 11,6%
Leistungs- und Arbeitsbereich	15 15,8%	18 18,9%	15 15,8%	10 10,5%	18 18,9%	8 8,4%	11 11,6%

Partner- und Familienbeziehungen

Probleme in Partnerbeziehungen gaben ein Drittel der Klientinnen an, ca. genau so viele Kommunikationsprobleme und etwas weniger Grenzüberschreitungen.

Über die Hälfte gaben deutliche Probleme in der Herkunftsfamilie an, hier insbesondere auch Kommunikationsprobleme, etwas seltener Grenzüberschreitungen.

Insgesamt ist die subjektive Problembelastung sowohl in den zur Essstörung gehörenden Bereichen als auch bei sonstigen seelischen Problemen und in der Ursprungsfamilie sowie in der Partnerschaft deutlich.

Tab. 15.31 Klientinnenbewertung der Partnerbeziehungen und der Herkunftsfamilie am Beginn

Problembereich	nicht vorhanden	wenig Beeinträchtigung	etwas Beeinträchtigung	mittlere Beeinträchtigung	deutliche Beeinträchtigung	starke Beeinträchtigung	Fehlende Angaben
Beziehung z. Partner/-in	29 30,5%	10 10,5%	10 10,5%	9 9,5%	12 12,6%	11 11,6%	14 14,7%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	40 42,1%	9 9,5%	3 3,2%	7 7,4%	6 6,3%	7 7,4%	23 24,2%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	30 31,6%	8 8,4%	7 7,4%	5 5,3%	12 12,6%	16 16,8%	17 17,9%
Probleme in der Herkunftsfamilie	10 10,5%	12 12,6%	10 10,5%	15 15,8%	19 20,0%	22 23,2%	7 7,4%
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	19 20,0%	16 16,8%	4 4,2%	12 12,6%	11 11,6%	19 20,0%	14 14,7%
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	11 11,6%	12 12,6%	6 6,3%	10 10,5%	18 18,9%	28 29,5%	10 10,5%

Die wichtigsten Problembereiche

In der Nennung der wichtigsten Problembereiche dominierten das Gewicht, Essanfälle, die Körperwahrnehmung bzw. das Körpergefühl, Probleme mit dem Selbstwertgefühl, dauerndes Diäthalten, die gedankliche Beschäftigung mit der Nahrungsaufnahme, das Erbrechen sowie Probleme in der Herkunftsfamilie.

Tab. 15.32 Nennungen des wichtigsten Problembereiches durch die Klientinnen

	Häufigkeit	Prozente
Gewicht	21	22,1
Essanfälle	11	11,6
Körpergefühl/-wahrnehmung	8	8,4
Selbstwertgefühl	8	8,4
Dauerndes Diät halten/ingeschränkte Nahrungsaufnahme	6	6,3
gedankliche Beschäftigung mit Essen	3	3,2
Erbrechen	3	3,2
Probleme in der Herkunftsfamilie	3	3,2
Soziale Isolation	2	2,1
Depressivität	2	2,1
Zwanghafte Züge	1	1,1
Probleme in Partnerbeziehung	1	1,1
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	1	1,1
Anderes Problem	9	3,0
Gesamt	71	74,7
Keine Angaben	24	25,3
Summe	95	100

15.5.5 Dauer und Umfang der Gruppentherapien

Im Durchschnitt fanden 35 Gruppentermine statt (SD 25; Minimum 7³³; Maximum 100). Die Gruppenbehandlungen dauerten im Durchschnitt 15 Monate (SD 10,5; Minimum 2; Maximum 42). Die Termine fanden bei der großen Mehrheit der Klientinnen (81 %) einmal wöchentlich statt, sonst zweimal wöchentlich. Die meisten Gruppen (88 %) waren fortlaufend angeleitet, die anderen (10 %) phasenweise. Die Mehrheit der Klientinnen hatte neben der Gruppentherapie auch andere Behandlungen oder Beratungen (66 %). Dies waren zumeist Einzelgespräche (69 % der Nennungen) oder Einzelgespräche und Ernährungsberatung (22 %).

33 Hier wurden auch die Klientinnen mit einbezogen, die die Behandlung vorzeitig beendeten.

15.5.6 Ergebnisse der Gruppentherapien

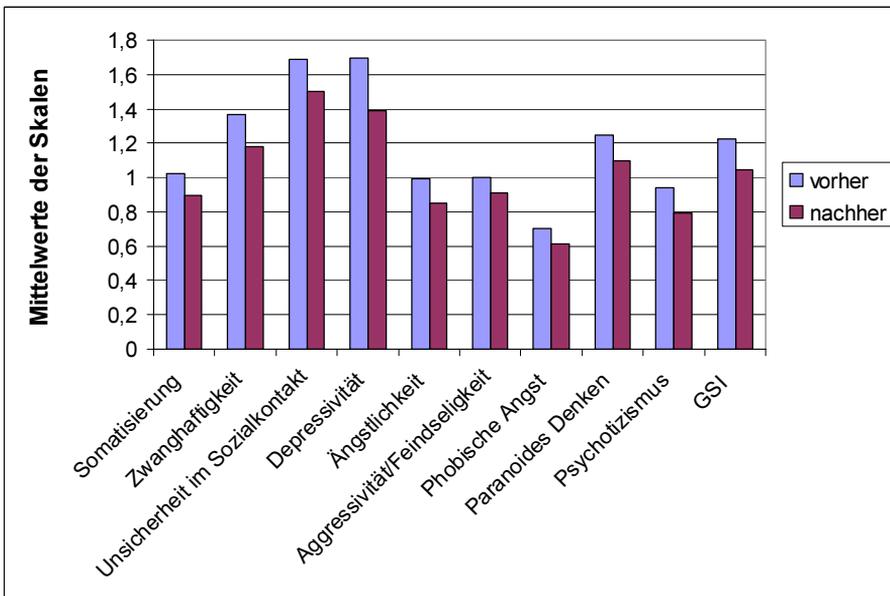
Ergebnisse der klinischen Fragebögen

Die Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R)

Hier gab es in der Mehrzahl der Skalen signifikante Veränderungen auf oder über dem 5%-Niveau. Dies betraf die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken, Psychotizismus sowie den Gesamtschwereindex. Keine signifikanten Verbesserungen ergaben sich bei der phobischen Angst und der Aggressivität bzw. Feindseligkeit.

Die größten Veränderungen gab es im Bereich der Depressivität, die geringsten Veränderungen im Bereich der Aggressivität/Feindseligkeit.

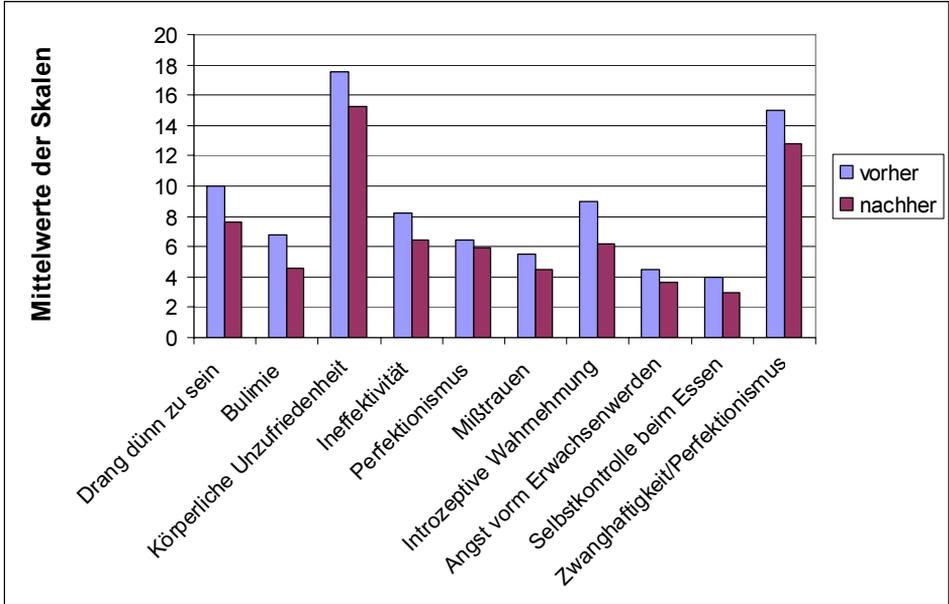
Abb. 15.10 Veränderungen in der Symptom-Checkliste 90-R (SCL 90-R) vom Beginn bis zum Ende der Behandlung (bzw. der Abschlusserhebung) (n = 70)



Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3)

Hier gab es in allen Bereichen signifikante Verbesserungen auf dem 5%-Niveau. Die deutlichsten Veränderungen ergaben sich bei dem Drang zum Dünnsein, der Bulimie, der interozeptiven Wahrnehmung und dem zwischenmenschlichen Misstrauen.

Abb. 15.11 Veränderungen im Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3) vom Beginn bis zum Ende der Behandlung (bzw. der Abschlusserhebung) (n = 73)

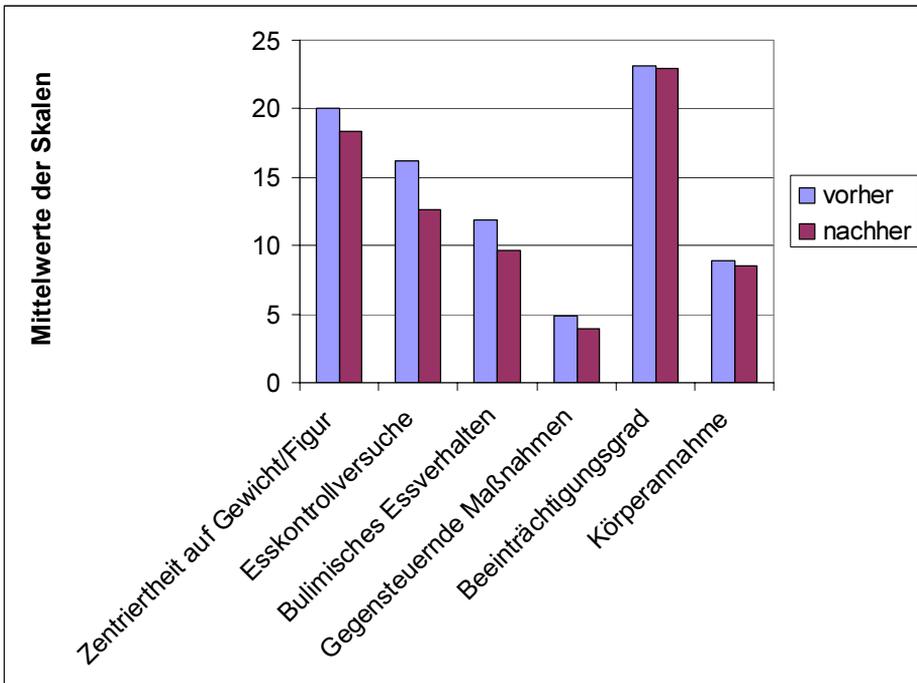


Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE)

Signifikante Verbesserungen ergaben sich in allen Bereichen bis auf den Beeinträchtigungsgrad und die Körperannahme. In diesen beiden Bereichen fielen die Veränderungen geringfügig aus. Die deutlichsten Veränderungen gab es in der Zentriertheit auf Gewicht und Figur, im bulimischen Essverhalten sowie in den Esskontrollversuchen.

Wir prüften, inwieweit sich die gegensteuernden Maßnahmen für Anorektikerinnen und Bulimikerinnen veränderten. Hier ergab sich bei den Bulimikerinnen eine signifikante Veränderung, bei den Anorektikerinnen keine.

Abb. 15.12 Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE) vom Beginn bis zum Ende der Behandlung (bzw. der Abschlusserhebung) (n = 71)



Veränderungen des Gewichts

Hierzu gruppieren wir die Klientinnen nach dem BMI folgendermaßen:

- bis 17,5 (Anorexiebereich)
- 17,6–20 (Untergewichtsbereich)
- 20,1–25 (Normalgewichtsbereich)
- 25,1–30 (Übergewichtsbereich)
- über 30 (Adipositas).

Zugrunde gelegt wurden die Angaben der Klientinnen, da die der Behandlerinnen nicht in ausreichendem Maße vorlagen.

Signifikante Veränderungen (1 %-Niveau) ergaben sich lediglich im Bereich der Adipositas. Hier sank das Gewicht im Durchschnitt um einen BMI-Punkt. Dabei sind die Veränderungen im Anorexiebereich (BMI bis 17,5) mit 1,1 BMI-Punkten deutlich, werden aber wegen den kleinen Stichprobe nicht signifikant. Dasselbe gilt für die Gruppe der Klientinnen im Untergewichtsbereich (BMI 17,6 bis 20), bei der sich im Durchschnitt eine Veränderung von 1,4 BMI-Punkten zeigte, sowie für die Klientinnen im Übergewichtsbereich, bei denen sich eine durchschnittliche Verbesserung von ca. einem BMI-Punkt ergab. Insgesamt erscheinen bezüglich des BMI

die langen Einzelberatungen und -therapien nur im Anorexie-Bereich als erfolgreicher als die Gruppenbehandlungen.

In der subjektiven Bewertung gaben die meisten Klientinnen geringfügige Verbesserungen an (31 %), deutliche Verbesserungen 19 %, keine Veränderungen 28 % und Verschlechterungen 15 %.

Abb. 15.13 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI bis 17,5 vom Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 6)

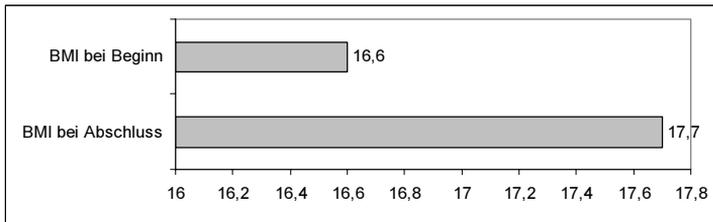


Abb. 15.14 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI 17,6 bis 20,0 vom Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 18)

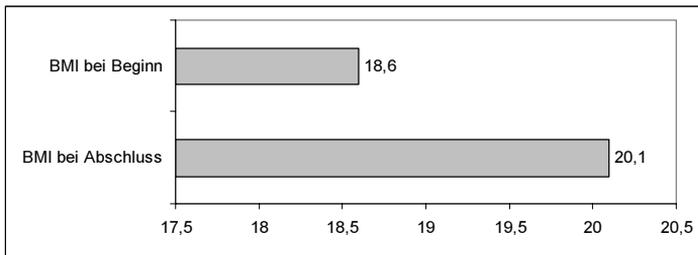


Abb. 15.15 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI 20,1 bis 25,0 vom Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 14)

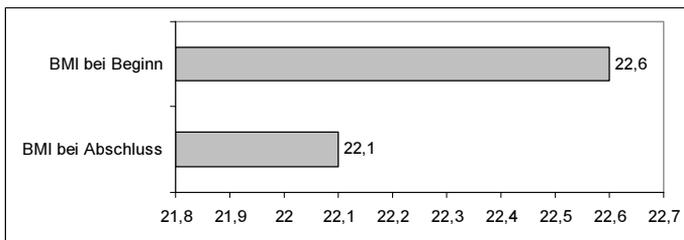


Abb. 15.16 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI 25,1 bis 30,0 vom Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 10)

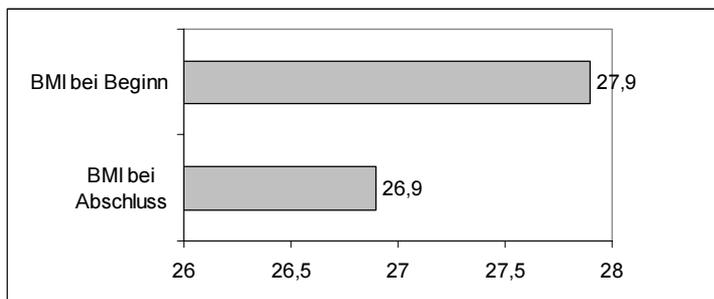
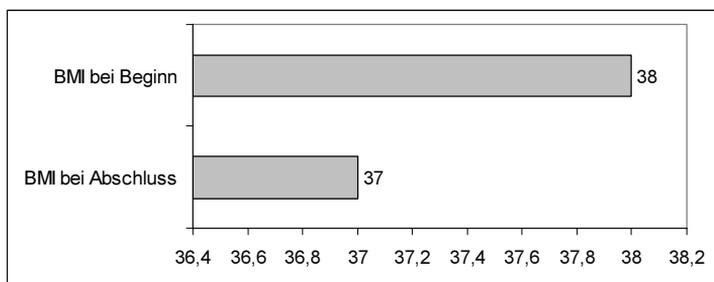


Abb. 15.17 BMI-Veränderungen bei Klientinnen mit BMI über 30 vom Beginn bis zum Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung (n = 40)



Häufigkeit von Essanfällen

Die Häufigkeit der Essanfälle vermindert sich vom Beginn der Behandlung bis zur Abschlusserhebung signifikant. Dies betrifft sowohl die Angaben zum Durchschnitt der Essanfälle in den letzten drei Monaten als auch die genauere Aufschlüsselung. Diese Veränderungen spiegeln sich auch in der subjektiven Bewertung durch die Klientinnen wider.

Tab. 15.33 Die Häufigkeit von Essanfällen beim Beginn und beim Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung

Häufigkeit von Essanfällen am Beginn	Häufigkeit von Essanfällen am Ende				Gesamt
	1–2 pro Monat	3–7 pro Monat	2–6 pro Woche	Täglich Essanfall	
1–2 pro Monat	3 20,0%	3 33,3%	---	---	6 12,8%
3–7 pro Monat	3 20,0%	2 22,2%	3 23,1%	1 10,0%	9 19,1%
2–6 pro Woche	5 33,3%	1 11,1%	6 46,2%	---	12 25,5%
Täglich Essanfall	4 26,7%	3 33,3%	4 30,8%	9 90,0%	20 42,6%
Gesamt	15 100,0%	9 100,0%	13 100,0%	10 100,0%	47 100,0%

Häufigkeit des Erbrechens

Auch die Häufigkeit des Erbrechens verringerte sich bis zur Abschlusserhebung. Allerdings nicht in dem Maße wie die Essanfälle, was sich ebenfalls in der subjektiven Bewertung der Probleme (s. unten) widerspiegelt.

Tab. 15.34 Die Häufigkeit des Erbrechens beim Beginn und beim Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung

Häufigkeit von Erbrechen am Beginn	Häufigkeit von Erbrechen am Ende			Gesamt
	Gar nicht	Bis zu 1x pro Woche	2–3x pro Woche oder tägl.	
Gar nicht	38 82,6%	2 18,2%	1 8,3%	41 59,4%
Bis zu 1x pro Woche	5 10,9%	---	1 8,3%	6 8,7%
2–3x pro Woche oder tägl.	3 6,5%	9 81,8%	10 83,3%	22 31,9%
Gesamt	46 100,0%	11 100,0%	12 100,0%	69 100,0%

15.5.7 Problembewertungen zum Abschluss

Weitere essstörungsspezifische Problembereiche

Tab. 15.35 Klientinnenbewertung der essstörungsspezifischen Probleme am Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Gewicht	5 5,3%	9 9,5%	27 28,4%	29 28,4%	16 16,8%	2 2,1%	1 1,1%	6 6,3%
Körpergefühl /-wahrnehmung	2 2,1%	4 4,2%	15 15,8%	30 31,6%	36 37,9%	6 6,3%	2 2,1%	---
Essanfälle	2 2,1%	7 7,4%	17 17,9%	22 23,2%	30 31,6%	12 12,6%	5 5,3%	---
Erbrechen	1 1,1%	4 4,2%	17 17,9%	7 7,4%	11 11,6%	13 13,7%	42 44,2%	---
Dauerndes Diäthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	1 1,1%	2 2,1%	21 22,1%	19 20,0%	19 20,0%	13 13,7%	20 21,1%	---
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	2 2,1%	1 1,1%	15 15,8%	1 1,1%	1 1,1%	8 8,4%	65 68,4%	---
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	---	3 3,2%	16 16,8%	1 1,1%	5 5,3%	6 6,3%	64 67,4%	---
Ernährungsqualität	2 2,1%	6 6,3%	19 20,0%	28 29,5%	32 33,7%	2 2,1%	3 3,2%	3 3,2%
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	1 1,1%	4 4,2%	19 20,0%	35 36,8%	24 25,3%	7 7,4%	4 4,2%	1 1,1%

Deutliche Veränderungen wurden vor allen Dingen im Bereich des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung, der Essanfälle, der Ernährungsqualität, der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen und dem Diäthalten bzw. mit der eingeschränkten Nahrungsaufnahme berichtet.

Weniger deutlich waren die Veränderungen beim Erbrechen sowie beim Substanzmissbrauch.

Beim Abusus von Laxanzien, Diuretika und Appetitzüglern überwogen die Verbesserungen die Verschlechterungen. Allerdings verzeichnete hier die größte Gruppe keine Veränderungen.

Weitere seelische Probleme

Hier zeigten sich am häufigsten deutliche Veränderungen bei den Problemen mit dem Selbstwertgefühl, bei der sonstigen seelischen Beeinträchtigung, der Regulierung von Gefühlen und der sozialen Isolation.

Weniger deutlich waren die Verbesserungen bei Problemen im Leistungs- und Arbeitsbereich, und im geringeren Ausmaß dann bei der Depressivität und bei den Ängsten, seltener noch bei den zwanghaften Zügen.

Tab. 15.36 Klientinnenbewertung der seelischen Beschwerden am Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	---	4 4,2%	20 21,1%	23 24,2%	40 42,1%	3 3,2%	4 4,2%	1 1,1%
soziale Isolation	---	4 4,2%	14 14,7%	22 23,2%	25 26,3%	6 6,3%	23 24,2%	1 1,1%
Depressivität	---	8 8,4%	13 13,7%	28 29,5%	22 23,2%	4 4,2%	18 18,9%	2 2,1%
Ängste	2 2,1%	8 8,4%	18 18,9%	25 26,3%	20 21,1%	6 6,3%	14 14,7%	2 2,1%
zwanghafte Züge	---	3 3,2%	19 20,0%	21 22,1%	13 13,7%	8 8,4%	30 31,6%	1 1,1%
Regulierung von Gefühlen	1 1,1%	8 8,4%	13 13,7%	36 37,9%	29 30,5%	5 5,3%	3 3,2%	---
sonstige seelische Beeinträchtigung	1 1,1%	4 4,2%	21 22,1%	19 20,0%	27 28,4%	7 7,4%	12 12,6%	4 4,2%
Leistungs- und Arbeitsbereich	4 4,2%	5 5,3%	24 25,3%	11 11,6%	19 20,0%	11 11,6%	21 22,1%	---

Partner- und Familienbeziehungen

In den Partner- und Familienbeziehungen überwogen die Verbesserungen die Verschlechterungen. Dies zeigte sich insbesondere in den Partnerbeziehungen bei den Kommunikationsproblemen. Bei den Grenzüberschreitungen allerdings ergab sich bei den meisten Klientinnen keine Verbesserung.

Weniger Veränderungen zeigten sich bei Problemen bei der Herkunftsfamilie. Hier verzeichnete die größte Gruppe keine Veränderungen. Diese Tendenz gilt auch für die Grenzüberschreitungen und die Kommunikationsprobleme.

Tab. 15.37 Klientinnenbewertung der Partnerbeziehungen und der Herkunftsfamilie am Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Beziehung z. Partner/-in	4 4,2%	6 6,3%	17 17,9%	12 12,6%	19 20,0%	2 2,1%	32 33,7%	3 3,2%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	1 1,1%	2 2,1%	20 21,1%	10 10,5%	8 8,4%	1 1,1%	51 53,7%	2 2,1%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	3 3,2%	6 6,3%	18 18,9%	13 13,7%	15 15,8%	3 3,2%	35 36,8%	2 2,1%
Probleme in der Herkunftsfamilie	---	5 5,3%	33 34,7%	22 23,2%	18 18,9%	6 6,3%	8 8,4%	3 3,2%
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	---	5 5,3%	26 27,4%	14 14,7%	10 10,5%	17 7,4%	30 31,6%	3 3,2%
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	1 1,1%	2 2,1%	41 43,2%	20 21,1%	16 16,8%	4 4,2%	9 9,5%	2 2,1%

Veränderung der Relevanz von Problembereichen

Bei den Problembereichen spielten vor und nach der Behandlung das Gewicht, Essanfälle und das Körpergefühl bzw. die Körperwahrnehmung die wichtigste Rolle. Danach wurden Ängste und Probleme mit dem Selbstwertgefühl sowie Konflikte in der Ursprungsfamilie genannt.

In den Hintergrund traten im Laufe der Behandlungen das Diät halten und die Einschränkung der Nahrungsaufnahme sowie Probleme im Leistungs- und Arbeitsbereich. Häufigere Nennungen in den drei wichtigsten Problembereichen als am Anfang erhielten die Depressivität die soziale Isolation, die Regulation von Gefühlen und Partnerschaftsprobleme. D. h., insgesamt rücken seelische Probleme außerhalb der Essstörung und Beziehungsprobleme stärker in den Vordergrund.

Zufriedenheit mit Gewicht und Essverhalten, diesbezügliche weitere Veränderungswünsche

Mit dem derzeitigen Gewicht war die Mehrheit der Klientinnen (60 %) wenig oder gar nicht zufrieden, nur 38 % waren zufrieden. Über drei Viertel (76 %) wollten an ihrem Gewicht noch etwas verändern. Die größte Gruppe wollte abnehmen, hier die meisten im Übergewichts- und Adipositasbereich, aber auch eine relativ große Gruppe im Normalgewichtsbereich und einige Klientinnen im Untergewichts- und Anorxiereich.

Tab. 15.38 Zufriedenheit mit dem Gewicht und Veränderungswünsche, nach BMI

Das soll sich am Gewicht noch ändern	BMI bei Abschluss der Gruppe				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Zunehmen	3 33,3%	1 5,3%	---	---	4 4,4%
Abnehmen	2 22,2%	4 21,1%	11 40,7%	34 94,4%	51 56,0%
Nichts ändern	2 22,2%	9 47,4%	14 51,9%	1 2,8%	26 28,6%
Unklar	---	4 21,1%	1 3,7%	1 2,8%	6 6,6%
Keine Antwort	2 22,2%	1 5,3%	1 3,7%	---	4 4,4%
Gesamt	9 100,0%	19 100,0%	27 100,0%	36 100,0%	91 100,0%

Mit dem derzeitigen Essverhalten äußerten sich 55 % wenig bis gar nicht zufrieden. Etwas verändern wollten hier sogar noch 87 %. Die größte Gruppe in allen Gewichtsbereichen wollte natürlicher, gesünder und normaler essen. Vor allem im Übergewichtsbereich, aber auch in den anderen Gewichtsbereichen wurde von einer Reihe von Klientinnen mehr Kontrolle (z. B. weniger Essanfälle und Erbrechen) angestrebt.

Auch bei den Gruppenbehandlungen zeigten sich, trotz eindrucksvoller Veränderungen, vor allem im Übergewichtsbereich, aber auch in den anderen Gewichtsbereichen noch deutliche Wünsche nach Gewichtsabnahme und einer Verbesserung des Essverhaltens. Gerade im Übergewichtsbereich sind Veränderungen im Gewicht und im Essverhalten allgemein nur schwer zu erreichen. Zudem bestanden vermutlich bei einer Reihe von Klientinnen in allen Gewichtgruppen weiterhin Störungen der Körperwahrnehmung. Dies muss weiter untersucht werden.

Tab. 15.39 Veränderungswünsche bezüglich des Essverhaltens, nach BMI

Das sollte sich am Essverhalten noch ändern	BMI bei Abschluss der Gruppe				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Weniger essen	---	1 5,3%	---	4 11,1%	5 5,5%
Natürliches, gesünderes, besseres, normales Essen	4 44,4%	11 57,9%	12 44,4%	15 41,7%	42 46,2%
Mehr Kontrolle	2 22,2%	2 10,5%	9 33,3%	13 36,1%	26 28,6%
Mehr Essen	---	1 5,3%	---	---	1 1,1%
Unklar	1 11,1%	2 10,5%	---	1 2,8%	4 4,4%
Nichts verändern	1 11,1%	1 5,3%	5 18,5%	3 8,3%	10 11,0%
Keine Antwort	1 11,1%	1 5,3%	1 3,7%	---	3 3,3%
Gesamt	9 100,0%	19 100,0%	27 100,0%	36 100,0%	91 100,0%

15.5.8 Bewertung der Gruppenbehandlung sowie der Kooperation mit den Behandlerinnen und der Einrichtung

Zufriedenheit mit der Gruppenbehandlung

Die meisten Klientinnen (94 %) äußerten sich zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Verlauf der Gruppenbehandlungen.

Über die Hälfte der Klientinnen, die die Gruppenbehandlung abgeschlossen hatten (51 %), sahen ihre Probleme während der Gruppentherapie als hinreichend bearbeitet an. Knapp die Hälfte (44%) hatte den Eindruck, genug gelernt zu haben, um nun selbst besser zurecht zu kommen. 6 % hätten sich mehr Unterstützung gewünscht.

Für die Mehrzahl der Klientinnen (65 %) hatten sich die Erwartungen an die Gruppe erfüllt, für ein weiteres Viertel (26 %) tendenziell.

Die meisten Klientinnen (92 %) erlebten die Atmosphäre tendenziell oder völlig unterstützend und entspannt. Die große Mehrzahl fühlte sich in der Gruppe etwas oder weitgehend wohl (92 %), angenommen und verstanden (93 %), sicher und geschützt (83 %) und hatte das Gefühl von Freiheit in ihren Gefühlen, Ansichten und Handlungen (76 %).

Die eingesetzten Methoden wurden überwiegend als hilfreich erlebt (73 %). Die meisten Klientinnen konnten tendenziell oder vollkommen alles ansprechen, was sie beschäftigte (80 %). Für eine ebenfalls sehr große Gruppe konnten die wichtigen Themen tendenziell oder völlig besprochen werden (84 %). Die meisten konnten sich tendenziell (32 %) oder weitgehend (41 %) in ausreichendem Maße öffnen,

15.5 Abschließende Bewertung der langen Gruppentherapien durch die Klientinnen

fühlten sich in ihren Problemen unterstützt (insgesamt 87 %), konnten tendenziell oder weitgehend ein Verständnis für ihre Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten (43 % bzw. 41 %) und bekamen den Mut, schwierige Aspekte zu verändern (tendenziell 34 %, völlige Zustimmung 47 %).

Die große Mehrzahl erlebte die Zusammenarbeit tendenziell (31 %) oder völlig (53 %) als hilfreich.

Tab. 15.40 Zufriedenheit der Klientinnen mit den langen Gruppentherapien

	Stimmt gar nicht	Stimmt eher nicht	Teils/teils	Stimmt etwas	Stimmt genau	keine Angabe
Atmosphäre war unterstützend und entspannt	---	2 2,1%	5 5,3%	40 42,1%	47 49,5%	1 1,1%
Habe mich in der Gruppe wohl gefühlt	1 1,1%	3 3,2%	3 3,2%	30 31,6%	57 60,0%	1 1,1%
Habe mich angenommen und verstanden gefühlt	1 0,5%	---	5 5,3%	31 32,6%	57 60,0%	1 1,1%
Habe mich sicher und geschützt gefühlt	---	3 3,2%	12 12,6%	28 29,5%	51 53,7%	1 1,1%
Hatte das Gefühl von Freiheit in meinen Gefühlen, Ansichten und Handlungen	---	2 2,1%	20 21,1%	23 24,2%	49 51,6%	1 1,1%
Die eingesetzten Methoden waren hilfreich	---	9 9,5%	13 13,7%	28 29,5%	41 43,2%	4 4,2%
Konnte alles ansprechen, was mich beschäftigte	1 1,1%	9 9,5%	8 8,4%	29 30,5%	47 49,5%	1 1,1%
Die für mich wichtigen Themen wurden besprochen	1 1,1%	3 3,2%	10 10,5%	36 37,9%	44 46,3%	1 1,1%
Konnte mich genügend öffnen	5 5,3%	5 5,3%	15 15,8%	30 31,6%	39 41,1%	1 1,1%
Fühlte mich mit meinen Problemen unterstützt	---	2 2,1%	9 9,5%	34 35,8%	49 51,6%	1 1,1%
Konnte Verständnis für meine Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten	---	2 2,1%	12 12,6%	41 43,2%	39 41,1%	1 1,1%
Habe Mut bekommen, schwierige Aspekte meines Lebens zu verändern	1 1,1%	2 2,1%	14 14,7%	32 33,7%	45 47,4%	1 1,1%
Zusammenarbeit war hilfreich	3 3,2%	3 3,2%	8 8,4%	29 30,5%	50 52,6%	2 2,1%
Gruppenleiterin war Partnerin an gemeinsamer Arbeit	2 2,1%	4 4,2%	7 7,4%	23 24,2%	58 61,1%	1 1,1%
Hatte Gefühl, dass Gruppenleiterin mich verstand	1 1,1%	2 2,1%	4 4,2%	25 26,3%	62 65,3%	1 1,1%
Empfand die Gruppenleiterin als menschlich echt	---	---	5 5,3%	10 10,5%	79 83,2%	1 1,1%
Anregungen waren nachvollziehbar und wertbar	1 1,1%	1 1,1%	6 6,3%	33 34,7%	53 55,8%	1 1,1%
Gruppenleiterin war unparteiisch und neutral	1 1,1%	3 3,2%	4 4,2%	28 29,5%	58 61,1%	1 1,1%

Beurteilung der Gruppenleiterinnen und der Einrichtung

Die Gruppenleiterinnen wurden überwiegend als Partnerinnen in einer gemeinsamen Arbeit gesehen (85 %). Die große Mehrheit der Klientinnen fühlte sich tendenziell bzw. weitgehend von der Gruppenleiterin verstanden (26 % bzw. 65 %). Die meisten erlebten die Gruppenleiterin als menschlich echt (94 %). Die Anregungen waren überwiegend nachvollziehbar und verwertbar und die Gruppenleiterin wurde als unparteiisch und neutral erlebt.

Über zwei Drittel erlebten den Leitungsstil als demokratisch, nur ein Fünftel als passiv-gewährend, nur eine kleine Minderheit (6 %) als autoritär. Fast alle Klientinnen, die die Gruppentherapie abgeschlossen hatten, gaben an, wieder zu dieser Leiterin in eine Gruppe gehen zu wollen und würden die Gruppenleiterin und das Gruppenangebot weiter empfehlen. Die große Mehrheit der Klientinnen (78 %) war mit der Einrichtung ohne Einschränkung zufrieden und würde sie weiter empfehlen (98 %).

Die meisten Klientinnen waren der Ansicht, dass ihnen die Gruppe langfristig weitergeholfen hat (61 %), 31 % glaubten dies mittelfristig.

Als weitere für das Ergebnis wichtige Einflüsse wurden hauptsächlich genannt:

- Einzelgespräche (30 Nennungen)
- Unterstützung durch Freunde und Familienangehörige (11)
- Klinikaufenthalte (5).

15.5.9 Zusammenfassung und Fazit

Zur abschließenden Beurteilung der langen Gruppenbehandlungen lagen Daten für 95 Klientinnen vor. Am stärksten vertreten waren die Altersgruppe zwischen 19 und 25 Jahren sowie die Gruppe der über 30-Jährigen. Die meisten Klientinnen hatten einen höheren Bildungsstatus (Abitur bzw. Fachhochschulreife). Die Hälfte der Klientinnen litt an einer Bulimie. Ein weiteres Viertel hatte Essanfälle. Die Gruppe der Anorektikerinnen war mit 16 % vertreten.

Am meisten beeinträchtigt fühlten sich die Klientinnen durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, durch ihr Gewicht und durch Probleme mit dem Körpergefühl bzw. der Körperwahrnehmung. Bei den weiteren seelischen Problemen standen Schwierigkeiten mit dem Selbstwertgefühl deutlich im Vordergrund. Über die Hälfte der Klientinnen hatte deutliche Probleme in den Herkunftsfamilien. Die subjektive Problembelastung war insgesamt groß.

Knapp die Hälfte der Klientinnen hatte vor der Gruppentherapie bereits eine Behandlung gehabt. Ein Viertel sogar eine ambulante und stationäre Behandlung.

Im Durchschnitt fanden 35 Gruppentermine in wöchentlichem Abstand statt. Die meisten Gruppen waren fortlaufend angeleitet. Zwei Drittel der Klientinnen hatten neben der Gruppentherapie auch andere Behandlungen, zumeist Einzelgespräche oder Einzelgespräche und Ernährungsberatung.

In den verwendeten klinischen Fragebögen gab es zum Teil signifikante Veränderungen. Diese betrafen in der Symptom-Checkliste 90-R (SCL-90-R) die Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken, Psychotizismus sowie den Gesamtschwere-Index (GSI). Im Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3) gab es in allen Bereichen signifikante Veränderungen. Im Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE) ergaben sich die deutlichsten Veränderungen in der Zentriertheit auf Figur und Gewicht, im bulimischen Essverhalten sowie in den Esskontrollversuchen.

Signifikante Gewichtsveränderungen ergaben sich im Verlaufe der Gruppentherapie lediglich im Bereich der Adipositas. Allerdings sind die Veränderungen hinsichtlich der BMI-Punkte in allen Bereichen bis auf den Anorexie-Bereich ähnlich wie bei den langen Einzelberatungen und -therapien. Dass die Veränderungen nicht signifikant wurden, ist auf die geringe Stichprobengröße zurückzuführen. Deutliche Verbesserungen verzeichneten die Patientinnen im Bereich des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung, der Essanfälle, der Ernährungsqualität sowie der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen. Bei den psychischen Problemen zeigten sich die häufigsten Verbesserungen im Selbstwertgefühl. In den Partner- und Familienbeziehungen überwogen die Verbesserungen die Verschlechterungen, wobei sich in den Partnerbeziehungen weniger Verbesserungen als bei Problemen in der Herkunftsfamilie zeigten. Insgesamt erwiesen sich lange Gruppenbehandlungen damit als ähnlich effektiv wie Einzelbehandlungen.

In der Nennung der Reihenfolge der Problembereiche spielten vor und nach der Behandlung das Gewicht, Essanfälle und das Körpergefühl die wichtigste Rolle, dann Ängste und Probleme mit dem Selbstwertgefühl.

Bei Übergewichtigen bzw. Adipösen war der Wunsch abzunehmen am Ende der Behandlung bzw. bei der Abschlusserhebung noch sehr verbreitet. Weiterhin wollten auch im Anorexiereich einige und im Unter- und Normalgewichtsbereich eine große Gruppe von Klientinnen weiter abnehmen. Das heißt, dass hier, ähnlich wie bei den Einzelbehandlungen noch eine z. T. erhebliche Unzufriedenheit mit dem Gewicht bestand und dass vermutlich die Störung der Körperwahrnehmung trotz insgesamt eindrucksvoller Veränderungen bei einigen Klientinnen hartnäckig persistierte. In allen Gewichtgruppen wurde von einer großen Gruppe von Klientinnen auch am Abschluss der Behandlung bzw. bei der Abschlusserhebung noch ein natürlicheres, gesünderes, normaleres Essverhalten angestrebt.

Die meisten Klientinnen äußerten sich zufrieden bis sehr zufrieden mit der Gruppenbehandlung. Die Erwartungen an die Gruppe erfüllten sich weit gehend. Die eingesetzten Methoden wurden überwiegend als hilfreich angesehen. Die Gruppenleiterinnen wurden überwiegend als Partnerinnen in der gemeinsamen Arbeit erlebt. Die Einrichtungen wurden überwiegend als positiv beurteilt.

Empfehlung:

Gruppenbehandlungen im Bereich der Beratung und Therapie von Essstörungen haben sich insgesamt als effektive erwiesen und sind auszubauen. Dies gilt insbesondere für Essgestörte mit Untergewicht, Normalgewicht und Übergewicht. Für Essgestörte mit einem anorektischen Gewicht ist Einzelbehandlung, eventuell in Kombination mit einer Gruppenbehandlung vorzuziehen. Die spezifische Wirksamkeit von Gruppenbehandlungen hinsichtlich einzelner Merkmale Essgestörter muss weiter untersucht werden.

15.6 Abschließende Bewertung der langen Gruppentherapien durch die Beraterinnen und Therapeutinnen

15.6.1 Zur Datenlage

Hierzu lagen Einschätzungen von insgesamt 65 Beraterinnen und Therapeutinnen vor, 30 im Modul 8 (Abschluss der Behandlung) und 35 im Modul 15 (Abschluss der Erhebung im September 2003). Von 30 Klientinnen fehlte insgesamt die abschließende Beurteilung der Beraterinnen. Die Berechnung der Ergebnisse wurde auf die Gesamtzahl der Klientinnen, von denen abschließende Beurteilungen vorlagen, bezogen.

15.6.2 Bewertung der Problembereiche

Essstörungsspezifische Probleme

Die Veränderungen bezüglich des Gewichtes wurden von den Beraterinnen und Therapeutinnen bei ca. einem Drittel der Klientinnen als gebessert eingeschätzt, bei einem Fünftel sogar als wesentlich gebessert, dies sowohl bezüglich der subjektiven Veränderungen für die Klientinnen als auch objektiv. Dies entspricht in etwa den Veränderungen des BMI bei den Gruppenbehandlungen und auch den Einschätzungen der Klientinnen.

Relativ am häufigsten (bei ca. einem Viertel der Klientinnen) wurden deutliche Veränderungen benannt bei den Essanfällen, bezüglich des Körpergefühls und der Körperwahrnehmung und bezüglich des Erbrechens.

Veränderungstendenzen wurden auch bezüglich der Beeinträchtigung durch gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, bezüglich des dauernden Diäthaltens und der eingeschränkten Nahrungsaufnahme sowie bezüglich der Ernährungsqualität festgestellt.

Relativ wenig Veränderungen ergaben sich beim Substanzmissbrauch. Beim Missbrauch von Laxanien-, Diuretika- und Appetitzüglern überwogen auch in der Einschätzung der Behandlerinnen die Verbesserungen die Nichtverbesserungen.

Tab. 15.41 Beraterinnenbewertung der essstörungsspezifischen Probleme zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Gewicht subjektiv für Klientin	1 1,1%	10 10,5%	19 20,0%	14 14,7%	17 17,9%	2 2,1%	---	32 33,7%
Gewicht objektiv	2 2,1%	6 6,3%	24 25,3%	12 12,6%	16 16,8%	4 4,2%	---	31 32,6%
Körpergefühl /-wahrnehmung	---	1 1,1%	9 9,5%	30 31,6%	21 22,1%	4 4,2%	---	30 31,6%
Essanfälle	---	2 2,1%	9 9,5%	22 23,2%	16 16,8%	11 11,6%	---	30 31,6%
Erbrechen	---	5 5,3%	3 3,2%	7 7,4%	9 9,5%	13 13,7%	28 29,5%	30 31,6%
Dauerndes Diätthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	---	2 2,1%	7 7,4%	18 18,9%	15 15,8%	11 11,6%	12 12,6%	30 31,6%
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	---	---	3 3,2%	2 2,1%	1 1,1%	8 8,4%	50 52,6%	31 32,6%
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	1 1,1%	5 5,3%	1 1,1%	---	2 2,1%	5 5,3%	51 53,7%	30 31,6%
Ernährungsqualität	---	3 3,2%	24 25,3%	17 17,9%	15 15,8%	5 5,3%	---	31 32,6%
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	---	6 6,3%	10 10,5%	27 28,4%	20 21,1%	1 1,1%	1 1,1%	30 31,6%

Weitere seelische Probleme

Hier wurden ebenfalls deutliche Veränderungen nur bei weniger als einem Drittel der Klientinnen genannt. Am häufigsten wurden deutliche Veränderungen im Bereich des Selbstwertgefühls, bei der Regulierung von Gefühlen sowie bei der sozialen Isolation eingeschätzt.

Veränderungen ergaben sich tendenziell auch im Leistungs- und Arbeitsbereich und bei der Depressivität sowie bei den Ängsten und der sonstigen seelischen Beeinträchtigung. Als gering wurden die Veränderungen bei den zwanghaften Zügen eingeschätzt.

Tab. 15.42 Beraterinnenbewertung der seelischen Beschwerden zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	---	3 3,2%	4 4,2%	31 32,6%	24 25,3%	3 3,2%	---	30 31,6%
soziale Isolation	---	2 2,1%	10 10,5%	19 20,0%	19 20,0%	5 5,3%	10 10,5%	30 31,6%
Depressivität	---	2 2,1%	11 11,6%	27 28,4%	11 11,6%	8 8,4%	6 6,3%	30 31,6%
Ängste	---	4 4,2%	12 12,6%	26 27,4%	12 12,6%	4 4,2%	7 7,4%	30 31,6%
zwanghafte Züge	---	---	13 13,7%	18 18,9%	9 9,5%	2 2,1%	22 23,2%	31 32,6%
Regulierung von Gefühlen	---	---	14 14,7%	24 25,3%	21 22,1%	6 6,3%	---	30 31,6%
sonstige seelische Beeinträchtigung	---	---	8 8,4%	20 21,1%	13 13,7%	3 3,2%	15 15,8%	36 37,9%
Leistungs- und Arbeitsbereich	---	6 6,3%	13 13,7%	8 8,4%	13 13,7%	6 6,3%	17 17,9%	32 33,7%

Partner- und Familienbeziehungen

Hier wurden die Veränderungen insgesamt als geringfügig eingeschätzt.

Die meisten wesentlichen Verbesserungen wurden bei Problemen in den Herkunftsfamilien genannt, in der differenzierten Betrachtung der Probleme am deutlichsten bei den Grenzüberschreitungen.

Weniger deutlich fielen im Urteil der Beraterinnen die Veränderungen bei Problemen in Partnerbeziehungen aus. Hier wurden noch am häufigsten deutliche Veränderungen bei den Kommunikationsproblemen vermerkt.

Tab. 15.43 Beraterinnenbewertung der Partnerbeziehungen und der Herkunftsfamilie zum Abschluss

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Beziehung z. Partner/-in	---	7 7,4%	8 8,4%	14 14,7%	10 10,5%	3 3,2%	23 24,2%	30 31,6%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	1 1,1%	2 2,1%	6 6,3%	10 10,5%	4 4,2%	---	42 44,2%	30 31,6%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	1 1,1%	7 7,4%	10 10,5%	8 8,4%	9 9,5%	---	29 30,5%	31 32,6%
Probleme in der Herkunftsfamilie	---	4 4,2%	14 14,7%	22 23,2%	23 24,2%	---	2 2,1%	30 31,6%
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	---	3 3,2%	17 17,9%	16 16,8%	12 12,6%	4 4,2%	13 13,7%	30 31,6%
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	---	4 4,2%	16 16,8%	31 32,6%	12 12,6%	1 1,1%	1 1,1%	30 31,6%

Die wichtigsten Problembereiche beim Abschluss der langen Gruppentherapien

Hier dominierten weiterhin Probleme mit dem Selbstwertgefühl, dem Gewicht sowie der Körperwahrnehmung und dem Erbrechen. Darüber hinaus bedeutsam waren soziale Isolation, Probleme in der Herkunftsfamilie und Probleme in der Partnerbeziehung.

15.6.3 Gesamtbeurteilung der Gruppentherapien

Der größte Teil der Behandlerinnen (63 %) beurteilte die Gruppentherapien als durchschnittlich erfolgreich, 14 % beurteilten sie sogar als sehr erfolgreich. Als wenig oder gar nicht erfolgreich wurden 22 % der Behandlungen angesehen, 2 % als schädlich.

Die Mehrzahl der Behandlerinnen (86 %) gab der Gruppe einen erheblichen Anteil an den Veränderungen.

Über zwei Drittel (67 %) waren durchschnittlich zufrieden, 22 % sogar sehr zufrieden mit ihrer Arbeit.

15.6.4 Fragen zum Abschluss der Behandlung

Auf die Fragen nach dem Abschluss der langen Gruppentherapien antworteten insgesamt 30 der 65 Beraterinnen und Behandlerinnen im Modul 8. Nach den vorliegenden Antworten erfolgte der Abschluss meistens in einem gemeinsamen Einverständnis nach hinreichender Bearbeitung der Probleme, dann durch Wohnortwechsel der Klientinnen (27 % der Nennungen), weil die Klientin mit den erreichten

Veränderungen erst mal alleine zurecht kommen wollte (20 %) oder durch Abbruch (17 %).

Vereinbart wurde in den meisten der 30 Fälle, dass die Klientin versucht, alleine zurecht zu kommen. Eine andere ambulante Therapie wurde in 7 Fällen (24 %) empfohlen, eine Neuorientierung oder Katamnese nur in wenigen Fällen vereinbart. Eine Klinikseinweisung erfolgte nach einer Gruppentherapie offensichtlich nie.

15.6.5 Zusammenfassung und Fazit

Die Beraterinnen und Therapeutinnen beurteilten die Veränderungen der Klientinnen bezüglich der essstörungsspezifischen Probleme, der weiteren seelischen Probleme sowie der Partner- und Familienbeziehungen eher vorsichtig. Es wurden in der Regel nicht so deutliche Veränderungen angegeben wie von den Klientinnen. Insgesamt allerdings überwiegen in den Einschätzungen die Veränderungen die Nichtveränderungen. Die deutlichsten Veränderungen wurden bezüglich des Gewichtes, der Körperwahrnehmung, der Essanfälle, des Erbrechens und des Diäthaltens sowie bezüglich des Selbstwertgefühls, der sozialen Isolierung und des Diäthaltens beschrieben. Als wichtigster Problembereich wurde auch im Rückblick das Selbstwertgefühl angesehen, dann das Gewicht, die Körperwahrnehmung und das Erbrechen. Dies unterscheidet sich von der Beurteilung der Klientinnen, die dem Gewicht, den Essanfällen und dem Körpergefühl bzw. der Körperwahrnehmung nach der Behandlung die wichtigste Rolle zuordneten.

Insgesamt wurden die Behandlungen als durchschnittlich erfolgreich angesehen. Die Gruppentherapien wurden zumeist im gemeinsamen Einverständnis nach hinreichender Bearbeitung der Probleme abgeschlossen. Es wurde zumeist vereinbart, dass die Klientin versucht, im Anschluss an die Behandlung alleine zurecht zu kommen.

Empfehlung:

Gruppenbehandlungen tragen deutlich zur Verbesserung der Symptomatik bei essgestörten Klientinnen bei. Von daher sind entsprechende störungszentrierte Angebote auszubauen. Dies sollte auch aus Kostengründen geschehen, da Gruppenbehandlungen kostengünstiger sind als Einzeltherapien. Die Effektivität einzelner Elemente der Gruppentherapien muss in Langzeituntersuchungen genauer überprüft werden.
--

16. Die Katamnesen der langen Beratungen und Therapien

16.1 Vorbemerkung

Katamnesen wurden mit dem Modul 10 bei den langen Einzel- und Gruppenberatungen und -therapien erhoben. Die zu Beginn der Studie geplante Katamnese bei mittellangen Beratungen konnte wegen der komplizierten Datenlage (s. Kapitel 14.1) nicht erhoben werden.

Ausgewertet wurden für den folgenden Abschnitt die Daten von 124 Klientinnen, von denen bereits eine Anfangserhebung vorlag. Insgesamt waren 276 Katamnesebögen verschickt worden. Hiervon kamen 130 (47 %) zurück. Von den zurückgesandten waren 6 Bögen nicht auswertbar, da zu viele Daten fehlten.

Da der größte Teil der Klientinnen einzeln bzw. in Gruppen und einzeln behandelt wurde (85 %), wurde auf eine gesonderte Auswertung von Einzel- und Gruppenbehandlungen verzichtet. Die Auswertung erfolgte für alle langen Behandlungen insgesamt.

16.2 Soziodemographische Daten

Das Durchschnittsalter dieser Stichprobe lag bei 28 (SD = 9,6; Minimum 15; Maximum 53). Der größte Teil der Klientinnen war zwischen 15 und 25 Jahre alt (50 %), 35 % waren über 30 Jahre alt.

Der größte Teil der Klientinnen hatte Abitur bzw. Fachhochschulreife (51 %), 25 % hatten einen Realschulabschluss, 8 % einen Hauptschulabschluss, 15 % waren noch Schülerinnen.

Die soziodemographischen Daten entsprechen denen der Klientinnen, von denen Daten zum Abschluss der langen Beratungen und Therapien (Einzel, Gruppe) vorlagen (vgl. die Abschnitte 15.3.2 bzw. 15.5.2)

Tab. 16.1 Alter der Klientinnen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
15 bis 18 Jahre	19	15,3	15,6	15,6
19 bis 21 Jahre	23	18,5	18,9	34,4
22 bis 25 Jahre	20	16,1	16,4	50,8
26 bis 30 Jahre	17	13,7	13,9	64,8
Über 30 Jahre	43	34,7	35,2	100,0
Gesamt	122	98,4	100,0	
Fehlend	2	1,6		
Gesamt	124	100,0		

Tab. 16.2 Höchster Schulabschluss der Klientinnen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Noch Schülerin	19	15,3	15,4	15,4
Hauptschulabschluss	10	8,1	8,1	23,6
Realschulabschluss	31	25,0	25,2	48,8
Abitur/Fachhochschulreife	63	50,8	51,2	100,0
Gesamt	123	99,2	100,0	
Fehlend	1	0,8		
Gesamt	124	100,0		

16.3 Klinische Daten der Klientinnen

Die meisten Klientinnen (55 %) litten an einer Bulimie, 20 % an einer Anorexie, 19 % hatten Essanfälle bzw. eine Binge Eating Störung, 6 % hatten eine nicht näher bezeichnete Essstörung. Diese Verteilung entspricht der bei der Abschlusserhebung der langen Einzelberatungen und -therapien und ungefähr der bei den langen Gruppenbehandlungen. Bei letzteren waren die Anorexien in etwas geringerem Ausmaß vertreten (vgl. die Abschnitte 15.3.3 bzw. 15.5.3).

Tab. 16.3 Diagnosen der Klientinnen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Anorexie	25	20,2	20,2	20,2
Bulimie	68	54,8	54,8	75,0
F50.4/ Binge eating	24	19,4	19,4	94,4
F50.9 (nicht näher bez. Essstörung)	7	5,6	5,6	100,0
Gesamt	124	100,0	100,0	

Nach Abschluss der Behandlung in der an dieser Studie beteiligten Beratungs- oder Therapieeinrichtung hatten 82 % der Klientinnen überhaupt keine weitere Behandlung mehr. 11 % hatten irgendeine Form von ambulanter Behandlung, 3 % eine stationäre Behandlung und 2 % eine ambulante und stationäre Behandlung.

Lediglich zwei Klientinnen suchten nach der Behandlung wegen der Essstörung noch den Hausarzt oder die Hausärztin und lediglich fünf Klientinnen eine Beratungsstelle für Essstörungen auf. Eine Sucht- oder andere Beratungsstelle wurde von keiner Klientin aufgesucht. Sechs Klientinnen suchten danach eine ambulante Psychotherapie auf. Allerdings hatten hier fünf Klientinnen nur einen Termin. Zwei Klientinnen suchten einen Nervenarzt/-ärztin oder Psychiater/Psychiaterin zu einem Termin auf. Andere ambulante Fachleute, Allgemeinkrankenhäuser oder psychiatrische Einrichtungen wurden nicht aufgesucht. Sechs suchten ein Psychosomatisches Krankenhaus auf, wobei fünf im engeren Sinne stationär behandelt wurden.

Tab. 16.4 Weitere Behandlungen nach Abschluss der Beratungen und Therapien

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Nein, keine Behandlung	101	81,5	83,5	83,5
Ja, ambulante Behandlung	14	11,3	11,6	95,0
Ja, stationäre Behandlung	4	3,2	3,3	98,3
Ja, ambulante und stationäre Behandlung	2	1,6	1,7	100,0
Gesamt	121	97,6	100,0	
Fehlend	3	2,4		
Gesamt	124	100,0		

Insgesamt nahmen also nur sechs Klientinnen nach Abschluss der Behandlung noch eine intensivere ambulante oder stationäre Behandlung in Anspruch.

16.4 Art und Dauer der Behandlungen, Zeitraum seit dem Behandlungsende

Die meisten Klientinnen nahmen nur an einer Einzelbehandlung teil (79, 64 %), 19 (15 %) waren Gruppenklientinnen und 26 (21 %) sowohl Einzel- als auch Gruppenklientinnen.

Einzelgespräche hatten insgesamt 105 Klientinnen (85 %), Gruppengespräche hatten insgesamt 45 Klientinnen (36 %). Familiengespräche fanden bei 16 Klientinnen (13 %) statt, Paargespräche nur bei fünf (4 %). Ernährungsberatung fand bei 23 Klientinnen (19 %) statt, Körpertherapie nur bei drei Klientinnen (2 %).

Die Behandlungen dauerten im Durchschnitt 20,5 Monate (SD 13,7; Minimum 3 Monate; Maximum 90 Monate). Die durchschnittliche Stundenzahl pro Woche war eine (Mittelwert 1,14; SD 0,5; Minimum 0,5 Stunden; Maximum 3 Stunden). Die meisten Klientinnen (57 %) hatten eine Stunde pro Woche, eine relativ große Gruppe (11 %) zwei Stunden.

Das Ende der Beratung lag bei 50 % der Klientinnen ein bis zwei Jahre zurück, bei 45 % ein halbes bis ein Jahr. Bei 6 % (7 Klientinnen) fehlten die Angaben.

Tab. 16.5 Zeitraum seit Beendigung der Beratung/ Therapie

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
½ bis unter 1 Jahr	56	45,2	47,9	47,9
1 bis 2 Jahre	61	49,2	52,1	100,0
Gesamt	117	94,4	100,0	
Fehlend	7	5,6		
Gesamt	124	100,0		

16.5 Ergebnisse der Behandlungen

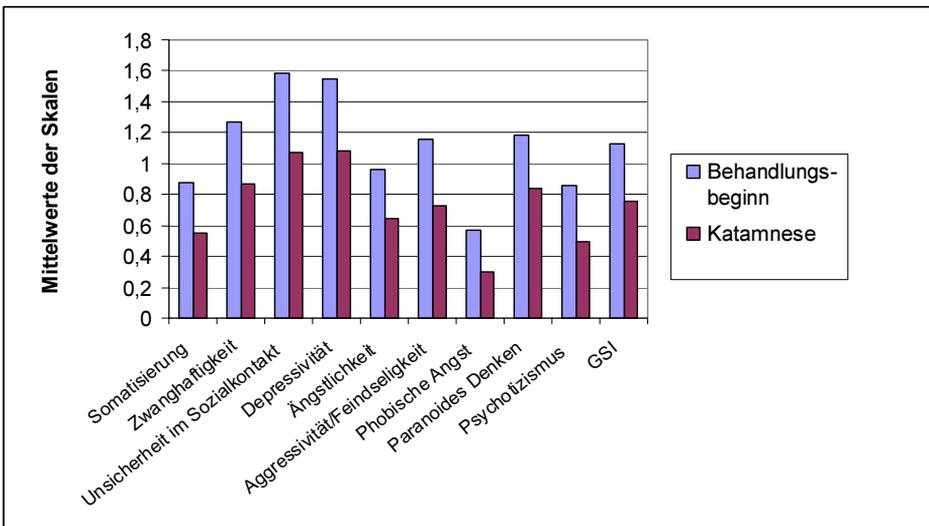
Ergebnisse der klinischen Fragebögen

Wir verglichen hierbei jeweils die Daten der drei klinischen Fragebögen (Symptom-Checkliste 90-R, Eating Disorder Inventory, Eating Attitudes Test 3 – Anorexia nervosa Inventar zur Selbsteinschätzung 3, Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen) am Anfang der Therapie (Zeitpunkt 1) sowie die Angaben zum Abschluss der Therapie bzw. zur Hauptabschlusserhebung der Studie im September 2003 (Zeitpunkt 2) mit denen der Katamnese (Zeitpunkt 3).

Die Symptom-Checkliste 90-R (SCL 90-R)

Bei dem Vergleich der Werte der SCL 90-R vom Behandlungsbeginn (Zeitpunkt 1) bis zur Katamnese (Zeitpunkt 3) zeigten sich in allen Skalen sowie im Gesamt-Schwere-Index signifikante Verbesserungen auf dem 1%-Niveau.

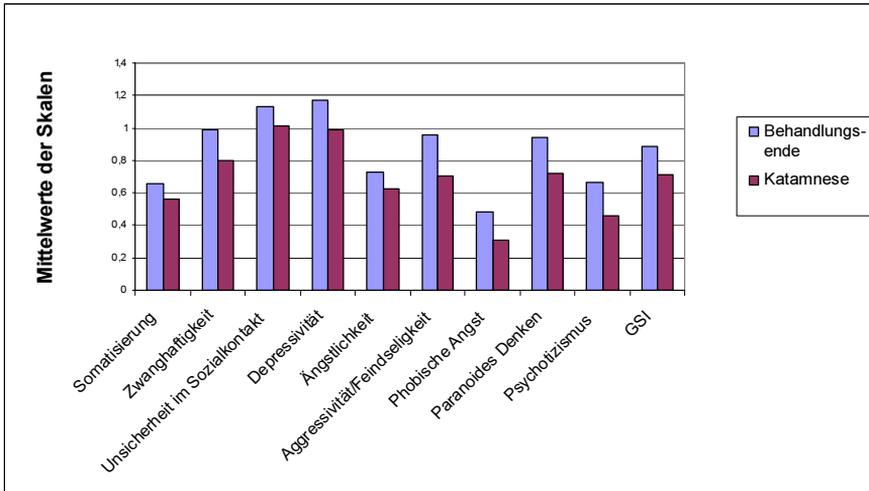
Abb. 16.1 Symptom-Checkliste 90-R (SCL 90-R) beim Behandlungsbeginn und bei der Katamnese (n = 78)



Bei dem Vergleich zwischen dem Abschluss der Behandlung bzw. der Abschlusserhebung Ende September 2003 (Zeitpunkt 2) und der Katamneseerhebung (Zeitpunkt 3) ergab die Auswertung der vorliegenden Daten von 52 Klientinnen ebenfalls in wesentlichen Bereichen weitere signifikante Verbesserungen. Dies betraf den Gesamt-Schwere-Index, die Unsicherheit im Sozialkontakt, die Aggressivität und Feindseligkeit, die phobische Angst, das paranoide Denken und den Psychotizismus auf dem 1%-Niveau, die Zwanghaftigkeit und die Depressivität auf dem

5%-Niveau. Bei der Somatisierung wurde das 5%-Niveau knapp verfehlt. Keine Veränderungen ergaben sich bei der Ängstlichkeit.

Abb. 16.2 Symptom-Checkliste 90-R (SCL 90-R) beim Behandlungsende bzw. der Abschlusserhebung und bei der Katamnese (n = 52)

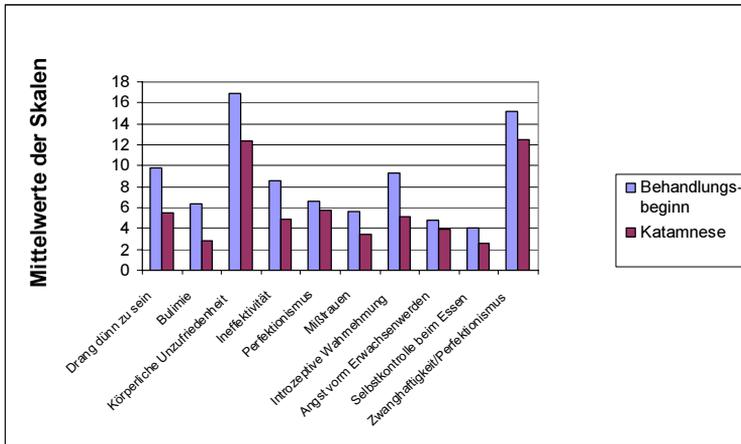


Insgesamt verbesserte sich also bis zum Katamnesezeitpunkt die seelische Belastung der Klientinnen signifikant. Auch nach der Beendigung der Therapie fanden weitere Verbesserungen statt.

Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3)

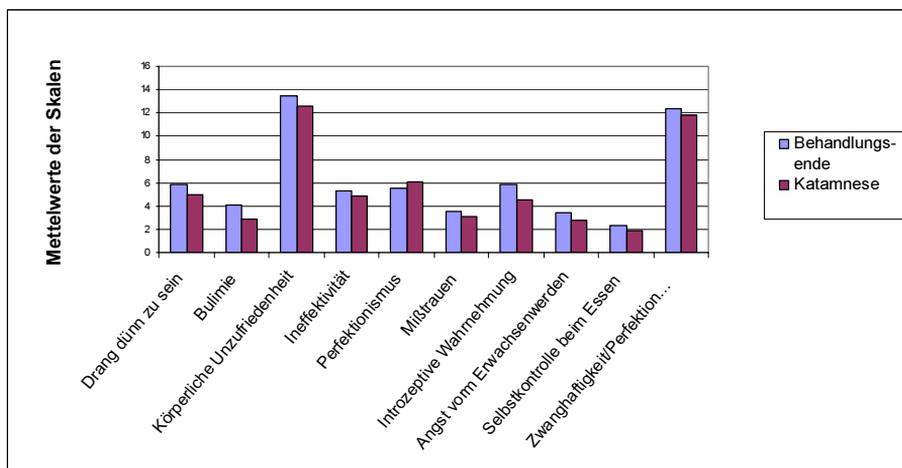
Hier lagen für den Vergleich vom Zeitpunkt 1 (Beginn der Behandlung) zum Zeitpunkt 3 (Katamneseerhebung) Daten von 81 Klientinnen vor. Auch hier ergaben sich auf allen Skalen signifikante Verbesserungen, zumeist auf dem 1%-Niveau, bei der Skala Angst vor dem Erwachsenwerden auf dem 5%-Niveau.

Abb. 16.3 Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3) beim Behandlungsbeginn und bei der Katamnese (n = 88)



Vom Zeitpunkt 2 (Ende der Behandlung bzw. Abschlusserhebung September 2003) bis zum Zeitpunkt 3 (Katamneseerhebung) ergaben sich hier nur in wenigen Bereichen weitere signifikante Veränderungen. Diese betrafen die Skalen Bulimie, introzeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden und das Ausmaß der Selbstkontrolle beim Essen. Auf der Skala Perfektionismus ergaben sich leichte Verschlechterungen.

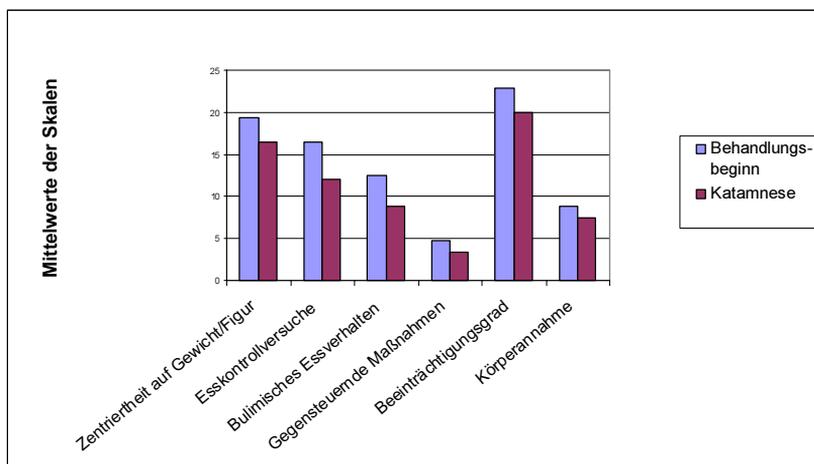
Abb. 16.4 Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3) beim Behandlungsende bzw. der Abschlusserhebung und bei der Katamnese (n = 54)



Der Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE)

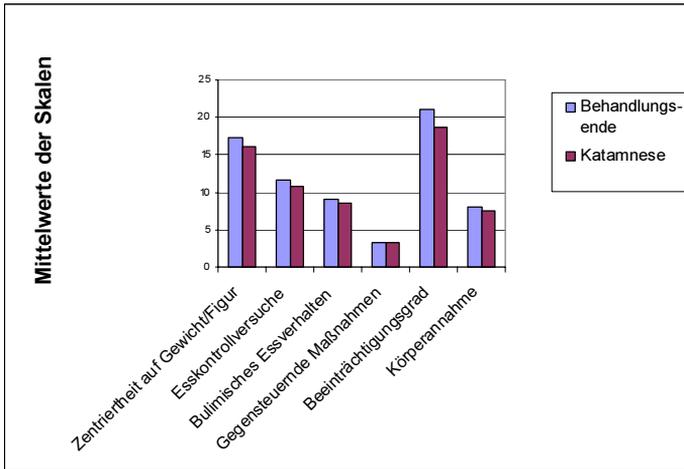
Hier ergaben sich vom Beginn der Behandlung (Zeitpunkt 1) bis zur Katamneseerhebung (Zeitpunkt 3) auf allen Dimensionen signifikante Verbesserungen (1 %-Niveau).

Abb.16.5 Der Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE) beim Behandlungsbeginn und bei der Katamnese (n = 79)



Vom Zeitpunkt 2 (Abschluss der Behandlung bzw. Ende der Erhebung) bis zum Zeitpunkt 3 (Katamnese) ergaben sich auf den Dimensionen Zentriertheit auf Gewicht und Figur, Beeinträchtigungsgrad und Körperannahme signifikante Veränderungen auf dem 5%-Niveau.

Abb. 16.6 Der Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE) beim Behandlungsende bzw. der Abschlusserhebung und bei der Katamnese (n = 52)



Dies heißt, dass sich in wesentlichen Aspekten der Essstörung auch nach Abschluss der Behandlung noch bedeutsame Veränderungen ergeben können. Dass die Behandlungen selbst bedeutsame Ergebnisse erbrachten, konnte bereits bei der Darstellung der Behandlungsergebnisse von langen Einzel- und Gruppenberatungen und -therapien gezeigt werden.

Veränderungen des BMI

Die Veränderungen des BMI wurden über vier Gruppen untersucht:

- BMI bis 17,5 (Anorexiebereich)
- BMI 17,6 bis 20 (Untergewicht)
- BMI 20,1 bis 25 (Normalgewicht)
- BMI über 25 (Übergewicht und Adipositas).

Dabei fanden im Anorexiebereich nach Auswertung der Klientinnenurteile vom Therapiebeginn bis zur Katamnese signifikante Veränderungen auf dem 5%-Niveau statt. Vom Behandlungsende (bzw. Abschlusserhebung) bis zur Katamnese ergaben sich keine signifikanten Veränderungen mehr. Dies ist auf die geringe Stichprobengröße (4) zurückzuführen.

Im Bereich des Untergewichtes (BMI 17,6 bis 20) ergaben sich vom Therapiebeginn bis hin zur Katamnese ebenfalls signifikante Veränderungen, allerdings vom Behandlungsende (bzw. Abschlusserhebung) bis zur Katamnese dann nicht mehr.

Bei den normalgewichtigen Klientinnen ergaben sich vom Therapiebeginn bis zur Katamnese keine signifikanten Veränderungen, wohl aber vom Behandlungsende bzw. der Abschlusserhebung bis zur Katamnese. Hier nahmen die Klientinnen noch einmal signifikant zu.

Keine Veränderungen ergaben sich im BMI-Bereich über 25 (Übergewicht und Adipositas).

Das heißt, dass sich Klientinnen mit Übergewicht auf die Dauer gesehen am wenigsten veränderten.

Tab. 16.6 Veränderungen des BMI zwischen Beginn der Behandlung und Katamnese

BMI-Gruppen	Vergleich Behandlungsbeginn mit Katamnese					
	MW Beginn	SD Beginn	MW Katamnese	SD Katamnese	N	p (einseitig)
bis 17,5	15,4	1,6	17,9	2,5	9	,025
17,6 bis 20,0	18,8	0,7	19,5	1,5	25	,018
20,1 bis 25,0	21,9	1,3	22,1	1,3	33	,181
über 25	34,7	6,0	34,3	6,0	37	,127

Tab. 16.7 Veränderungen des BMI zwischen Abschluss der Behandlung (bzw. bei der Abschlusserhebung) und Katamnese

BMI-Gruppen	Vergleich Behandlungsende mit Katamnese					
	MW Ende	SD Ende	MW Katamnese	SD Katamnese	N	p (einseitig)
bis 17,5	17,5	2,5	18,8	3,3	4	,261
17,6 bis 20,0	20,3	2,2	20,5	1,9	10	,327
20,1 bis 25,0	21,3	1,4	21,9	1,5	12	,017
über 25	33,6	5,4	33,6	6,0	21	,495

Häufigkeit der Essanfälle

Vom Beginn der Behandlung bis zur Katamnese verminderten sich die Essanfälle bei den Klientinnen, die häufig Essanfälle hatten. Dies war insbesondere bei der Gruppe der Fall, die mindestens zweimal wöchentlich und häufiger Essanfälle hatten. Dies ist ein wesentliches Ergebnis.

Bei Klientinnen mit geringerer Auftretenshäufigkeit von Essanfällen gab es z. T. auch Verschlechterungen. Diese sind allerdings deutlich geringfügiger als die Verbesserungen bei den Klientinnen mit häufigen Essanfällen.

Tab. 16.8 Häufigkeit der Essanfälle beim Beginn der Behandlung und bei der Katamnese

Häufigkeit von Essanfällen am Beginn	Häufigkeit von Essanfällen bei Katamnese				Gesamt
	Kein Essanfall	1–2 pro Monat	3–7 pro Monat	Mindestens 2x pro Wo. bis täglich	
Kein Essanfall	---	2 11,1%	---	---	2 4,0%
1–2 pro Monat	---	3 16,7%	1 6,7%	1 7,1%	5 10,0%
3–7 pro Monat	---	3 16,7%	4 26,7%	4 28,6%	11 22,0%
Mindestens 2x pro Woche bis täglich	3 100,0%	10 55,6%	10 66,7%	9 64,3%	32 64,0%
Gesamt	3 100,0%	18 100,0%	15 100,0%	14 100,0%	50 100,0%

Vom Behandlungsende bzw. vom Abschluss der Erhebung bis zur Katamnese gab es bei den häufig auftretenden Essanfällen (zweimal pro Woche und mehr) ebenfalls noch Verbesserungen. Allerdings kamen in den Gruppen, in denen Essanfälle seltener auftraten, auch Verschlechterungen vor, so dass es insgesamt vom Behandlungsende (bzw. der Abschlusserhebung) bis zur Katamnese bezüglich der Essanfälle keine wesentlichen Verbesserungen mehr gab.

Tab. 16.9 Häufigkeit von Essanfällen am Ende der Behandlung (bzw. bei der Abschlusserhebung) und bei der Katamnese

Häufigkeit von Essanfällen am Ende	Häufigkeit von Essanfällen bei Katamnese				Gesamt
	Kein Essanfall	1–2 pro Monat	3–7 pro Monat	Mindestens 2x pro Wo. bis täglich	
Kein Essanfall	---	---	---	1 10,0%	1 3,1%
1–2 pro Monat	---	7 77,8%	2 18,2%	2 20,0%	11 34,4%
3–7 pro Monat	1 50,0%	1 11,1%	2 18,2%	5 50,0%	9 28,1%
Mindestens 2x pro Woche bis täglich	1 50,0%	1 11,1%	7 63,6%	2 20,0%	11 34,4%
Gesamt	2 100,0%	9 100,0%	11 100,0%	10 100,0%	32 100,0%

Häufigkeit des Erbrechens

Bezüglich des Erbrechens sind vom Behandlungsbeginn bis zur Katamneseerhebung überwiegend Verbesserungen zu verzeichnen, dies insbesondere bei Klientinnen, die zweimal wöchentlich und mehr erbrochen haben. In wenigen Fällen gab es in diesem Zeitraum auch Verschlechterungen.

Tab. 16.10 Häufigkeit des Erbrechens beim Beginn der Behandlung und bei der Katamnese

Erbrechen am Beginn	Erbrechen bei Katamnese			Gesamt
	Gar nicht	Bis zu 1x pro Woche	2x pro Woche bis täglich	
Gar nicht	46 78,0%	3 33,3%	---	49 65,3%
Bis zu 1x pro Woche	5 8,5%	---	1 14,3%	6 8,0%
2x pro Woche bis täglich	8 13,6%	6 66,7%	6 85,7%	20 26,7%
Gesamt	59 100,0%	9 100,0%	7 100,0%	75 100,0%

Vom Behandlungsende bzw. Abschluss der Erhebung bis zur Katamnese ergaben sich bei den Klientinnen, die gar nicht erbrochen hatten, z. T. Verschlechterungen. Bei den Klientinnen, die auch am Behandlungsende (bzw. bei der Abschlusserhebung) noch häufiger erbrochen hatten, ergaben sich Verbesserungen. Die Ursachen der Verschlechterungen bedürfen weiterer Aufklärung.

Tab. 16.11 Häufigkeit des Erbrechens am Ende der Behandlung (bzw. bei der Abschlusserhebung) und bei der Katamnese

Erbrechen am Ende	Erbrechen bei Katamnese			Gesamt
	Gar nicht	Bis zu 1x pro Woche	2x pro Woche bis täglich	
Gar nicht	36 97,3%	5 62,5%	1 25,0%	42 85,7%
Bis zu 1x pro Woche	---	1 12,5%	---	1 2,0%
2x pro Woche bis täglich	1 2,7%	2 25,0%	3 75,0%	6 12,2%
Gesamt	37 100,0%	8 100,0%	4 100,0%	49 100,0%

16.6 Problembewertung bei der Katamnese

Essstörungsspezifische Probleme

Bezüglich der essstörungsspezifischen Probleme ergaben sich deutliche Veränderungen (»wesentlich verbessert«, »Problem tritt nicht mehr auf«) bei der gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen, der Ernährungsqualität, den Essanfällen, dem Diäthalten bzw. der eingeschränkten Nahrungsaufnahme, dem Körpergefühl bzw. der Körperwahrnehmung und beim Erbrechen. Bezüglich des Gewichtes gab es bei einer Reihe von Klientinnen (26 %) deutliche Verbesserungen, aber auch bei 19 % in der subjektiven Einschätzung Verschlechterungen.

Insgesamt waren auch in der Katamnese bei den Klientinnen, die antworteten, in wesentlichen auf die Essstörung bezogenen Bereichen deutliche Veränderungen zu verzeichnen bzw. die am Behandlungsende erreichten Veränderungen hielten an.

Tab. 16.12 Klientinnenbewertung der essstörungsspezifischen Probleme bei der Katamnese

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Gewicht	5 4,0%	19 15,3%	40 32,3%	18 14,5%	25 20,2%	7 5,6%	1 0,8%	9 7,3%
Körpergefühl /-wahrnehmung	2 1,6%	4 3,2%	32 25,8%	37 29,8%	43 34,7%	4 3,2%	1 0,8%	1 0,8%
Essanfälle	3 2,4%	9 7,3%	23 18,5%	17 13,7%	42 33,9%	19 15,3%	10 8,1%	1 0,8%
Erbrechen	2 1,6%	4 3,2%	11 8,9%	11 8,9%	21 16,9%	17 13,7%	56 45,2%	2 1,6%
Dauerndes Diäthalten/eingeschränkte Nahrungsaufnahme	2 1,6%	3 2,4%	26 21,0%	21 16,9%	24 19,4%	24 19,4%	23 18,5%	1 0,8%
Laxanzien-/Diuretika-/Appetitzüglerabusus	2 1,6%	9 7,3%	---	2 1,6%	2 1,6%	20 16,1%	87 70,2%	2 1,6%
Sonstiger Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol, Drogen)	1 0,8%	2 1,6%	11 8,9%	3 2,4%	1 0,8%	9 7,3%	95 76,6%	2 1,6%
Ernährungsqualität	2 1,6%	12 9,7%	31 25,0%	30 24,2%	38 30,6%	6 4,8%	4 3,2%	1 0,8%
gedankliche Beschäftigung mit dem Essen	2 1,6%	5 4,0%	24 19,4%	24 19,4%	49 39,5%	15 12,1%	3 2,4%	2 1,6%

Weitere seelische Probleme

Hier ergaben sich die deutlichsten Veränderungen (»wesentlich verbessert« bzw. »Problem tritt nicht mehr auf«) beim Selbstwertgefühl, bezüglich der sozialen Isolierung und bezüglich der Regulierung von Gefühlen. Weiterhin wurden deutliche Veränderungen verzeichnet im Problembereich Depressivität, bei Ängsten sowie bei

zwanghaften Zügen. Auch die Probleme im Arbeitsbereich sowie die sonstige seelische Beeinträchtigung verbesserten sich. Allerdings lagen die Veränderungen hier ebenso wie bei der Regulierung von Gefühlen bei vielen Klientinnen im »mittleren Bereich«. Insgesamt waren auch hier die Veränderungen bei den untersuchten Klientinnen stabil.

Tab. 16.13 Klientinnenbewertung der seelischen Beschwerden bei der Katamnese

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Selbstwertgefühl	4 3,2%	9 7,3%	24 19,4%	34 27,4%	43 34,7%	4 3,2%	4 3,2%	2 1,6%
soziale Isolation	---	2 1,6%	24 19,4%	22 17,7%	26 21,0%	17 13,7%	31 25,0%	2 1,6%
Depressivität	2 1,6%	7 5,6%	23 18,5%	25 20,2%	25 20,2%	11 8,9%	29 23,4%	2 1,6%
Ängste	2 1,6%	9 7,3%	28 22,6%	29 23,4%	26 21,0%	6 4,8%	22 17,7%	2 1,6%
zwanghafte Züge	1 0,8%	7 5,6%	17 13,7%	26 21,0%	19 15,3%	13 10,5%	39 31,5%	2 1,6%
Regulierung von Gefühlen	2 1,6%	14 11,3%	31 25,0%	32 25,8%	30 24,2%	6 4,8%	6 4,8%	3 2,4%
sonstige seelische Beeinträchtigung	1 0,8%	5 4,0%	27 21,8%	28 22,6%	18 14,5%	8 6,5%	32 25,8%	5 4,0%
Leistungs- und Arbeitsbereich	2 1,6%	7 5,6%	34 27,4%	18 14,5%	19 15,3%	15 12,1%	25 20,2%	4 3,2%

Partnerbeziehungen und Herkunftsfamilie

Bezüglich der Probleme in den Partnerbeziehungen wurden insgesamt deutlich mehr Veränderungen zum Positiven als Verschlechterungen festgestellt. Allerdings trafen die hier genannten Probleme auf eine große Gruppe von Klientinnen (bis zu 54 %) nicht zu.

Bezüglich der Ursprungsfamilien überwogen ebenfalls die Verbesserungen die Verschlechterungen, wobei auch hier zum Teil eine relativ große Gruppe keine Probleme sah (21 % bis 36 %).

16.14 Klientinnenbewertung der Partnerbeziehungen und der Herkunftsfamilie bei der Katamnese

Problembereich	Wesentlich verschlechtert	Etwas verschlechtert	Keine Veränderung	Etwas verbessert	Wesentlich verbessert	Problem tritt nicht mehr auf	Trifft nicht zu	Fehlende Angaben
Beziehung zu Partner/-in	3 2,4%	4 3,2%	27 21,8%	19 15,3%	20 16,1%	10 8,1%	38 30,6%	3 2,4%
Grenzüberschreitungen in der Partnerbeziehung	---	4 3,2%	21 16,9%	12 9,7%	10 8,1%	6 4,8%	67 54,0%	4 3,2%
Kommunikationsprobleme in der Partnerbeziehung	2 1,6%	7 5,6%	28 22,6%	10 8,1%	15 12,1%	7 5,6%	51 41,1%	4 3,2%
Probleme in der Herkunftsfamilie	4 3,2%	5 4,0%	34 27,4%	26 21,0%	21 16,9%	5 4,0%	26 21,0%	3 2,4%
Grenzüberschreitungen in der Herkunftsfamilie	1 0,8%	8 6,5%	31 25,0%	17 13,7%	15 12,1%	5 4,0%	44 35,5%	3 2,4%
Kommunikationsprobleme in der Herkunftsfamilie	1 0,8%	13 10,5%	32 25,8%	20 16,1%	23 18,5%	3 2,4%	30 24,2%	2 1,6%

Die wichtigsten Problembereiche

Als wichtigste Problembereiche wurden weiterhin genannt das Gewicht, Essanfälle, Probleme mit dem Körpergefühl bzw. der Körperwahrnehmung sowie Selbstwertprobleme und Depressivität.

Zufriedenheit mit Gewicht und Essverhalten, diesbezügliche weitere Veränderungswünsche

48 % der Klientinnen äußerten sich zufrieden bzw. sehr zufrieden mit ihrem derzeitigen Gewicht, 50 % allerdings wenig (27 %) bis gar nicht (23 %) zufrieden. 27 % wollten an ihrem Gewicht nichts mehr verändern, 69 % dagegen schon.

Bei der Auswertung der konkret genannten Veränderungswünsche dominiert das Abnehmen (56 % der Nennungen), vor dem Zunehmen (7 % der Nennungen). Nichts verändern wollten 28 %³⁴. Bei 10 % der Klientinnen blieb die Antwort unklar bzw. es wurde nicht geantwortet.

Zufrieden mit dem derzeitigen Essverhalten waren insgesamt 52 % der Klientinnen. Wenig bis gar nicht zufrieden 45 %. Die meisten (73 %) wollten auch bei der Katamnese an ihrem Essverhalten noch etwas verändern. Nur 20 % antworteten hier mit Nein. Die Mehrzahl wollte ein natürlicheres, gesünderes, normaleres Essverhalten entwickeln (42 %). 20 % wünschten sich mehr Kontrolle. Nichts verändern woll-

34 Bei der detaillierteren Frage danach, was sich am Gewicht noch ändern soll, weicht die Zahl derer, die im Sinne einer Nichtveränderung antworten, um knapp 1 % von denen ab, die bei der Frage, ob sie an ihrem Gewicht noch etwas verändern wollen, zunächst generell mit Nein geantwortet haben. Hier liegt ein inkonsistentes Antwortverhalten vor.

ten 19 %³⁵ und weniger essen lediglich 5 %. Das heißt, dass die meisten Klientinnen anscheinend immer noch Regulierungsschwierigkeiten bei ihrem Essverhalten sahen.

Analysiert man die Veränderungswünsche bezüglich des Gewichtes und des Essverhaltens nach den jeweiligen BMI-Gruppen, so wollten die meisten Klientinnen in der Gruppe mit einem anorektischen BMI (bis 17,5) nichts verändern, in der BMI-Gruppe zwischen 17,6 und 20 ebenfalls. Hier hält sich die Anzahl derer, die zunehmen und abnehmen wollten, jeweils die Waage. Im BMI-Bereich zwischen 20,1 und 25 (Normalgewicht) wollten viele Klientinnen noch abnehmen, wenige nichts verändern. Abnehmen wollten die meisten Klientinnen in der BMI-Gruppe über 25 noch (33 Nennungen).

Das heißt, dass sich auch in den unteren Gewichtgruppen immer noch einige Klientinnen gegen das Zunehmen sträubten. Auch einige der normalgewichtigen Klientinnen waren mit ihrem Gewicht nicht zufrieden.

Tab. 16.15 Zufriedenheit mit dem Gewicht und Veränderungswünsche, nach BMI

Das soll sich am Gewicht noch ändern	BMI bei Katamnese				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Zunehmen	1 14,3%	4 16,0%	1 2,3%	---	6 5,3%
Abnehmen	1 14,3%	4 16,0%	25 56,8%	33 89,2%	63 55,8%
Nichts ändern	3 42,9%	15 60,0%	14 31,8%	---	32 28,3%
Unklar	---	1 4,0%	1 2,3%	3 8,1%	5 4,4%
Keine Antwort	2 28,6%	1 4,0%	3 6,8%	1 2,7%	7 6,2%
Gesamt	7 100,0%	25 100,0%	44 100,0%	37 100,0%	113 100,0%

Bezüglich der Veränderung des Essverhaltens wollen die meisten Klientinnen in allen Bereichen natürlicher, gesünder, besser und normaler essen. Im BMI-Bereich über 25 wird zudem mehr Kontrolle über das Essverhalten angestrebt. Weniger essen geben hier als expliziten Wunsch auch nur wenige Klientinnen an. Auch im Untergewichts- und Normalgewichtsbereich wird von einigen Klientinnen noch mehr Kontrolle (z. B. weniger Essanfälle und Erbrechen) angestrebt.

35 Auch hier liegt ein inkonsistentes Antwortverhalten vor.

Tab. 16.16 Veränderungswünsche bezüglich des Essverhaltens, nach BMI

Das sollte sich am Essverhalten noch ändern	BMI bei Therapieabschluss				Gesamt
	> 17,5	17,6 bis 20,0	20,1 bis 25,0	< 25	
Weniger essen	---	---	2 4,5%	4 10,8%	6 5,3%
Natürliches, gesünderes, besseres, normales Essen	4 57,1%	14 56,0%	20 45,5%	9 24,3%	47 41,6%
Mehr Kontrolle	1 14,3%	5 20,0%	7 15,9%	11 29,7%	24 21,2%
Mehr Essen	--	---	---	1 2,7%	1 0,9%
Unklar	---	1 4,0%	1 2,3%	3 8,1%	5 4,4%
Nichts verändern	---	5 20,0%	10 22,7%	5 13,5%	20 17,7%
Keine Antwort	2 28,6%	---	4 9,1%	4 10,8%	10 8,8%
Gesamt	7 100,0%	25 100,0%	44 100,0%	37 100,0%	113 100,0%

Insgesamt kann festgehalten werden, dass auch in der Katamneseuntersuchung viele Klientinnen, insbesondere im Übergewichts- und Adipositasbereich, noch eine Gewichtsunzufriedenheit zeigen und noch nicht zu einem natürlichen, ungezwungenen und dabei gesundem Essverhalten gefunden hatten. Dies betraf alle Gewichtsgruppen, insbesondere die unteren. Hier scheinen die Störungen trotz deutlicher Verbesserungen in anderen Bereichen, z. B. beim objektiven Gewicht auch in den unteren Gewichtsgruppen, hartnäckig zu sein. Dies deutet auch auf persistierende Störungen der Körperwahrnehmung hin.

16.7 Bewertung der Behandlungen sowie der Kooperation mit den Behandlerinnen und der Einrichtung

Zufriedenheit mit der Beratung/Behandlung

Die meisten Klientinnen (82 %) zeigten sich auch in der Katamnese zufrieden mit der Behandlung. Nur 7 % waren wenig bzw. gar nicht zufrieden. Von 11 % fehlten die Angaben.

48 % hatten den Eindruck, dass ihre Probleme hinreichend bearbeitet waren. 34 % meinten, dass die Probleme so weit bearbeitet seien, dass sie nun selbst zurecht kämen. Lediglich 7 % hätten sich mehr Unterstützung gewünscht.

Als besonders hilfreich wurden die Einzelgespräche empfunden (65 %), daneben die Gruppengespräche (16 %). Weiterhin als besonders hilfreich wurden gesehen die Arbeit mit Essprotokollen und -tagebüchern (26 Nennungen, 21 %), Ernährungsberatung (19 Nennungen, 15 %), kreative Therapien (12 Nennungen, 10 %) sowie

Körpertherapien (12 Nennungen, ebenfalls 10 %). Als hilfreiche Kombinationen wurden angesehen insbesondere die Verbindung von Einzel- und Gruppentherapie (19, 16 %) sowie die Verbindung von Einzeltherapie und Esstagebüchern (13, 11 %).

Die meisten Klientinnen empfanden die Arbeitsatmosphäre als überwiegend unterstützend und entspannt (85 %). Sie fühlten sich angenommen und verstanden (85 %). Die meisten Klientinnen fühlten sich frei in der Äußerung von Gefühlen und Gedanken, hatten den Eindruck, alles ansprechen zu können, was sie beschäftigte, fühlten sich in ihren Problemen unterstützt und ermutigt, schwierige Aspekte zu verändern.

Kooperation mit den Behandlerinnen und der Einrichtung

Die Behandlerinnen wurden überwiegend als Partnerinnen in der gemeinsamen Arbeit gesehen. Die Klientinnen fühlten sich überwiegend verstanden und konnten sich öffnen. Nur sehr wenige (3 %) hätten lieber eine Behandlerin bzw. einen Behandler anderen Geschlechtes gehabt (hier in der Regel männlichen Berater oder Therapeuten). Die meisten Klientinnen erlebten die Interpretationen der Behandlerin als überwiegend nachvollziehbar und verwertbar, die Behandlerin als unparteiisch und neutral. Die meisten konnten sich überwiegend ein Verständnis für ihre Probleme und deren Zusammenhänge erarbeiten.

Die meisten Klientinnen würden wieder zu dieser Mitarbeiterin kommen, diese weiterempfehlen, äußerten sich mit dem Umgang mit ihnen in der Einrichtung zufrieden. Alle würden die Einrichtung weiterempfehlen.

Die meisten Klientinnen glaubten an einen langfristigen Erfolg der Beratung bzw. Therapie.

Ereignisse, die den Behandlungserfolg erschwerten

32 % der Klientinnen (39) nannten Ereignisse, die den Behandlungserfolg erschwerten. Hier wurden vor allen Dingen folgende genannt:

- Partnerschafts- bzw. Beziehungsprobleme: 14 Nennungen
- Probleme in Arbeit, Schule, Studium: 9 Nennungen
- Probleme in der Familie: 6 Nennungen.

16.8 Zusammenfassung und Fazit

In der Katamnese der langen Einzelberatungen und Therapien wurden die Daten von 124 Klientinnen ausgewertet. Insgesamt hatte sich bei 276 ausgesandten Katamnese-Bögen ein Rücklauf von 130 Bögen (47 %) ergeben. Bei 6 Klientinnen waren die Daten so unvollständig, dass sie nicht ausgewertet werden konnten. In die Endauswertung wurden 124 Klientinnen einbezogen. Die meisten dieser Klientinnen hatten Einzelgespräche. Auf eine gesonderte Auswertung von Gruppen- und Einzelklientinnen wurde daher verzichtet.

Die Klientinnen waren im Durchschnitt 28 Jahre alt. Die hauptsächlichen Diagnosen waren Bulimie (55 %), Anorexie (20 %) sowie Essanfälle bzw. Binge Eating Störung (19 %). Die meisten Klientinnen (118) hatten nach dem Abschluss der Behandlung nicht an einer nennenswerten ambulanten oder stationären Therapie teilgenommen.

In den zentralen klinischen Merkmalen ergaben sich deutliche Veränderungen im Vergleich zum Therapiebeginn. In der Symptom-Checkliste 90-R (SCL 90-R), die die allgemeinen seelischen Beschwerden erfasst, verbesserten sich sogar die Werte vom Behandlungsende bzw. der Abschlusserhebung bis hin zur Katamnese noch einmal. Beim Eating Disorder Inventory – Eating Attitudes Test 3 – Anorexia nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung 3 (EDI-EAT3-ANIS3) ergaben sich ebenfalls in einigen Bereichen Verbesserungen vom Behandlungsende bzw. der Abschlusserhebung bis zur Katamnese. Dies betraf insbesondere den Bereich Bulimie, die interozeptive Wahrnehmung, die Angst vor dem Erwachsenwerden und die Selbstkontrolle beim Essen. Beim Fragebogen zur Symptomdiagnose bei Essstörungen (FSE) fanden sich ebenfalls beim Vergleich des Behandlungsbeginns und der Katamnese signifikante Veränderungen. Vom Behandlungsende bzw. der Abschlusserhebung bis zur Katamnese ergaben sich deutliche Verbesserungen im Hinblick auf die Zentriertheit auf Gewicht und Figur sowie Verbesserungen im Beeinträchtigungsgrad und in der Körperannahme.

Verbessern tat sich auch der BMI der Klientinnen im Anorexiebereich und im Untergewichtsbereich vom Therapiebeginn bis zur Katamnese. Im Normalgewichtsbereich fanden sich Verbesserungen von der Abschlusserhebung bis zur Katamnese. Im Bereich des Übergewichtes und der Adipositas ergaben sich keine Veränderungen.

Bei der Untersuchung der wesentlichen Problembereiche zeigten sich bezüglich der essstörungsspezifischen Bereiche vor allen Dingen Veränderungen bei der Beeinträchtigung durch die gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, in der Ernährungsqualität sowie bei den Essanfällen und dem dauernden Diäthalten, aber auch beim Erbrechen. Bezüglich der seelischen Problematik verbesserten sich vor allen Dingen das Selbstwertgefühl, die soziale Isolierung und die Regulierung von Gefühlen. Wo Probleme im Partnerschafts- bzw. im Familienbereich bestanden, ergaben sich auch hier Verbesserungen.

Als wichtigste Problembereiche wurden weiterhin genannt das Gewicht, Essanfälle, das Körpergefühl bzw. die Körperwahrnehmung und das Selbstwertgefühl.

Allerdings hatte eine Reihe von Klientinnen noch Probleme, zu einem ungewohnten, normalen Essverhalten zu finden. Zudem äußerten viele Klientinnen im Übergewichtsbereich, wo sich das Gewicht im Gesamtverlauf wenig verändert hatte, noch eine deutliche Unzufriedenheit mit ihrem Gewicht. Dies belegt die bekannte Veränderungsresistenz bei Übergewicht und Adipositas. Zudem deutet es auf fortbestehende Störungen der Körperwahrnehmung bei einer Reihe von der Klientinnen hin. Diese Aspekte bedürfen weiterer Untersuchung im Langzeitverlauf.

Bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von nicht ganz 2 Jahren (20,5 Monate) und einer durchschnittlichen Stundenzahl von 1 Stunde pro Woche ergaben sich somit stabile Behandlungsergebnisse nach einem halben Jahr bzw. 1 Jahr nach der Behandlung.

Als hilfreich wurden von den Klientinnen insbesondere Einzel- und Gruppengespräche sowie der Einsatz von Esstagebüchern und Essprotokollen erlebt. Insgesamt ergab sich bei den Klientinnen eine hohe Behandlungszufriedenheit. Die Kooperation mit der Behandlerin bzw. der Einrichtung wurde als überwiegend positiv bis sehr positiv beschrieben. Die Behandlung wurde von den Klientinnen auch im Rückblick als Erfolg gewertet. Die vorgelegten Ergebnisse müssen natürlich mit Vorsicht genossen werden, da der Rücklauf unter 50 % betrug. Es ist möglich, dass gerade die Klientinnen, deren Befindlichkeit sich nach der Behandlung verschlechtert hatte bzw. die weitere Behandlungen aufsuchten, nicht geantwortet haben. Aber immerhin zeigen die Ergebnisse, dass mit einer Behandlung von durchschnittlich 2 Jahren im Bereich der Essstörungen bei einer relativ großen Gruppe von Klientinnen deutliche und nachhaltige Erfolge erzielt werden können.

Empfehlung:

Da sich die längerfristige Beratung und Behandlung von Essstörungen in vielen Fällen als hilfreich erwiesen hat, sind hierauf spezialisierte Angebote aufzubauen bzw. auf die Störung zentrierte Behandlungsformen in die Psychotherapie-Weiterbildungen aufzunehmen.

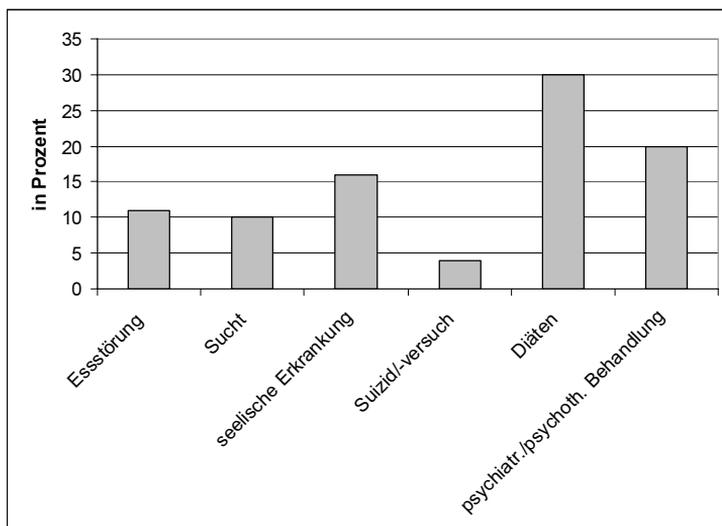
Im Weiteren muss geprüft werden, bei welchen Diagnosegruppen bzw. bei welchen Problemen welche Veränderungen erzielt werden können und welche Problembereiche sich hier als besonders hartnäckig erweisen. Dabei müsste auch untersucht werden, welchen Einfluss äußere Faktoren, wie z. B. Medien, weiterhin haben. Es müsste zudem geprüft werden, wie den Klientinnen dauerhaft geholfen werden kann, zu einem ungezwungeneren, natürlichen, auf die Hunger- und Sättigungsregulation sowie auf eine gesunde Variabilität von Nahrungsmitteln ausgerichteten Essverhalten zu finden.

17. Seelische und essstörungsspezifische Belastungen in Ursprungsfamilien und Partnerschaften der Klientinnen

Diese Daten wurden von 684 Klientinnen, die sich in mittellangen und langen Beratungen und Therapien befanden, im Modul 5 M bzw. 5 L erhoben (Frage 23). Diese Frage sollte einen groben Überblick über seelische und essstörungsspezifische Belastungen in den Familien und Partnerschaften ermöglichen. Es handelt sich hier nicht um präzises epidemiologisches Screening. Hierzu wären detaillierte Interviews erforderlich, die den wesentlichen Zweck der Studie und damit auch ihren inhaltlichen Rahmen überschritten hätten. Dennoch geben die im Folgenden dargestellten Daten wichtige Hinweise auf Störungen im Beziehungsumfeld der Klientinnen und damit für weitere detailliertere Untersuchungen.

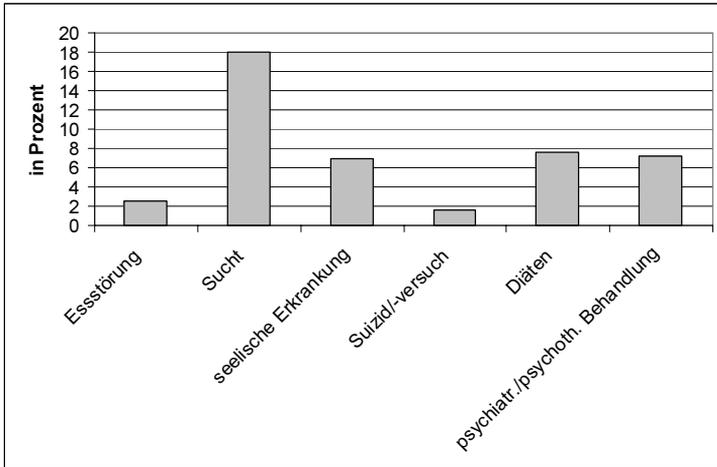
In 354 (von 684) Fällen wurden von Klientinnen seelische bzw. essstörungsspezifische Vorbelastungen bei den Müttern genannt. Das sind 52 % der Gesamtgruppe. Seelische Störungen (Essstörungen, Sucht oder Substanzmissbrauch, andere seelische Erkrankungen oder Suizide oder Suizidversuche) wurden für 200 Mütter (29 %) angegeben. 208 (30 %) der Mütter hatten bereits mehrfach Diäten durchgeführt. Substanzmissbrauch oder Sucht wurden bei 69 (10 %) genannt, seelische Erkrankungen (außer Essstörungen, Substanzmissbrauch, Suizidversuchen oder Suiziden) bei 107 (16 %) der Mütter. 135 (20 %) waren oder sind in Psychotherapie oder psychiatrischer Behandlung.

Abb. 17.1 Seelische und essstörungsspezifische Belastungen der Mütter



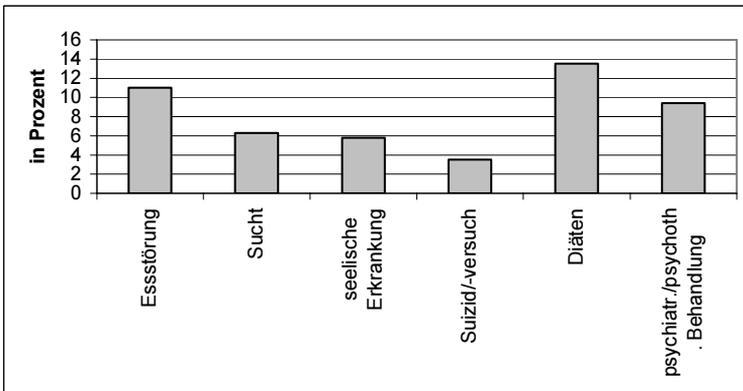
Seelische oder essstörungsspezifische Belastungen der Väter wurden von 217 Klientinnen (32 %) genannt. Hier rangierten der Substanzmissbrauch bzw. die Sucht an erster Stelle (123; 18 %). Seelische Störungen insgesamt (Essstörungen, Sucht oder Substanzmissbrauch, andere seelische Erkrankungen oder Suizide oder Suizidversuche) wurden für 168 Väter (25 %) angegeben. Mehrfache Diäten wurden immerhin bei 52 (8 %) der Väter genannt, seelische Erkrankungen (außer Essstörungen, Sucht und Suizide bzw. Suizidversuche) bei 48 (7 %).

Abb. 17.2 Seelische und essstörungsspezifische Belastungen der Väter



200 Klientinnen (29 %) schätzten ihre nächst älteren oder jüngeren Geschwister als belastet ein. Auch hier wurden mehrfache Diäten bei 92 (14 %) genannt, bei 76 (11 %) Essstörungen, bei 64 eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung (9 %).

Abb. 17.3 Seelische und essstörungsspezifische Belastungen der nächsten Geschwister



Für weitere Geschwister wurden nur in wenigen Fällen für das zweite (71; 10 %) und für das dritte Geschwister (22; 3 %) Belastungen genannt. Auch hier waren mehrfache Diäten und Essstörungen, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen bzw. Substanzmissbrauch am häufigsten.

210 Klientinnen (31 %) nannten Belastungen bei anderen Verwandten. Hier spielten Substanzmissbrauch bzw. Sucht, Essstörungen, aber auch Suizide bzw. Suizidversuche eine wesentliche Rolle, zudem psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen.

Seelische oder essstörungsspezifische Belastungen bei Partnern nannten 58 Klientinnen (9 %). Hier wurden Substanzmissbrauch und Sucht sowie psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen häufigsten genannt.

Zusammenfassung und Fazit

Bei über der Hälfte der Mütter (52 %) wurden seelische bzw. essstörungsspezifische Vorbelastungen genannt, am häufigsten mehrfache Diäten. 20 % der Mütter waren oder sind in Psychotherapie bzw. psychiatrischer Behandlung. Seelische Vorbelastungen in irgendeiner Form wurden bei 29 % der Mütter gefunden. Bei knapp einem Drittel der Väter wurden ebenfalls seelische oder essstörungsspezifische Belastungen genannt, bei 25 % seelische Belastungen in irgendeiner Form. Hier rangierten Substanzmissbrauch bzw. Sucht an erster Stelle (18 %). Knapp ein Drittel der Klientinnen gab für das nächst ältere oder nächst jüngere Geschwister ebenfalls seelische oder essstörungsspezifische Belastungen an, 10 % auch für ein zweites Geschwister, knapp ein Drittel zudem auch für andere Verwandte. Die gefundenen Zahlen sind schwer mit solchen aus anderen Studien zu vergleichen. Die Belastung der Väter mit Substanzmissbrauch liegt hier etwas niedriger als die von Fairburn et al. (1997) gefundene Rate von 24 % Alkoholmissbrauch und 9 % Drogenmissbrauch bei den Eltern von Bulimikerinnen. Sie ist höher als die diesbezügliche Rate, die von Fairburn et al. (1999) bei Anorektikerinnen gefunden wurde (13 % bzw. 6 %). Sie liegt höher als in den von Fairburn et al. (1997, 1999) untersuchten psychiatrischen und gesunden Kontrollgruppen.

In der deutschen epidemiologischen Feldstudie in Mannheim (Schepank 1987) wurde eine Fallrate von seelischen Erkrankungen bei Frauen von 34,6 % und bei Männern von 28 % ermittelt. Die in unserer Studie ermittelten Raten liegen auch unterhalb dieser Angaben. Die Zahlen für Substanzmissbrauch und Sucht liegen hier deutlich höher als in der Mannheim-Studie (lediglich 1,6 % bei den Männern und 1,4 % bei den Frauen). Dabei muss man in Rechnung stellen, dass in unserer Studie die Patientinnen einen Überblick gaben, während die Daten in den zitierten Studien auf intensiven Interviews beruhten, die in der Regel mehr Material zutage fördern. Insgesamt ist von daher die familiäre Belastung der hier untersuchten Gruppe mit seelischen Erkrankungen, insbesondere mit Substanzmissbrauch, als relativ hoch einzuschätzen.

Empfehlung:

Das Vorkommen von essstörungsspezifischen und seelischen Belastungen in den Ursprungsfamilien von essgestörten Klientinnen müssen in der Bundesrepublik intensiver untersucht und mit der bei seelisch nicht gestörten Gruppen sowie bei anderen seelischen Erkrankungen verglichen werden, um allgemeine mit seelischen Erkrankungen verbundene Belastungen und spezifische Belastungen bei Essstörungen besser unterscheiden zu können.

18. Mädchen- und frauenspezifische Erfahrungen zu Körpereinschätzung, Leistung, Partnerschaft und Sexualität

18.1 Erfahrungen und Einstellungen bezüglich der Körpereinschätzung

Die Erfahrungen und Einstellungen der Klientinnen zu den o. g. Bereichen wurde im Modul 5 L bzw. 5 M (Grunddaten Klientin) unter Punkt 24 erfragt. Hier ging es darum, ob die Klientin wegen ihrer Figur oder ihres Aussehens in der Familie bzw. von Gleichaltrigen kritisiert wurde, welchen Stellenwert Schlankheit in der Familie hatte, inwieweit Figur und Gewicht mit Gleichaltrigen thematisiert wurde und womit die Klientin sich verglich bzw. vergleicht.

Kritik oder Ärgern wegen Figur und Aussehen

Im Alter bis zu 11 Jahren wurden die meisten Klientinnen selten oder nie wegen ihrer Figur kritisiert. Bei 19 % war dieses allerdings immer oder oft der Fall, bei 17 % manchmal.

Dieses Bild veränderte sich, wenn die Klientinnen das Alter zwischen 12 und 18 Jahren beurteilten. Hier fühlten sich fast ein Drittel (30 %) oft oder immer wegen ihrer Figur in der Familie kritisiert, 26 % manchmal und 38 % selten oder nie.

Abb. 18.1 Kritik an der Figur in der Familie bis 11. LJ (n = 606) und vom 12. bis zum 18. LJ (n = 638)

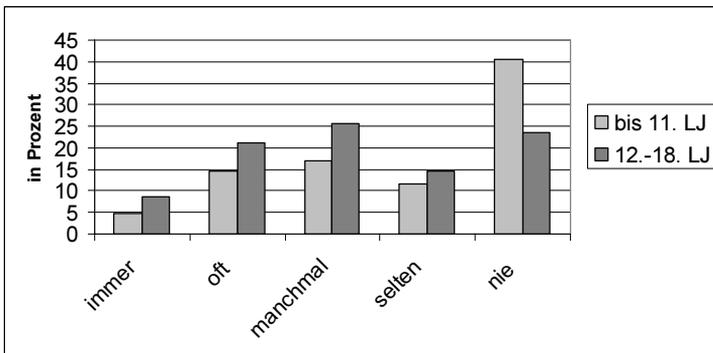
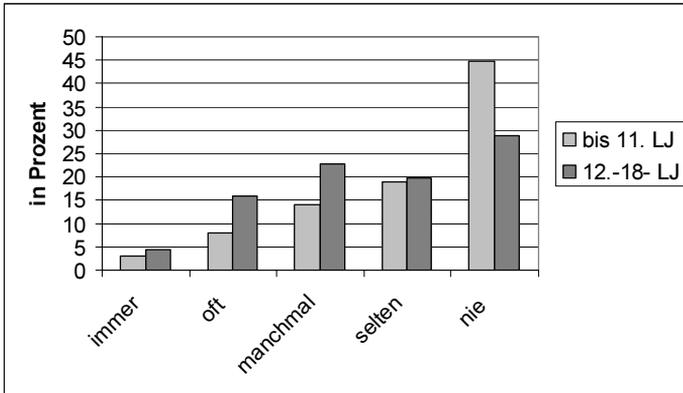


Abb. 18.2 Kritik wegen des Aussehens in der Familie bis zum 11. LJ (n = 605) und vom 12 bis 18. LJ (n = 627)

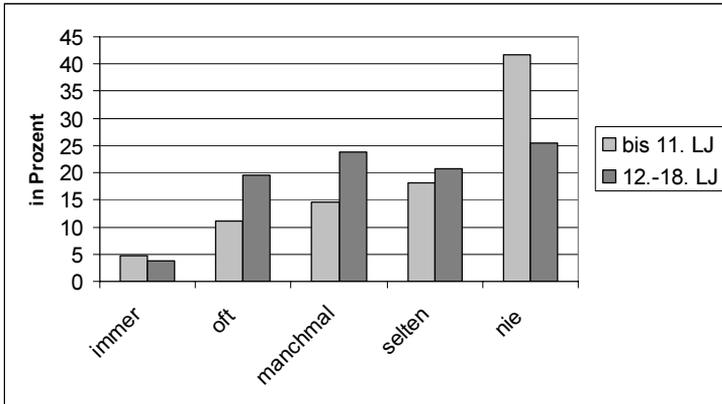


Bei der Frage nach der Kritik wegen des Aussehens ergibt sich ein ähnlicher Trend bezüglich der Altersabschnitte bis zum 11. bzw. zwischen dem 12. und dem 18. Lebensjahr. Fühlten sich in der Altersgruppe bis zu 11 Jahren 64 % der Klientinnen selten oder nie kritisiert und nur 11 % oft oder immer, so fühlten sich im Adoleszentenalter 20 % oft oder immer kritisiert, fast ein Viertel (23 %) manchmal und nur noch knapp die Hälfte (49 %) selten oder nie.

Von Gleichaltrigen wegen der Figur bis zum Alter von 11 Jahren fühlten sich 16 % immer oder oft kritisiert, allerdings fast zwei Drittel (60 %) selten oder nie, 15 % manchmal.

Auch hier findet eine Verschiebung in der Einschätzung hin zur Adoleszenz statt. Im Alter zwischen 12 und 18 Jahren fanden sich 23 % oft oder immer in der Kritik von Gleichaltrigen, 24 % manchmal, 46 % selten oder nie.

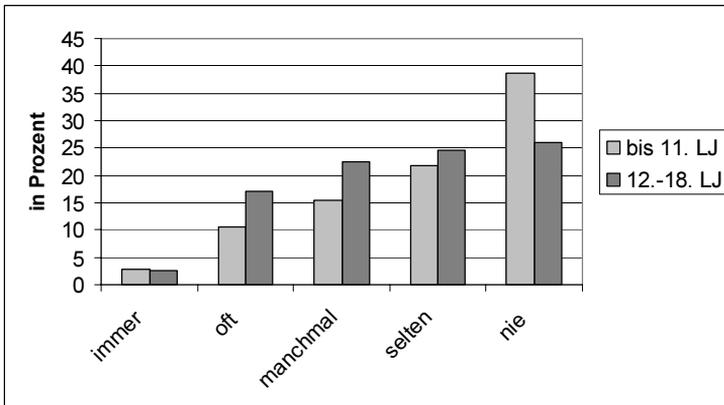
Abb. 18.3 Kritik an der Figur durch Gleichaltrige bis 11. LJ (n = 616) und vom 12. bis zum 18. LJ (n = 638)



Ähnlich ist es auch hier, wenn die Kritik bezüglich des Aussehens beurteilt werden soll. Im Alter bis zu 11 Jahren fühlten sich 61 % selten oder nie kritisiert, 13 % oft oder immer und 16 % manchmal.

Im Alter zwischen 12 und 18 Jahren fühlten sich oft oder immer 20 % kritisiert, selten oder nie 51 % und manchmal 23 %.

Abb. 18.4 Kritik wegen des Aussehens durch Gleichaltrige bis zum 11. LJ (n = 611) und vom 12 bis 18. LJ (n = 633)

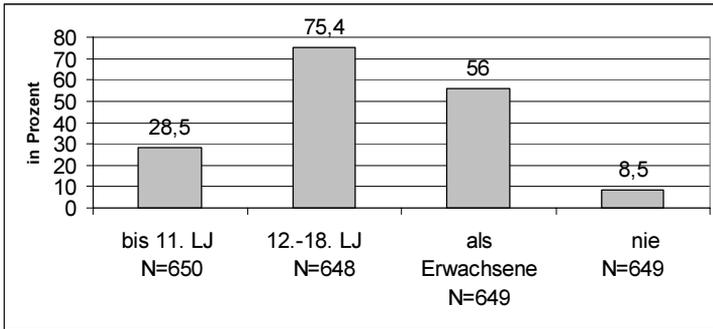


Minderwertigkeitsgefühle wegen Figur und Aussehen

In der Kindheit (bis zu 11 Jahren) fühlte sich knapp ein Drittel (29 %) minderwertig wegen des Aussehens bzw. wegen der Figur. In dem Altersabschnitt zwi-

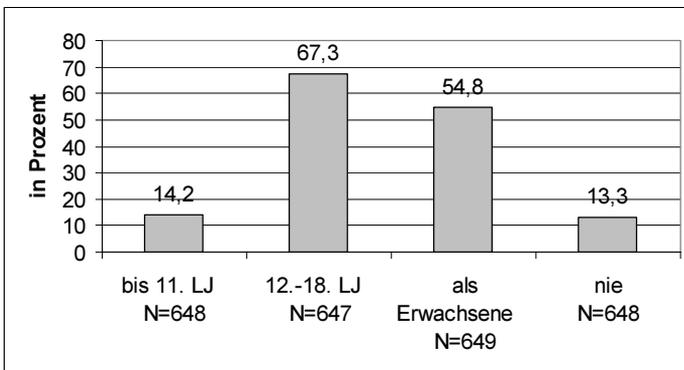
schen 12 und 18 Jahren waren dies 75 % der Klientinnen. Auch als Erwachsene fühlten sich noch über die Hälfte (56 %) minderwertig im Vergleich zu Gleichaltrigen. Nur 9 % gaben an, sich im Vergleich zu Gleichaltrigen nie minderwertig gefühlt zu haben.

Abb. 18.5 Minderwertigkeitsgefühle im Vergleich zu Gleichaltrigen wegen der Figur oder des Aussehens



14 % gaben an, sich bereits im Alter bis zu 11 Jahren im Vergleich zu Zeitschriften wegen des Aussehens bzw. der Figur minderwertig gefühlt zu haben und 67 % gaben dies für das Alter zwischen 12 und 18 Jahren an, 55 % für das Erwachsenenalter. Nur 13 % fühlten sich nie minderwertig im Vergleich zu Frauen und Mädchen in Zeitschriften bezüglich des Aussehens und der Figur.

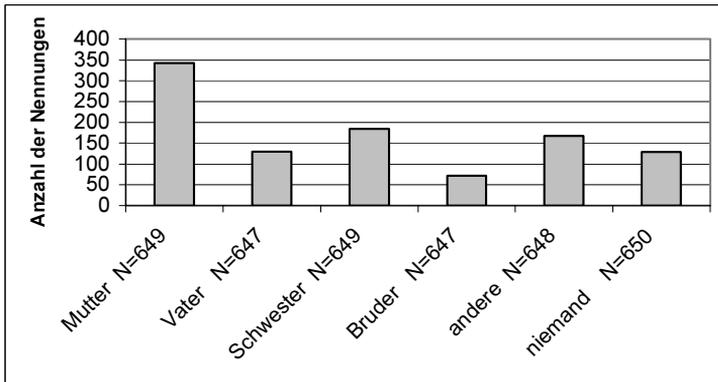
Abb. 18.6 Minderwertigkeitsgefühle wegen des Aussehens oder Figur im Vergleich zu Frauen in Zeitschriften



Einstellungen zu Figur und Aussehen in der Familie

Auf die Frage, ob sich Familienangehörige zu dick fühlten, antworteten ebenfalls fast alle Klientinnen. Bei der Hälfte aller Klientinnen (50 %) fand sich die Mutter zu dick, in 19 % der Vater und bei 27 % die Schwester bzw. eine Schwester, in nur 11 % der Fälle ein Bruder, in 25 % aller Fälle eine andere Person aus der Familie und bei nur 20 % niemand.

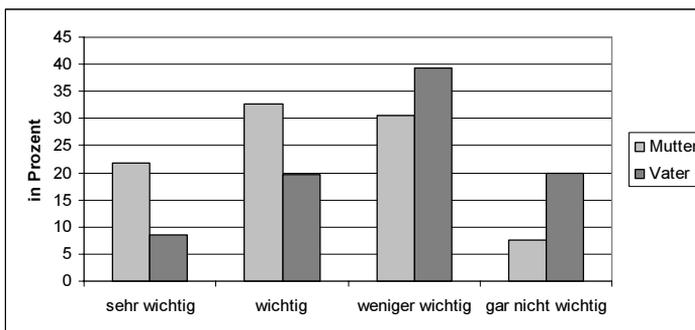
Abb. 18.7 Familienmitglieder, die sich zu dick finden



Die Mehrheit (56 %) der Befragten gab an, dass eine schlanke Figur für die Mutter wichtig bzw. sehr wichtig sei. Nur 8 % schätzten es so ein, dass eine schlanke Figur für die Mutter gar nicht wichtig ist, 29 %, dass diese für sie weniger wichtig ist.

Für die Väter wurde es in 28 % aller Fälle so eingeschätzt, dass eine schlanke Figur für diese wichtig bzw. sehr wichtig sei. Bei 20 % wurde diese als gar nicht wichtig beurteilt, als weniger wichtig in 39 %.

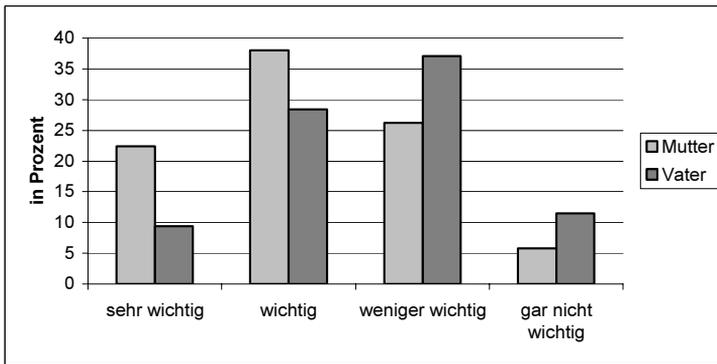
Abb. 18.8 Wichtigkeit der schlanken Figur für Mutter (n = 634) und Vater (n = 569)



Für die Mutter wurde ein attraktives Aussehen als in fast zwei Drittel der Fälle (60 %) wichtig bzw. sehr wichtig eingeschätzt, nur in 6 % der Fälle für gar nicht wichtig und in 27 % der Fälle für weniger wichtig.

Bei den Vätern war hier die Gewichtung etwas anders. Aber immerhin 38 % der Klientinnen gaben an, dass auch für die Väter ein attraktives Aussehen wichtig sei, nur 12 %, dass es für diese gar nicht wichtig sei, 37 %, dass es weniger wichtig sei.

Abb. 18.9 Wichtigkeit des attraktiven Aussehens für Mutter (n = 632) und Vater (n = 591)

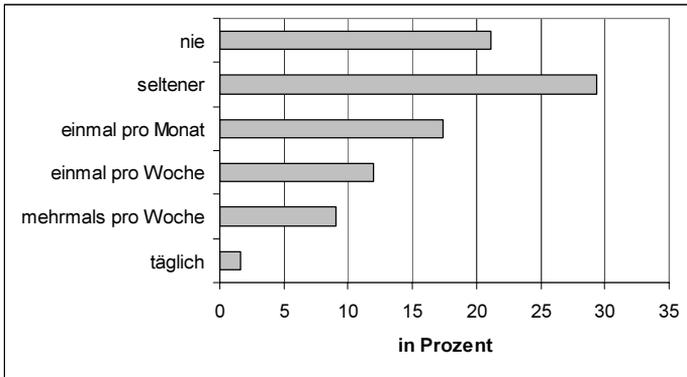


Gespräche über Gewicht, Diät und Aussehen mit Freundinnen

Gespräche mit Freundinnen über Gewicht und Figur fanden in einem Viertel aller Fälle täglich oder mehrmals pro Woche statt, in einem weiteren Viertel einmal pro Woche, in nur 6 % der Fälle nie. Einmal pro Monat oder seltener unterhielten sich 20 bzw. 18 % mit Freundinnen über Figur und Gewicht, nie nur 6 %.

Über Diäten unterhielten sich mit Freundinnen täglich oder mehrmals pro Woche 11 %, einmal pro Woche 12 %, einmal im Monat oder seltener 47 %, nie 21 %.

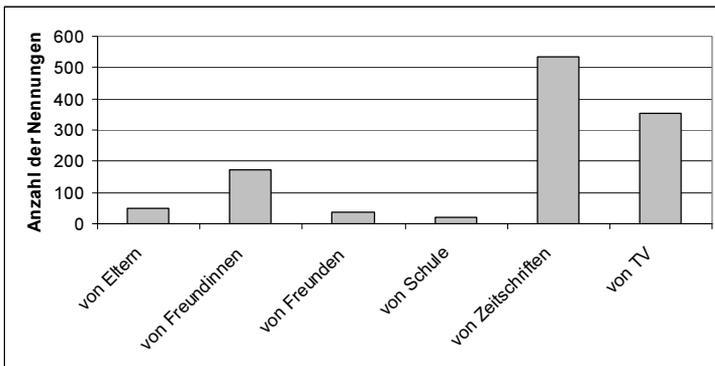
Abb. 18.10 Gespräche über Figur, Diät und Aussehen mit Freundinnen (n = 620)



Welche Informationen und Meinungen beeinflussen die Einstellung zu Figur, Gewicht und Diät?

Die meisten Klientinnen erhielten Informationen über Figur und Gewicht aus Zeitschriften (78 %) oder aus dem Fernsehen (52 %). Von Freundinnen oder Freunden bekamen 25 % die meisten Informationen und von den Eltern nur 7 %.

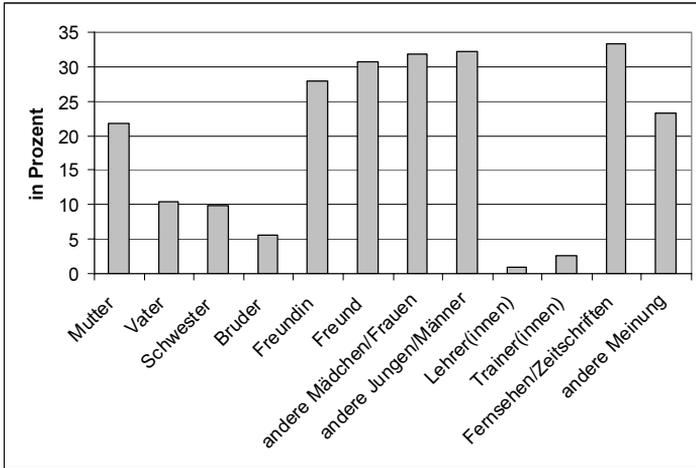
Abb. 18.11 Informationsquellen über Figur, Diät, Gewicht (n = 647; Mehrfachantworten möglich)



Untersucht man, wessen Meinung am meisten zählte, so standen hier TV und Zeitschriften (33 %), die Meinungen von Jungen bzw. Männern (32 %) und die Meinungen anderer Mädchen/Frauen an erster Stelle (ebenfalls 32 %), danach die des Freundes (30 %) oder der Freundin (28 %). Noch vor der Meinung der Mutter (22 %) rangierten andere Meinungen (23 %). Demgegenüber relativ bedeutungslos erschienen der Vater (11 %), die Schwester (10 %) oder der Bruder (6 %) sowie ins-

besondere Lehrerinnen und Lehrer (1 %). Unter den bedeutsamen anderen Meinungen lag die eigene relativ hoch (12 %), die des Partners bzw. Ehemannes eher niedrig (6 %).

Abb.18.12 Wessen Meinung über Figur und Aussehen zählt am meisten? (n = 648; Mehrfachantworten möglich)



Mit Models in Zeitschriften, in Filmen oder im Fernsehen verglichen sich oft oder immer 36 % der Klientinnen. Selten oder nie taten dies 27 %, manchmal 32 %.

Gerne so aussehen wie Models hätten oft oder immer die Hälfte (51 %) der Klientinnen gewollt, nur 15 % selten oder nie, manchmal 29 %.

Abb. 18.13 Vergleiche mit Models (n = 651)

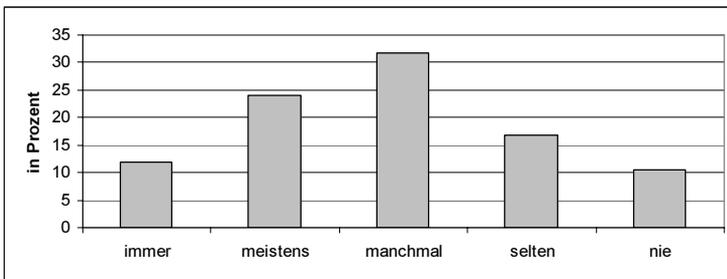
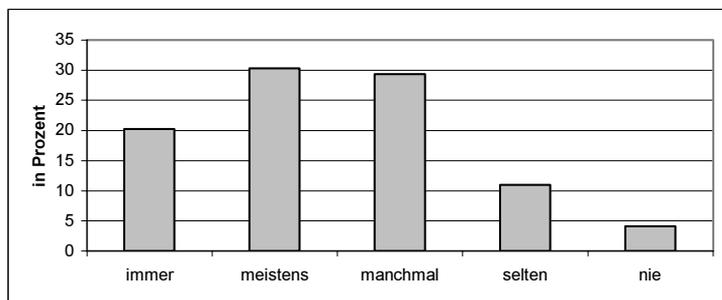


Abb. 18.14 Wunsch, wie ein Model auszusehen (n = 649)



Bedeutung des Aussehens für die Anerkennung

Knapp zwei Drittel der Klientinnen (60 %) meinten, dass das Leben leichter wäre, wenn sie so aussähen wie ein Model in Zeitschriften, Filmen oder Fernsehen, 35 % verneinten dies.

Die Ansicht, dass das Leben leichter wäre, wenn sie auch so aussähen wie Models, betraf vor allen Dingen Partnerschaften bzw. die Anerkennung von Männern. Hier schätzten 60 % bzw. 36 % ein, dass es dann leichter wäre, einen Partner bzw. eine Partnerin zu haben bzw. von Männern anerkannt zu sein. 30 % gaben an, es sei leichter, dann beruflichen Erfolg zu haben.

Knapp die Hälfte (47 %) meinte, es sei leichter, in anderen Bereichen Erfolg zu haben und nur 19 % glaubten, es sei dann auch leichter, von Frauen anerkannt zu werden.

21 % der Befragten schätzten es so ein, dass sich Frauen, die nicht schlank sind, mehr anstrengen müssten, um beruflichen Erfolg zu haben. 40 % antworteten hier immerhin »stimmt etwas«. Nur 16 % wollten diese Aussage gar nicht oder überwiegend nicht gelten lassen.

Zur Erlangung der Anerkennung bei anderen Frauen scheint Schlankheit in der Einschätzung der Klientinnen eine geringere Rolle zu spielen als bezüglich der Anerkennung von Männern. Dass sich Frauen, die nicht schlank sind, mehr anstrengen müssen als andere, um von anderen Frauen anerkannt zu sein, bejahten voll oder zumindest zum Teil 50 %. Verneint wurde dies nur von 20 % überwiegend oder ganz.

Dagegen meinten 81 % der Klientinnen, dass sich nicht schlanke Frauen mehr anstrengen müssen, um von Männern anerkannt zu werden, als andere. Hier antworteten nur 6 % mit »stimmt überhaupt nicht« bzw. »stimmt überwiegend nicht«. Ebenso waren 70 % vollkommen oder zumindest zum Teil der Ansicht, dass sich nicht schlanke Frauen mehr anstrengen müssen, um einen Partner zu finden, als andere. Nur 8 % stimmten dieser Aussage überhaupt nicht oder überwiegend nicht zu. 17 % waren unentschieden.

Abb. 18.15 Frauen, die nicht schlank sind, müssen sich mehr anstrengen, um beruflichen Erfolg zu haben (n = 647)

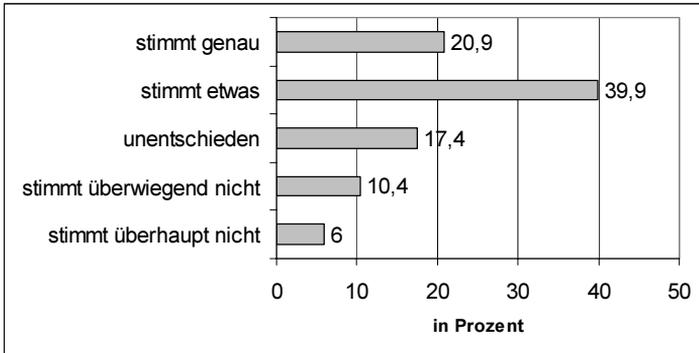


Abb. 18.16 Frauen, die nicht schlank sind, müssen sich mehr anstrengen, um von anderen Frauen anerkannt zu werden (n = 644)

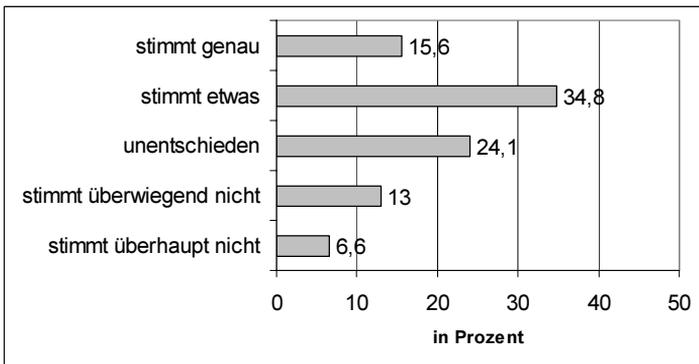


Abb. 18.17 Frauen, die nicht schlank sind, müssen sich mehr anstrengen, um von Männern anerkannt zu werden (n = 648)

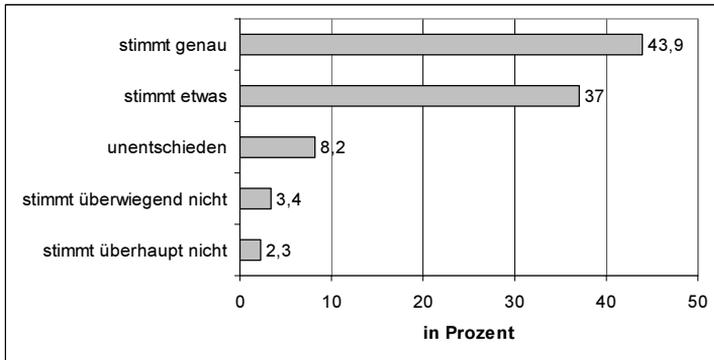
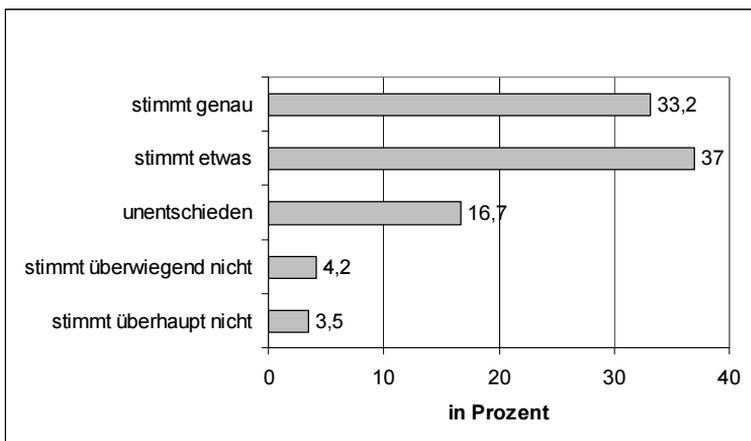


Abb. 18.18 Frauen, die nicht schlank sind, müssen sich mehr anstrengen, um einen Partner zu finden (n = 647)



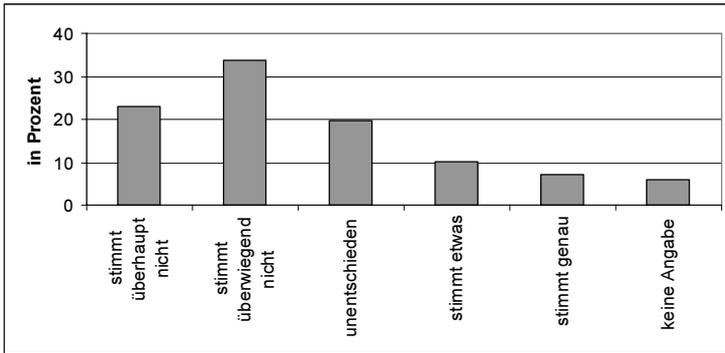
18.2 Anerkennung und Leistung

Die Erfahrungen der Klientinnen zu den o. g. Bereichen wurde im Modul 5 L bzw. 5 M (Grunddaten Klientin) unter Punkt 25 erfragt.

Hier ging es darum, ob die Klientin Frauen bezüglich der Anerkennung von Leistungen mit Männern sowie sich in ihren Leistungen mit anderen Frauen oder mit Männern vergleicht und wie sie sich hier einschätzt.

Nur 17 % der Klientinnen waren überwiegend der Ansicht, dass es für Frauen ähnlich leicht oder schwierig ist wie für Männer, Anerkennung für Leistungen zu bekommen, 20 % waren hier unentschieden und über die Hälfte (57 %) stimmte hier nicht zu, ging also von einer Ungleichheit aus.

Abb. 18.19 Anerkennung für Leistungen zu bekommen ist für Frauen genauso leicht oder schwierig wie für Männer (n = 684)



Mit ihrer beruflichen bzw. schulischen Situation zufrieden oder überwiegend zufrieden waren 38 % der Befragten, überwiegend nicht oder gar nicht zufrieden waren 40 %. 17 % der Klientinnen waren hier unentschieden.

Abb. 18.20 Zufriedenheit mit beruflicher bzw. schulischer Situation (n = 684)

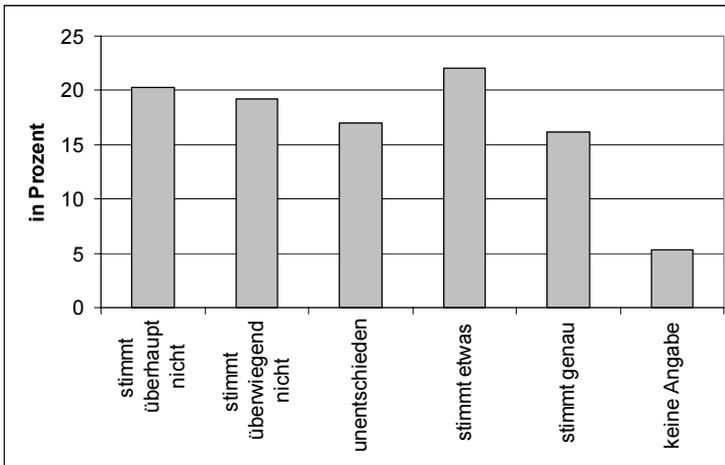
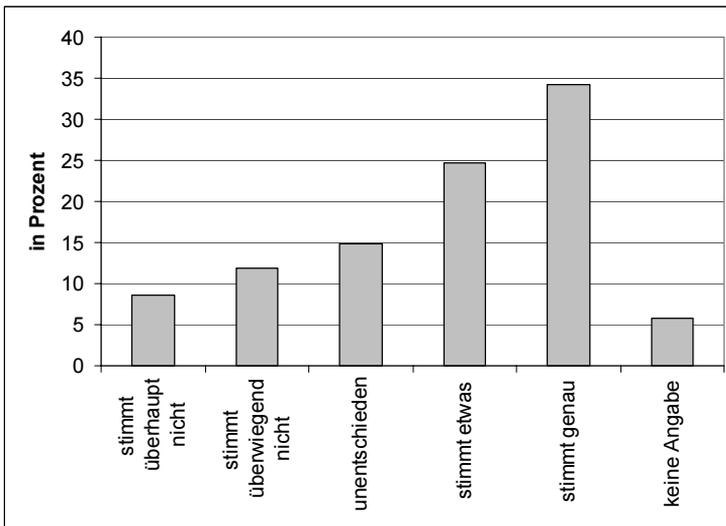
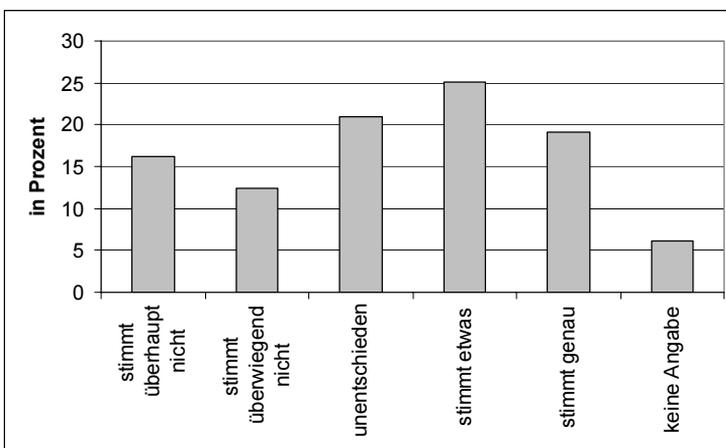


Abb. 18.21 Würde gern mehr leisten (n = 684)



Gerne mehr leisten in Schule und Beruf würden 59 % der Befragten. 20 % würden dieses überhaupt nicht bzw. überwiegend nicht und 15 % waren hier unentschieden.

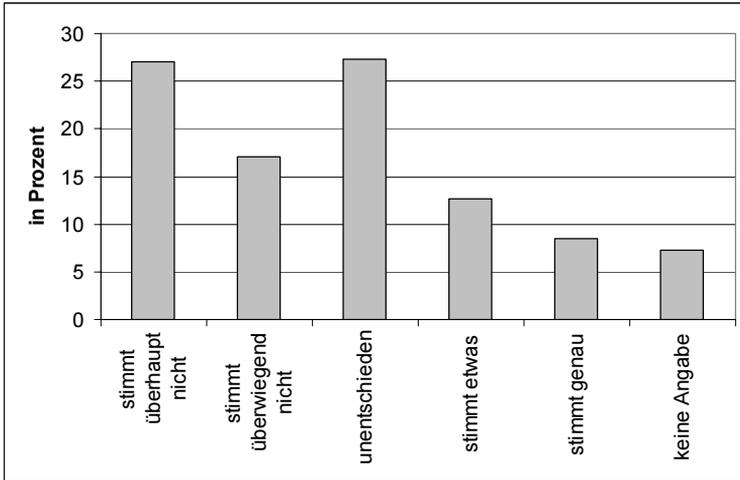
Abb. 18.22 Vergleiche meine Leistungen hauptsächlich mit denen anderer Frauen bzw. Mädchen (n = 684)



44 % der Befragten verglichen sich zumindest etwas mit den Leistungen anderer Frauen, 27 % nicht. 21 % waren hier unentschieden. Mit Männern verglichen sich

die Klientinnen offensichtlich weniger. Hier waren es nur 21 %, die die Frage nach dem Leistungsvergleich mit Männern oder Jungen mit »stimmt etwas« bzw. »stimmt genau« beantworteten, während 44 % dieses nicht taten.

Abb. 18.23 Vergleiche meine Leistungen hauptsächlich mit denen von Männern bzw. Jungen (n = 684)



Im Vergleich zu anderen Frauen schätzten die Hälfte der Befragten ihre Leistungen als besser (11 %) oder genau so gut (39 %) ein, 30 % als schlechter. Im Vergleich zu Männern nahm die Kategorie »nicht einschätzbar« demgegenüber deutlich zu (25 %). Hier schätzte sich ein gutes Viertel schlechter ein und immerhin 42 % als besser oder genau so gut.

Abb. 18.24 Die eigenen Leistungen sind im Vergleich zu anderen Frauen bzw. Mädchen ... (n = 684)

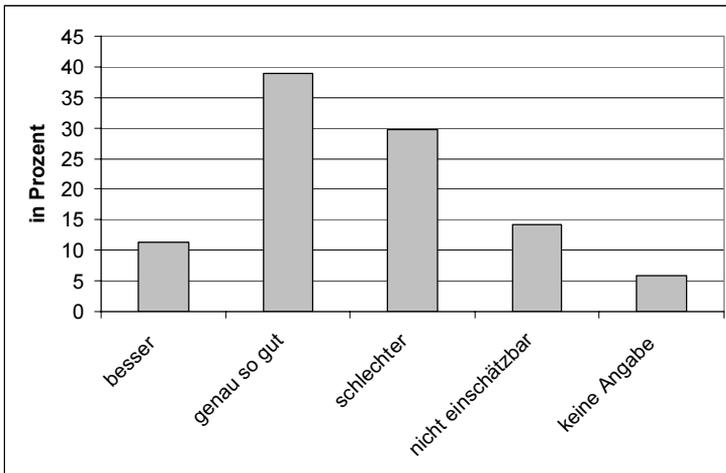
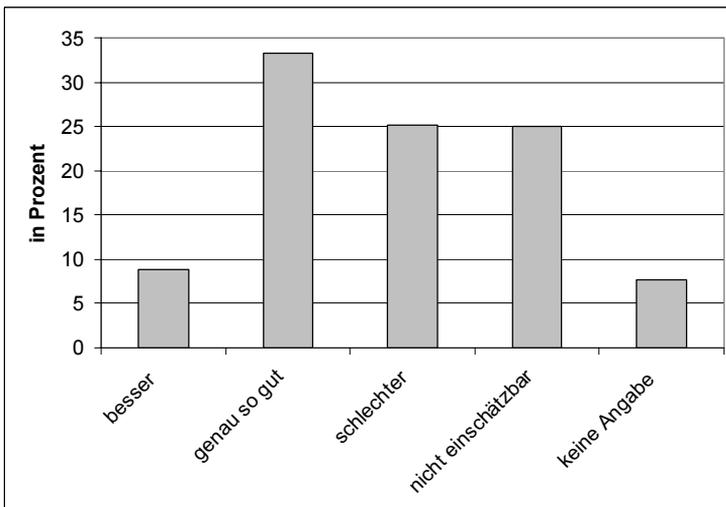


Abb. 18.25 Die eigenen Leistungen sind im Vergleich zu Männern bzw. Jungen ... (n = 684)

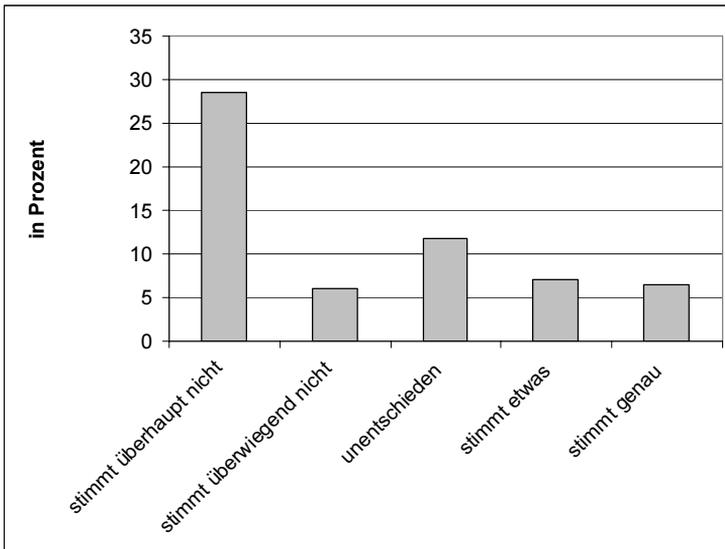


18.3 Rollenverteilung und Förderung in der Ursprungsfamilie

Die Erfahrungen der Klientinnen zu den o. g. Bereichen wurde im Modul 5 L bzw. M (Grunddaten Klientin) ebenfalls unter Punkt 25 erfragt. Hier ging es darum, ob die Klientin sich von ihrer Ursprungsfamilie in diesem Bereich ausreichend unterstützt fühlt.

Die meisten Befragten hatten nicht den Eindruck, dass ihr Bruder (falls vorhanden, 40 % hatten keinen Bruder) in der Familie bevorzugt wurde. Nur 13 % gaben an, dass dies genau oder etwas stimme.

Abb. 18.26 Der Bruder ist mehr gefördert worden (n = 335)



Die größte Gruppe der Klientinnen (44 %) fühlte sich in ihren beruflichen Plänen durch die Familie unterstützt, knapp ein Drittel (31 %) hatte allerdings überhaupt nicht oder überwiegend nicht den Eindruck und 20 % waren unentschieden.

Abb. 18.27 Ausreichende Unterstützung beruflicher Pläne durch die Familie? (n = 684)

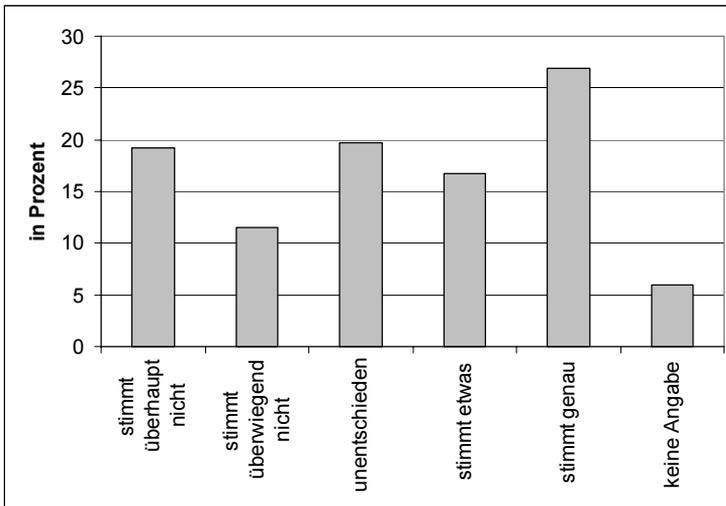
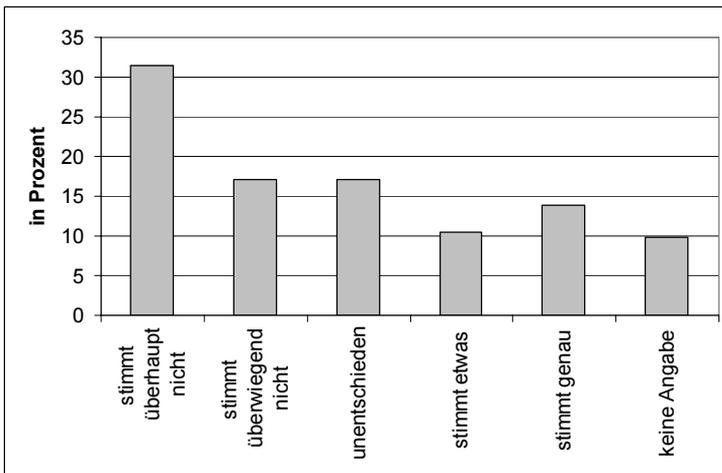


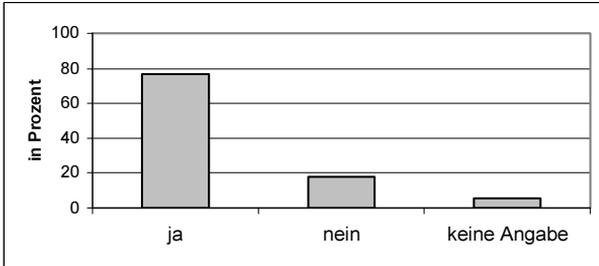
Abb. 18.28 Mutter und Vater sind gleichberechtigte Partner (n = 684)



Die Rollenverteilung zwischen den Eltern sahen viele der Befragten als ungleich an. Fast die Hälfte (49 %) meinten, dass es überhaupt nicht oder überwiegend nicht stimme, dass Mutter und Vater gleich berechnigte Partner seien. Nur etwas über 14 % antworteten hier mit »stimmt genau« und 11 % »stimmt etwas«. 17 % waren diesbezüglich unentschieden.

Die große Mehrheit (77 %) der Befragten gaben an, einen eigenen Raum zum Zurückziehen gehabt zu haben, nur 18 % hatten dies nicht.

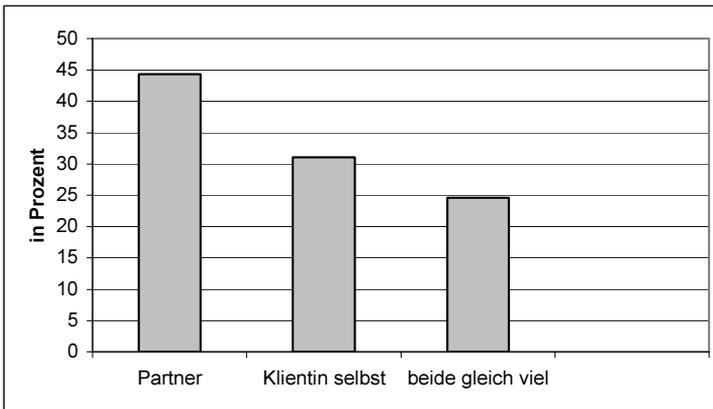
Abb. 18.29 Eigener Raum zum Zurückziehen (n = 684)



18.4 Rollenverteilung in der Partnerschaft

Die Erfahrungen der Klientinnen zu den o. g. Bereich wurde im Modul 5 L (Grunddaten Klientin) unter Punkt 25 erfragt. Hier ging es darum, ob die Klientin sich in ihrer Partnerschaft als gleichberechtigt und unterstützt erlebt. Zudem wurde nach Konflikten nach Trennungen gefragt.

Abb. 18.30 Hauptverdiener in der Lebensgemeinschaft (n = 334)

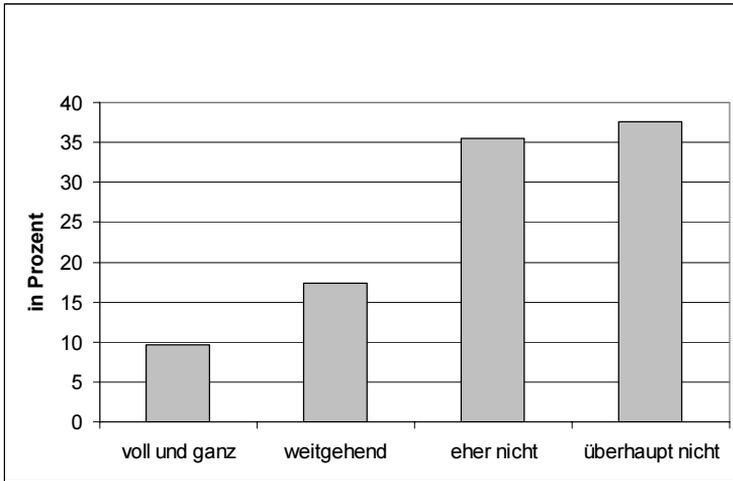


In Partnerschaften waren in 44 % der Fälle die Partner der Hauptverdiener, in 31 %³⁶ die Klientinnen selbst, in 25 % waren es beide zu gleichen Teilen. Dennoch fühlten sich die Klientinnen in den Fällen, in denen der Partner Hauptverdiener war,

36 Diese Prozentzahlen wurden auf die Zahl der Antwortenden berechnet, nicht auf die Zahl der Klientinnen insgesamt, da nur 15 % der Klientinnen verheiratet waren und nur knapp die Hälfte in einer Partnerschaft lebte.

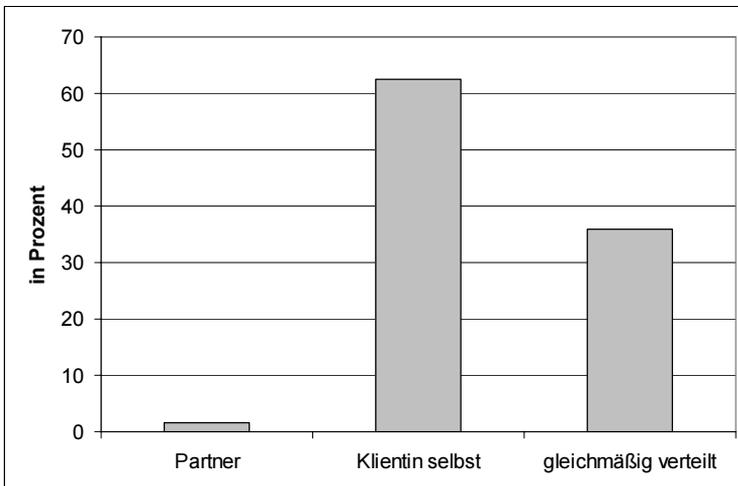
zumeist nicht oder vorwiegend nicht abhängig (73 %), weitgehend oder voll und ganz abhängig 27 %.

Abb. 18.31 Falls der Partner Hauptverdiener ist, Fühlt sich die Klientin abhängig? (n = 197)



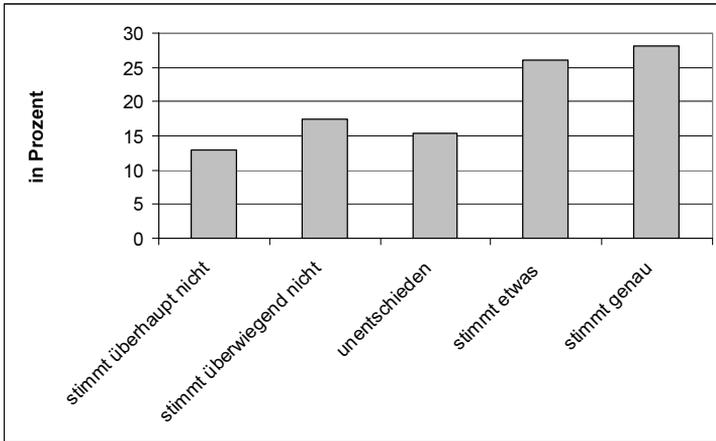
In Partnerschaften lagen in knapp zwei Drittel der Fälle die Pflichten für Haushalt und Kindererziehung hauptsächlich bei der Klientin selbst, in 36 % der Fälle waren sie gleichmäßig verteilt, nur in 1,5 % der Fälle lagen sie hauptsächlich beim Partner.

Abb. 18.32 Die Pflichten für Haushalt und Kindererziehung liegen bei ... (n = 273)



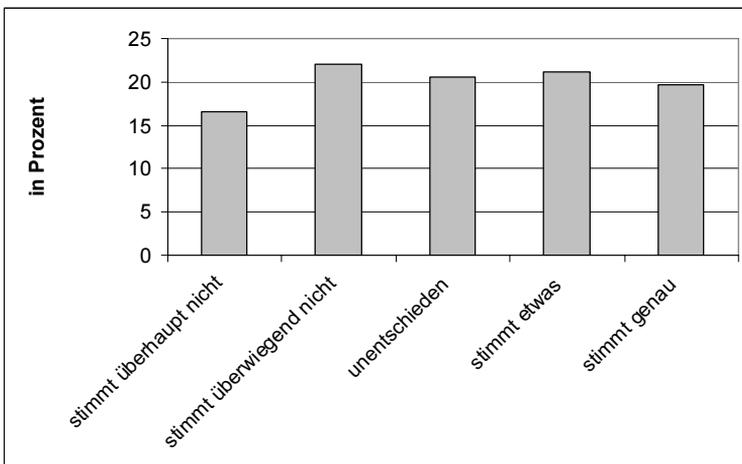
Von ihren Partnerschaften in ihren Lebensplänen ausreichend unterstützt fühlten sich etwas oder vollkommen 54 % der Antwortenden, 31 % nicht.

Abb. 18.33 Ausreichende Unterstützung beruflicher Pläne durch den Partner? (n = 338)



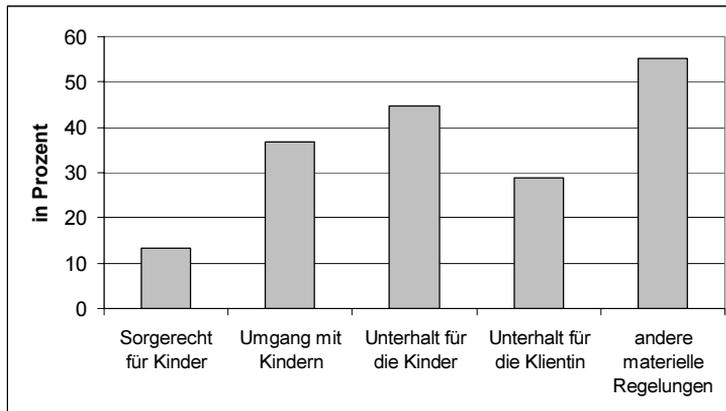
In 39 % der Fälle mit Partnerschaften wurde der finanzielle Rahmen für die Familie für überhaupt nicht oder überwiegend nicht ausreichend gehalten. 21 % waren hier unentschieden. 41 % antworteten hier mit »stimmt etwas« (21 %) bzw. »stimmt genau« (knapp 20 %).

Abb. 18.34 Finanzieller Rahmen für die Klientin und Familie ausreichend? (n = 513)



Von Konflikten mit getrennt lebenden oder geschiedenen Partnern berichteten insgesamt lediglich 38 Klientinnen (6 %). Konflikte gab es hauptsächlich um den Unterhalt für die Kinder und um den Umgang mit den Kindern sowie um andere materielle Regelungen.

Abb. 18.35 Konflikte mit ehemaligen Partnern um ... (getrennt Lebende, Geschiedene; n = 38)

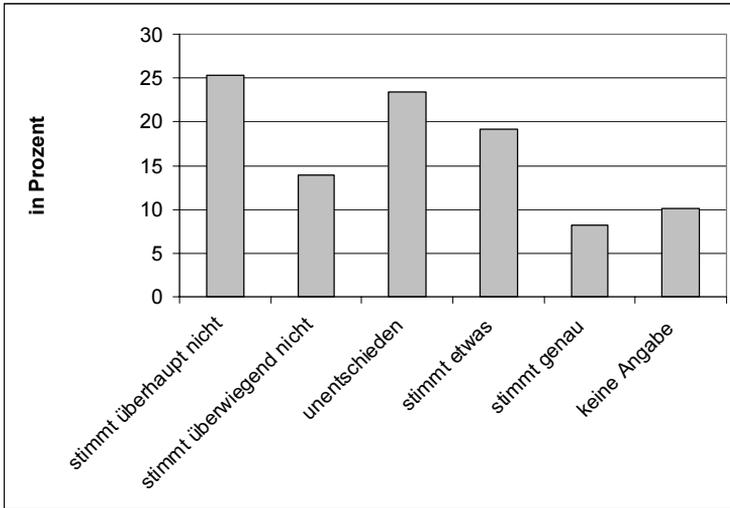


18.5 Sexualität und Partnerschaft

Die Erfahrungen der Klientinnen zu den o. g. Bereich wurde im Modul 5 L (Grunddaten Klientin) ebenfalls unter Punkt 25 erfragt. Hier ging es darum, ob die Klientin sich bezüglich ihrer Sexualität in ihren Bedürfnissen als angenommen und unterstützt bzw. befriedigt erlebt.

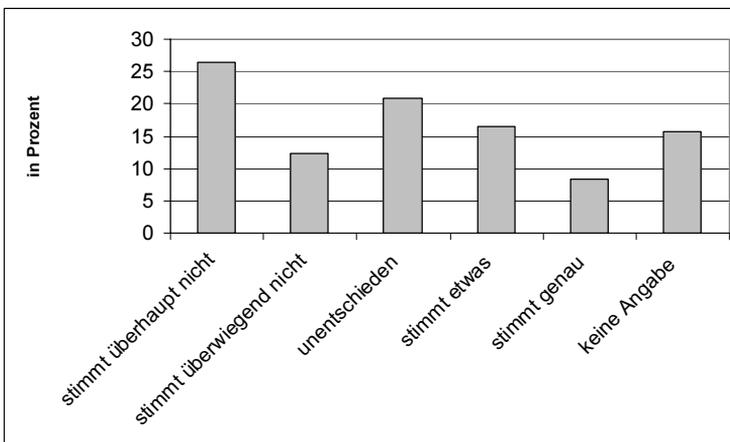
Bezüglich der Sexualität wurden folgende Einschätzungen abgegeben: Ein großer Teil der Klientinnen war nicht der Ansicht, dass sich Frauen in der Sexualität mehr anpassen müssen als Männer (39 %). Nur eine kleine Minderheit (8 %) waren der Ansicht, dass Frauen sich in der Sexualität mehr anpassen müssen als Männer, und 19 % meinten, dass dies etwas stimme. Knapp ein Viertel (23 %) waren hier unentschieden.

Abb. 18.36 Frauen müssen sich in der Sexualität mehr anpassen als Männer?
(n = 684)



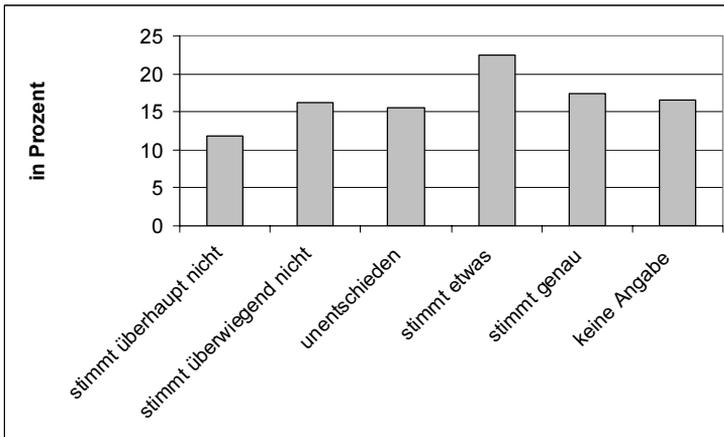
Auch bezüglich der eigenen Sexualität gingen die Antworten in eine ähnliche Richtung. 39 % der Klientinnen waren nicht oder überwiegend nicht der Ansicht, dass sie sich in der Sexualität mehr anpassen müssten als ihre Partner. Nur eine Minderheit (8 %) meinte, dass dies genau bzw. etwas (17 %) stimme. Hier waren 21 % unentschieden.

Abb. 18.37 Klientin muss sich in Partnerschaften sexuell mehr anpassen als Partner
(n = 684)



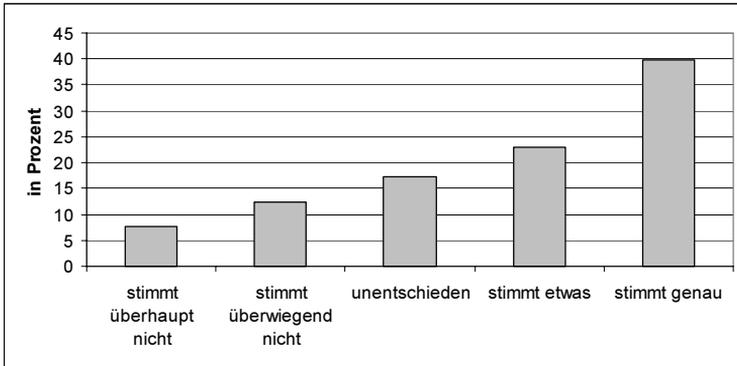
571 Klientinnen antworteten auf die Frage, ob sie sich in ihren bisherigen Partnerschaften körperlich angenommen fühlten. Von den Antwortenden fühlten sich 14 % überhaupt nicht und 19 % überwiegend nicht angenommen. Dem gegenüber stimmten dieser Aussage fast die Hälfte (27 %) tendenziell oder vollkommen (21 %) zu. Unentschieden waren 19 %. Ein Drittel der Antwortenden fühlten sich also in vorhergehenden Partnerschaften körperlich nicht angenommen.

Abb. 18.38 Klientin fühlte sich in bisherigen Partnerschaften körperlich angenommen (n = 684)



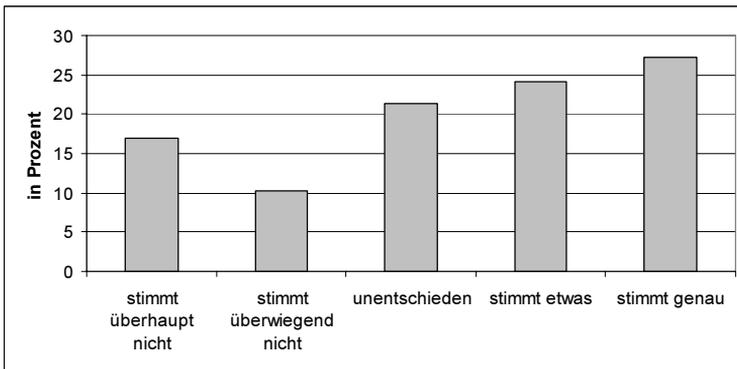
Bezüglich der aktuellen Partnerschaften antworteten 388 bzw. 384 Klientinnen. Hier fühlte sich die größte Gruppe (40 %) körperlich angenommen. 23 % konnten der Aussage zumindest etwas zustimmen. Eine Minderheit antwortete hier mit »stimmt überhaupt nicht« (8 %) bzw. mit »stimmt überwiegend nicht« (12 %). 17 % waren unentschieden.

Abb. 18.39 Klientin fühlt sich in der aktuellen Partnerschaft körperlich angenommen (n = 388)



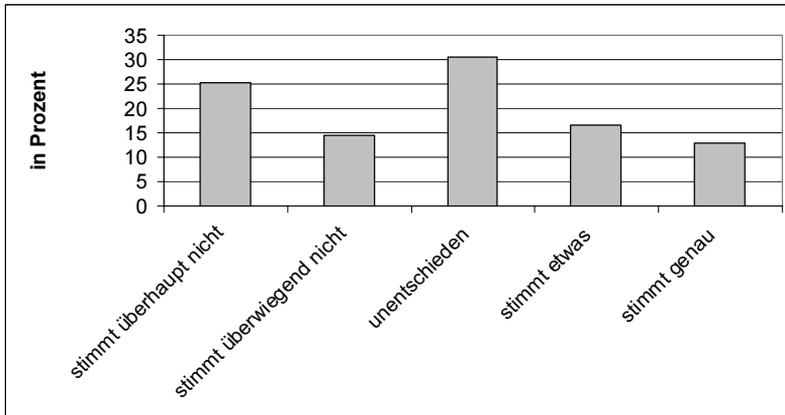
Sexuell weit gehend befriedigt in der aktuellen Partnerschaft fühlten sich 27 %. Weitere 24 % konnten hier etwas zustimmen. 17 % konnten dies überhaupt nicht und 10 % überwiegend nicht. Ein großer Prozentsatz (21 %) war hier unentschieden.

Abb. 18.40 Klientin fühlt sich in aktueller Partnerschaft sexuell befriedigt (n = 384)



Ca. 40 % der Antwortenden waren nicht oder überwiegend nicht der Ansicht, dass sie selbst auf ihre körperlichen bzw. sexuellen Bedürfnisse besser eingehen können als der Partner. Knapp ein Drittel (31 %) waren hier unentschieden. 13 % äußerten sich überzeugt davon, dass sie selbst auf ihre körperlichen oder sexuellen Bedürfnisse besser eingehen können als die Partner, und 17 % konnten dieser Aussage etwas zustimmen.

Abb. 18.41 Klientin kann auf körperliche bzw. sexuelle Bedürfnisse besser eingehen als Partner (n = 496)



Die Datenlage zeigt hier keinen eindeutigen Trend. Relativ viele Klientinnen fühlten sich zumindest in der aktuellen Partnerschaft körperlich angenommen. Ein hoher Prozentsatz ist nicht der Ansicht, auf die eigenen sexuellen Bedürfnisse besser eingehen zu können als der Partner bzw. die Partnerin. Allerdings gibt es auch eine große Gruppe von ca. einem Drittel der Klientinnen, die sich in vorhergehenden Partnerschaften körperlich wenig angenommen, sexuell eher wenig befriedigt fühlten. Bezüglich der aktuellen Beziehung äußerte sich ca. ein Fünftel in dieser Richtung. Ein Drittel meint, zumindest tendenziell auf eigene sexuelle Bedürfnisse besser eingehen zu können als der Partner. Auffällig ist zudem die relativ hohe Zahl derer, die unentschieden antworteten.

18.6 Zusammenfassung und Fazit

Ein erheblicher Teil der Klientinnen, nämlich fast ein Drittel, fühlte sich in der Adoleszenz (zwischen 12 und 18 Jahren) in der Familie oft oder immer wegen ihrer Figur kritisiert, 26 % manchmal. Das sind über die Hälfte der Klientinnen. Bezüglich der Kritik von Gleichaltrigen lag der entsprechende Anteil knapp über der Hälfte. Ähnliche Tendenzen ergaben sich bei der Kritik wegen des Aussehens.

Über drei Viertel der Klientinnen hatte gegenüber Gleichaltrigen in der Adoleszenz Minderwertigkeitsgefühle wegen der Figur und des Aussehens, im Erwachsenenalter immer noch über die Hälfte. Eine ähnliche Tendenz ergab sich auch im Vergleich zu Abbildungen in Zeitschriften. Bei über der Hälfte der Klientinnen fand sich die Mutter zu dick und betonte die Wichtigkeit von Schlankheit. Die meisten Informationen über Figur, Gewicht und Diät erhielten die Klientinnen aus Zeitschriften oder aus dem Fernsehen. Die hier verbreiteten Meinungen waren die wich-

tigsten, danach die Ansichten von Jungen bzw. Männern und von Mädchen bzw. Frauen. Einen gewissen Einfluss hatten noch die Mütter.

Ein Drittel der Klientinnen verglich sich oft, ein weiteres Drittel manchmal mit Models. Dieser Vergleich stellte also für zwei Drittel der Klientinnen eine wichtige Bezugsgröße dar. Knapp zwei Drittel der Klientinnen meinten, dass das Leben leichter wäre, wenn sie so aussähen wie ein Model, bzw. dass schlanke Frauen es leichter haben als nicht schlanke. Dies galt für Partnerschaften und Anerkennung, insbesondere von Männern, in gewissem Maße aber auch für den beruflichen Erfolg. Neben der Gleichaltrigengruppe und der Familie spielte der durch Medien vermittelte Schlankheitsdruck, der Vergleich mit den hier präsentierten Bildern und der Eindruck, dass ein dementsprechendes Aussehen zu Erfolg und Anerkennung im Privatleben und auch im Beruf verhilft, eine wesentliche Rolle bei den Betroffenen.

Eine große Gruppe der Klientinnen (40 %) war mit ihrer beruflichen bzw. schulischen Situation unzufrieden, knapp zwei Drittel würden hier gerne mehr leisten. Über die Hälfte ging von einer Ungleichheit zwischen Männern und Frauen in der Anerkennung ihrer Leistungen aus. Eine große Gruppe (44 %) verglich sich mit den Leistungen anderer Frauen. Ein Drittel schätzte sich im Vergleich schlechter ein, gegenüber Männern nur ein Viertel. Die größte Gruppe der Klientinnen fühlte sich in ihren beruflichen Plänen von der Familie unterstützt. Allerdings sah eine große Gruppe die Rollenverteilung zwischen den Eltern als ungleich an. Die Einschätzung der eigenen Partnerschaft fiel ähnlich aus.

Die größte Gruppe der Klientinnen fühlte sich in den Partnerschaften körperlich angenommen, allerdings ein Drittel in früheren Partnerschaften und ein Fünftel in der aktuellen Partnerschaft nicht bzw. überwiegend nicht. Das heißt, dass eine relativ große Gruppe der Klientinnen die Körperannahme in früheren Partnerschaften und auch in jetzigen als eher unbefriedigend erlebte, ebenso die Sexualität in der jetzigen Partnerschaft. Die aktuellen Partnerschaften wurden insgesamt besser beurteilt als frühere.

Empfehlung:

Die Bedeutung von äußerer Erscheinung und Schlankheit bei Frauen und Mädchen mit Essstörungen und die hierbei bedeutsamen Sozialisationserfahrungen und Leitbilder müssen weiter untersucht werden. Hierbei sollten diese Einflüsse bei Frauen und Mädchen mit Essstörungen mit denen von nicht essgestörten Frauen und Mädchen sowie solchen, die zwar ein gestörtes Essverhalten haben, aber keine klinisch diagnostizierbare Essstörung, verglichen werden, um den Einfluss dieser Faktoren besser abschätzen zu können. Dasselbe gilt für die Einstellungen zu Leistung, Partnerschaft und Sexualität sowie den hier gemachten Erfahrungen.

19. Angaben zu Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung

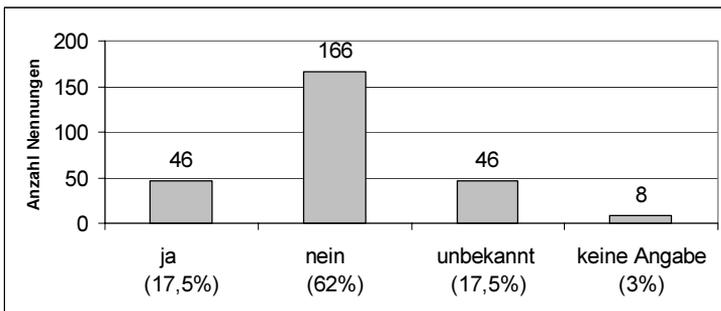
Hierzu machten insgesamt 266 Beraterinnen und Therapeutinnen Angaben im Modul 8 (Problembewertung zum Abschluss) bzw. im Modul 15 (Abschluss der Erhebung im September 2003). Dabei variieren die Angaben zu den einzelnen Problembereichen.

Diese Angaben wurden am Ende der Therapie bzw. Untersuchung erhoben, da die Erinnerungen an derartige Vorfälle oft erst im Verlaufe eines Behandlungsprozesses deutlich werden.

Sexueller Missbrauch

Für die Kindheit oder Jugend der hier eingeschätzten Klientinnen wurde das Vorliegen eines sexuellen Missbrauchs mehrheitlich (62 %) verneint. Für 17,5 % wurde ein Missbrauch angegeben. Bei weiteren 17,5 % war dies unbekannt. Bei 3 % fehlten die Angaben.

Abb. 19.1 Missbrauch in Kindheit und Jugend (n = 266)



Zur Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und Jugend nahmen 60 Beraterinnen und Therapeutinnen Stellung. In über einem Viertel der hier genannten Fälle (27 %) kam mehrfacher Missbrauch vor, in 12 % der Fälle jeweils ein Missbrauch über mehrere Monate oder häufiger und in weiteren 12 % über mehrere Jahre oder regelmäßig. Einmalig war der Missbrauch in 20 % der Fälle. In über einem Viertel der Fälle (27 %) wurde die Häufigkeit nicht abgeklärt.

Rechnet man die Häufigkeit auf die Gesamtzahl der 266 Klientinnen um, für die geantwortet wurde, so findet man bei jeweils 3 % einen Missbrauch in der Kindheit

oder Jugend über mehrere Monate bzw. Jahre und bei 6 % einen mehrfachen Missbrauch.

Die Art des Missbrauchs bestand, wenn sie abgeklärt wurde (n = 58), meistens im Berühren und Stimulieren von Geschlechtsteilen (16 Fälle; 27 %), dann im Verkehr (13 Fälle; 22 %) und im Zeigen von Geschlechtsteilen (9 Fälle; 15 %).

Missbrauchende Person (Angaben zu n = 60) war am häufigsten eine fremde männliche Person (15; 25 %), dann der Vater (11; 17 %), ein Bekannter der Familie (8; 13 %), ein Onkel (4; 7 %), der Stiefvater (3; 5 %) oder der Bruder (ebenfalls 3). In 23 % der Fälle allerdings wurde auch dies nicht abgeklärt.

Das Durchschnittsalter für den Beginn des Missbrauchs wurde in 43 Fällen angegeben. Es lag bei knapp 11 Jahren (10,6; SD 3,8; Minimum 2, Maximum 17).

Ein Missbrauch im Erwachsenenalter wurde für 23 Klientinnen angegeben. Auf die Gruppe, für die geantwortet wurde (204 Klientinnen), berechnet sind dies 11 %. Für die Mehrheit wurde ein Missbrauch im Erwachsenenalter verneint (78 %). In 11 % der Fälle wurde dies nicht erhoben.

Schläge und Bedrohungen

Die Mehrheit der Klientinnen (52 % (n = 266)) wurde als Kind nie oder selten geschlagen. Manchmal war dies bei 18 %, häufig bzw. regelmäßig bei 7 % der Klientinnen der Fall.

Zur Häufigkeit von Schlägen im Kindesalter gaben 187 Behandlerinnen Auskunft. Auch hier wurde die größte Gruppe (63 %) der Fälle, für die Antworten vorliegen, nicht geschlagen. Die Zahl derer, die häufig oder mehrfach geschlagen wurden (17 %) ist genauso groß wie die Anzahl derer, bei denen dieses nicht abgeklärt wurde.

Schläge in der Jugendzeit wurden insgesamt noch weniger genannt. Von den 166 Klientinnen, für die Antworten vorliegen, wurden 11 % häufig oder mehrfach geschlagen, über zwei Drittel (67 %) niemals. Die Zahl derer, die Schläge erlitten, nimmt noch weiter ab, wenn das Erwachsenenalter betrachtet wird. Hier wurden 80 % der Klientinnen, für die Antworten vorliegen (136), nicht geschlagen. Nur bei 6 Klientinnen (4 %) wurden Schläge angegeben.

Bedroht wurden ebenfalls die meisten Klientinnen nicht, bezogen auf die Gruppe, für die Antworten vorlagen (189), 57 %. Häufige oder mehrfache Bedrohungen wurden für 24 % angegeben.

Beschimpfungen und Entwertungen

Anders stellen sich die Zahlenverhältnisse bei Beschimpfungen und Entwertungen dar. Häufig oder mehrfach entwertet wurden 123 der 195 Klientinnen, die in den vorliegenden Modulen beurteilt wurden. Dies sind 63 %. Verneint wurde dies für 55 Klientinnen (28 %).

Vernachlässigung

In der Mehrzahl der Fälle (n = 241) gab es keine Hinweise auf Vernachlässigung (69 %). Bejaht wurde diese Frage für 12 %. Hinweise auf Vernachlässigungen wurden für 16 % angegeben.

Zusammenfassung und Fazit

Ein sexueller Missbrauch in Kindheit oder Jugend wurde für 17,5 % von 266 Klientinnen, für die die Module 8 und 15 vorlagen, angegeben. Bei knapp zwei Dritteln wurde ein Missbrauch ausgeschlossen. Bei insgesamt 20 % lagen keine Angaben vor. Ein sexueller Missbrauch im Erwachsenenalter wurde für 11 % (von n = 204) angegeben.

Körperliche Misshandlungen in der Kindheit wurden für ein Viertel von n = 266 Klientinnen angegeben, in der Jugendzeit für 11 % (n = 166), im Erwachsenenalter für 4 % (n = 136). Bedrohungen wurden für 24 % (n = 189) angegeben, Beschimpfungen und Entwertungen für 63 % (n = 195), Vernachlässigungen sicher für 12 % (n = 241).

Vergleicht man diese Zahlen mit Angaben zur Prävalenz von sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa (Lampe 2002), so liegen sie deutlich höher als die für einen engen Missbrauchs-begriff als Prävalenz angegebenen (Deutschland 6,2 %). Wendet man auf die untersuchte Gruppe ebenfalls den engen Missbrauchs-begriff an, der nur Berührung oder Verkehr als Missbrauch zählt, so finden wir hier immer noch eine gegenüber den zitierten Angaben erhöhte Quote von 10 %.

Die Rate körperlicher Misshandlungen ist schwierig mit Prävalenz-Daten zu vergleichen, da hier die Angaben sehr schwanken. Nimmt man die vorliegenden Zahlen über häufige oder mehrfache Schläge in der Kindheit, so entsprechen diese ungefähr dem Durchschnitt einer deutschen Studentinnengruppe (vgl. Lampe 2002).

Die Rate der Vernachlässigten erscheint mit 11 % als relativ hoch gegenüber der einzigen deutschen Studie, die zu diesem Thema vorliegt. Dort lag die Quote bei maximal 6 % (vgl. Lampe 2002). Allerdings wurden in dieser Studie Kinder untersucht, die in einer pädiatrischen Klinik behandelt wurden. Es handelte sich um eine punktuelle Erhebung, nicht um einen Rückblick, zudem um eine Erhebung an einem bestimmten Zeitpunkt in der Kindheit, bei der spätere Phasen der Kindheit, Adoleszenz und des Erwachsenenalters nicht erfasst wurden. Von daher sind die gefundenen Zahlen kaum vergleichbar.

Verglichen mit den Daten der Prävalenzstudie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit, die körperliche, sexuelle und psychische Gewalt gegenüber Frauen ab dem 16. Lebensjahr erfasste (BMFSFJ 2004), liegt der Anteil körperlicher Gewalt für die Jugendzeit und das Erwachsenenalter in dieser Studie deutlich niedriger als dort (11 % bzw. 4 % gegenüber 37 %). Der Unterschied ist sicherlich auch auf eine in der vorliegenden Studie sehr enge Definition von Ge-

walt (Schläge) zurückzuführen. Der Anteil der Frauen, die sexuelle Gewalt erlebten, erscheint als vergleichbar hoch (13 % gegenüber 17 % in unserer Studie für die Kindheit oder Jugend und 11 % für das Erwachsenenalter). Der Anteil von psychischer Gewalt (hier: Beschimpfungen und Entwertungen) ist dem in der zitierten Studie vergleichbar, obwohl er dort auf Frauen ab 16 Jahren bezogen wurde (BMFSFJ 2004).

Verglichen mit der kontrollierten Studie von Fairburn et al. (1999) sind die hier gefundenen Zahlen zu Missbrauch und körperlicher Misshandlung eher niedrig. Dort wurde für Bulimie eine Missbrauchsrate von 35 % und für Anorexie von 27 % gefunden, in der gesunden Kontrollgruppe eine Inzidenz von 11 %.

In der kontrollierten Fallstudie von Fairburn et al. (1999) fand sich wiederholter, schwerer sexueller Missbrauch bei 9 % der Bulimikerinnen und 3 % der Anorektikerinnen. Die Rate bei den Bulimikerinnen entspricht in etwa der in der vorliegenden Studie gefundenen. Die Raten für physische Misshandlungen sind in unserer Studie niedriger als in der von Fairburn et al. (1999). Im Gegensatz dazu erscheinen die Rate der Beschimpfungen und Entwertungen und auch die Rate der Bedrohungen hier als höher.

Empfehlung:

Auch wenn sexueller Missbrauch und Misshandlung keine spezifischen Risikofaktoren für Essstörungen sind, sollten sie im Rahmen von längeren Beratungen und Behandlungen taktvoll, sorgfältig und differenziert exploriert werden, um ihre Bedeutung für diese Gruppe von Frauen und Mädchen und auch für die jeweils individuelle Leidensgeschichte angemessen erfassen zu können. Beraterinnen und Therapeutinnen sind entsprechend zu sensibilisieren. Zudem muss bei Fällen von Missbrauch und Misshandlung die Indikation zu Trauma spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen sorgfältig geprüft werden. Auch für diese Indikationsstellung muss für eine entsprechende Weiterbildung gesorgt werden.

20. Klientinnen, die die Teilnahme an der Befragung ablehnten

Diese Gruppe der Klientinnen wurde über das Modul 13 erfasst, das von den Beraterinnen und Therapeutinnen ausgefüllt wurde. Hier liegen Angaben von 53 Klientinnen vor. Diese wurden hinsichtlich einer Reihe von Parametern mit den Angaben von 585 Klientinnen verglichen, bei denen Ausgangsdaten zur Behandlung im Modul 6 vorlagen.

Keine Unterschiede ergaben sich bezüglich folgender Fragen bzw. Merkmale:

1. Wie wurde die Klientin auf die Institution aufmerksam?
2. Wer stellte den ersten Kontakt zur Institution her?
3. Alter der Klientinnen
4. Familienstand
5. Nationalität
6. Religionszugehörigkeit
7. Diagnose.

Signifikante Unterschiede (5%-Niveau) ergaben sich in folgenden Bereichen:

1. Frühere Behandlungen: Hier hatte die Gruppe der Klientinnen, die die Teilnahme verweigerten, deutlich weniger ambulante und stationäre Therapien.
2. Berufstätigkeit: Unter den Klientinnen, die die Teilnahme verweigerten, befanden sich deutlich mehr Facharbeiterinnen, Auszubildende und Umschülerinnen sowie Rentnerinnen. In der anderen Gruppe befanden sich deutlich mehr Schülerinnen und Studentinnen, Selbständige, höhere Beamte und Angestellte, einfache Beamte und Angestellte, Arbeiterinnen, Hausfrauen aber auch Arbeitslose.
3. Feste Partnerschaften: Die Klientinnen, die die Teilnahme ablehnten, hatten häufiger keine feste Partnerschaft.
4. Suchtproblematik: Diese war in der Gruppe der Ablehnenden deutlich höher.
5. Ärztliche, psychiatrische, Psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung: Diese war bei den die Befragung ablehnenden Klientinnen deutlich höher.

Hieraus ergibt sich, dass die Gruppe der Ablehnenden in der Regel einen geringeren Bildungsstand hatte als die Gruppe der an der Befragung teilnehmenden, seltener in einer festen Partnerschaft lebte, häufiger eine Suchtproblematik aufwies, häufiger in irgendeiner Form von Behandlung war und seltener eine Vorbehandlung hatte.

Hiermit ist die Gruppe der Klientinnen, die Beratungen oder Behandlungen abbrechen, noch nicht erfasst. Diese Gruppe ist wegen des individuellen Leidens, das sich nach einem Abbruch fortsetzt, sowie wegen der Kosten durch Mehrfachbehandlungen, besonders bedeutsam.

Empfehlung:

Die Gruppe der essgestörten Klientinnen, die Beratungs- und Therapieprozesse abbrechen, bedarf weiterer Untersuchung bezüglich ihrer Vorgeschichte, der klinischen und Persönlichkeitsmerkmale sowie der Interaktion mit Beraterinnen und Therapeutinnen. Die Befunde müssen dabei mit solchen zu anderen Klientinnengruppen verglichen werden, um eventuelle Spezifika zu finden, die in der Beratung und Behandlung von Essstörungen besonders zu beachten sind.

Literatur

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders, *Am. J. Psychiatry* 157(1), 1–39.
- ASCHENBRENNER, K. (2003), Subklinische Essstörungen bei Schülern und Studenten, Med. Diss., Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- BRUCH, H. (1991), Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht, Frankfurt/ M, Fischer
- BUDEBERG-FISCHER, B. (2000), Früherkennung und Prävention von Essstörungen: Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen, Stuttgart, Schattauer.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.) (2004), Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse.
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (2004), Essstörungen ... was ist das? Stand 07/04.
- CIERPKA, M., REICH, G. (2001), Die familientherapeutische Behandlung von Patientinnen mit Anorexie und Bulimie, in: Reich, G., Cierpka, M. (Hg.), *Psychotherapie der Essstörungen*, Stuttgart, Thieme, 2. Aufl. S. 128–155.
- DAK-GESUNDHEITSREPORT 2002. www.dak.de
- DEUTSCHE ADIPOSITAS-GESELLSCHAFT (1999), Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft zur Therapie der Adipositas, Stuttgart, Demeter Verlag.
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M. H. (2000) (Hg.): WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, Hans Huber, Bern, 4. korr. u. erg. Aufl.
- ECKERT, J. (1996): Gruppenerfahrungsbogen (GEB). In: Strauß, B., Eckert, J., Tschuschka, V. (Hg.): *Methoden der empirischen Gruppentherapie*, Opladen, Westdeutscher Verlag, S. 160–171.
- EGLE, U. T., HARDT, J., NICKEL, R., KAPPIS, B., HOFFMANN, S. O. (2002), Früher Stress und Langzeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate, *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 48, 411–434.
- EGLE, U. T., HOFFMANN, S. O., JORASCHKY, P. (Hg.) (2005), Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen, Stuttgart, Schattauer, 3. Aufl.
- FAIRBURN, C. G., WELCH, S. L., DOLL, H. A., DAVIES, B. A., O'CONNOR, M. E. (1997), Risk factors for bulimia nervosa. A community case-control study, *Arch. Gen. Psychiatry* 54, 509–517.

- FAIRBURN, C. G., COOPER, Z., DOLL, H. A., WELCH, S. L. (1999a), Risk factors for anorexia nervosa. Three integrated case-control comparisons, *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 468–476.
- FAIRBURN, C. G., COWEN, P. J., HARRISON, P. J. (1999b), Twin studies and the etiology of eating disorders, *Int. J. Eating Disord.* 26, 349–358.
- FAIRBURN, C. G., HARRISON, P. J. (2003), Eating Disorders, *Lancet* 361, 407–416.
- FELITTI, V. J. (2002), Kindheitsbelastungen und Gesundheit im Erwachsenenalter, *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 48, 359–369.
- FICHTER, M., KEESER, W. (1980): Das Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung. *Arch. Psychiatr. Nervenkr.* 228, 67–89.
- FISCHER, G., RIEDESSER P. (2003), Lehrbuch der Psychotraumatologie, München, Ernst Reinhardt Verlag, 3. aktualisierte u. erweiterte Aufl.
- FRANKE, G. (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual, Göttingen, Beltz Test.
- GARFINKEL, P. E., GOLDBLOOM, D. S. (1993), Bulimia nervosa: a review of psychotherapy research, *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2(1), 38–50.
- GÖTZ-KÜHNE, C., MIECK, I. (2004), Beratungsstellen. In: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H. (Hg.), *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*, Stuttgart, Schattauer, 2. Aufl., S. 276–284.
- HERPERTZ, S., SENF, W. (2003), Psychotherapie der Adipositas, *Deutsches Ärzteblatt* 100, H 20: B1140–1145.
- HETTINGER, R., JÄGER, B., MUNZ, D. (1990): Fragebogen zur Symptomdiagnose von Essstörungen (FSE), Stuttgart.
- HÖGER, D., ECKERT, J. (1997): Der Bielefelder Klienten-Erfahrungsbogen (BIKEB). Ein Verfahren zur Erfassung von Aspekten des »Post-Session-Outcome« bei Psychotherapien, *Z. Klin. Psychol.* 26, 129–137.
- JÄGER, B., LIEDTKE, R., KÜNSEBECK, H.-W., LEMPA, W., KERSTING, A., SEIDE, L. (1996), Psychotherapy and bulimia nervosa: evaluation and long-term follow-up of two conflict-oriented treatment conditions, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93, 268–278.
- KABERA (1999), *Essstörungen bei Jugendlichen in Europa – Erhebung zum Präventionsbedarf. Abschlussbericht*, Kassel.
- KENDLER, K. S., BULIK, C. M., SILBERG, J., HETTEMA, J. M., MYERS, J., PRESCOTT, C. A. (2000), Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women, *Arch. Gen. Psychiatry* 57, 953–959.
- KEY, A., LACEY, H. (2002), Progress in eating disorder research, *Current Opinion in Psychiatry* 15, 143–148.
- KIEFER, S. (1997), Familie und Bulimie: Zusammenhang zwischen subjektiver Familienfunktionalität und Schwere der Symptomatik, Diplomarbeit, Göttingen.
- KRÜGER, C. (2001), Binge Eating und Binge Eating-Störung. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hg.), *Psychotherapie der Essstörungen*, Stuttgart, Thieme, 2. Aufl., S. 43–50.

- KRÜGER, C., REICH, G., BUCHHEIM, P., CIERPKA, M. (2001), Essstörungen und Adipositas: Diagnostik – Epidemiologie – Verläufe. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hg.), Psychotherapie der Essstörungen, Stuttgart, Thieme, 2. Aufl., S. 24–42.
- LAMPE, A. (2002), Prävalenz von Missbrauch und Misshandlung in Europa, Z. Psychosom. Med. Psychother. 48, 370–380.
- LEICHSENRING, F. (2004), Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Erwachsenen, Forum der Psychoanalyse 20, 34–39.
- MCINTOSH, V. V., BULIK, C. M., MCKENZIE, J. M., LUTY, S. E., JORDAN, J. (2000), Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa, Int. J. Eating Disord. 27(2), 125–139.
- MCKISACK, C., WALLER, G. (1997), Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa, Int. J. Eating Disord. 22(1), 1–13.
- MEERMANN, R., NAPIERSKI, C., SCHULENKORF, E. M. (1987): EDI-Münster. Selbstbeurteilungsfragebogen für Eßstörungen. In: Meermann, R., Vandereycken, W.: Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa, Berlin, Walter de Gruyter, S. 32–34.
- MEERMANN, R., VANDEREYCKEN, W. (1987): EAT-26 Münster. Deutsche Übersetzung des »Eating Attitude Test-26«. In: Meermann, R., Vandereycken, W.: Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa, Berlin, Walter de Gruyter, S. 29–31.
- PETERMANN, F., PUDEL, V. (Hrsg.) (2003), Übergewicht und Adipositas, Göttingen, Hogrefe.
- PUDEL, V., WESTENHÖFER, J. (1998), Ernährungspsychologie, Göttingen, Hogrefe.
- RATZKE, K. (1995), Zur Analyse soziokultureller Bedingungen der Geschlechtsrollenannahme am Beispiel gestörten Eßverhaltens. Eine vergleichende Studie zwischen Studentinnen aus Ost- und Westdeutschland, Göttingen, Cuvillier Verlag.
- REHN, A. (1999), Ambulante Eßstörungstherapie bei Kabera. Ergebnisse einer schriftlichen Befragung bei Patientinnen und Patienten zu den Behandlungserfolgen, Kassel.
- REICH, G. (2001), Ambulante psychodynamische Therapie der Bulimie und Anorexie. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hg.), Psychotherapie der Essstörungen, Stuttgart, Thieme, 2. Aufl., S. 68–78.
- REICH, G. (2003a), Familienbeziehungen von Patientinnen mit Bulimia nervosa. Eine Vergleichsstudie zu Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer nicht-essgestörten Kontrollgruppe, Heidelberg, Kröning, Asanger.
- REICH, G. (2003b), Familientherapie der Essstörungen, Göttingen, Hogrefe.
- REICH, G., CIERPKA, M. (2001) (Hg.), Psychotherapie der Essstörungen, Stuttgart, Thieme, 2. Aufl.
- ROBIN, A. L., SIEGEL, P. T., MOYE, A. W., GILROY, M., DENNIS, A. B., SIKAND, A. (1999), A controlled comparison of family versus individual therapy für adolescents with anorexia nervosa, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38(12), 1482–1489.
- SAB, H., WITTCHEN, H.-U., ZAUDIG, M. (1994) (Hg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-VI, Göttingen, Hogrefe.
- SCHLOEN, A. (1997), Familienfunktionalität und ihr Beitrag zur Entstehung gestörten Eßverhaltens bei Jugendlichen, Med. Diss., Göttingen.

- SEIDE, L., ERNST, G., REICH, G., CIERPKA, M. (1995), Psychotherapeutische Behandlungsformen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa, *Psychotherapeut* 40, 111–119.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2003), Statistisches Jahrbuch 2003 für die Bundesrepublik Deutschland, Statistisches Bundesamt Wiesbaden.
- STRIEGEL-MOORE, R. H., SILBERSTEIN, L. R., RODIN, J. (1993), The social self in bulimia nervosa: public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence, *J. Abnorm. Psychol.* 102(2), 297–303.
- WARDETZKI, B. (1996), *Iss doch endlich mal normal*, München, Kösel.
- WHITTAL, M. L., AGRAS, W. S., GOULD, R. A. (1999), Bulimia nervosa: a meta analysis of psychosocial and pharmacological treatment, *Behavior Therapy* 30(1), 117–135.
- WILSON, G. T., FAIRBURN, C. G. (1998), Treatments for eating disorders. In: Nathan, P. E., Gorman, J. M. (Hg.), *A guide to treatments that work*, S. 501–530, New York, Oxford University Press.
- WILSON, G. T., VITOUSEK, K. M., LOEB, K. L. (2000), Stepped care treatment for eating disorders, *Journal Consult. Clin. Psychol.* 68(4), 564–572.

Anhang

Anhang A: Die Module

Anhang B: Information für die Klientin/Patientin

Anhang C: Einverständniserklärung

Anhang D: Die beteiligten Institutionen

Anhang E: Schlüssel für die Auswahl der telefonischen, einmaligen und kurzen und langen Beratungen/Therapien

Anhang A: Die Module

