

**Die Integration von Eltern in den stationären
Therapieprozess essgestörter Patienten/-innen –
Evaluation von „Eltern-Kind-Therapiewochen“
in einer Klinik für Essstörungen**

Dissertation

zur Erlangung des mathematisch-naturwissenschaftlichen Doktorgrades

„Doctor rerum naturalium“

der Georg-August-Universität Göttingen

im Promotionsprogramm: Grundprogramm Biologie
der Georg-August University School of Science (GAUSS)

vorgelegt von

Britta Nimis

aus Hamburg

Göttingen 2015

Betreuungsausschuss

Prof. Dr. Marcus Hasselhorn, Bildung und Entwicklung, Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF), Frankfurt

Prof. Dr. Günter Reich, Ambulanz für Familientherapie und Essstörungen, Abt. für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen

Mitglieder der Prüfungskommission

Referent: Prof. Dr. Marcus Hasselhorn, Bildung und Entwicklung, Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF), Frankfurt

Koreferent: Prof. Dr. Günter Reich, Ambulanz für Familientherapie und Essstörungen, Abt. für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen

Weitere Mitglieder der Prüfungskommission:

PD Dr. Micha Strack, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. Susanne Bögeholz, Didaktik der Biologie, Albrecht-von-Haller-Institut für Pflanzenwissenschaften, Georg-August-Universität Göttingen

Prof. Dr. Margarete Boos, Abt. für Sozial- und Kommunikationspsychologie, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen

PD Dr. York Hagmayer, Abt. für Kognitionswissenschaft und Entscheidungspsychologie, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Georg-August-Universität Göttingen

Tag der mündlichen Prüfung: 28.04.2015

Danksagung

Während meiner Promotionszeit haben mir viele Menschen unterstützend beiseite gestanden. An dieser Stelle möchte ich dafür danken.

An erster Stelle möchte ich besonders allen Patienten/-innen und ihren Eltern für die Teilnahme an der Studie danken. Ohne sie wäre diese wissenschaftliche Arbeit nicht möglich gewesen.

Auch der Klinik Lüneburger Heide und dem Klinikpersonal danke ich herzlich für die Kooperation und Unterstützung bei der Durchführung und Datenerhebung.

Ein herzliches Dankeschön an Herrn Prof. Dr. Hasselhorn, der mir den Einstieg in das Doktorandendasein ermöglichte und mich auch nach meinem Themenwechsel weiter als Referent betreute. Für die wertvolle Unterstützung vor Ort danke ich ganz herzlich meinem Koreferent Herrn Prof. Dr. Reich. Frau PD Dr. Micha Strack danke ich sehr für die methodischen Hilfestellungen bei der Auswertung der Daten. Außerdem bedanke ich mich bei allen Kollegen/-innen, die immer ein offenes Ohr hatte und mir mit fachlichen Diskussionen beiseite standen und meine Arbeit Korrektur gelesen haben.

Schließlich bedanke ich mich bei meinem Freund Jan und allen Freundinnen und Freunden, die in der Zeit für mich da waren, meinen Stress mitaushielten und bereitwillig zuhörten. Bei meinem Bruder Jens bedanke ich mich dafür, dass er während der ganzen Zeit an mich geglaubt hat und dass er und meine Schwägerin Ann-Kathrin immer für mich da waren.

Inhaltsverzeichnis

<i>Danksagung</i>	<i>i</i>
<i>Inhaltsverzeichnis</i>	<i>ii</i>
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>iv</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>v</i>
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung	3
2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen	15
3. Fragestellung	25
4. Methode	31
4.1 Studiendesign	31
4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen	33
4.3 Institution und Treatment	46
4.4 Durchführung und Teilnehmende	49
5. Ergebnisse	68
5.1 Wer wählt das Treatment?	68
5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche	74
5.2.1 Zufriedenheit und Erwartungserfüllung	75
5.2.2 Prä-Post-Vergleiche	81
5.2.2.1 Veränderungen bei den Patientinnen durch die Eltern-Kind-Therapiewoche .	82
5.2.2.2 Veränderungen bei den Eltern durch die Eltern-Kind-Therapiewoche	84
5.2.3 Patientinnen-Eltern-Paare	88
5.2.3.1 Bessern sich bestimmte Familien stärker?	88
5.2.3.2 Welche Patientinnen profitieren mehr?.....	91
5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe	98
5.3.1 Aufnahme-Entlassung.....	98
5.3.2 Aufnahme-Katamnese	105

6. Diskussion.....	110
6.1 Bewertung der Ergebnisse.....	110
6.2 Einordnung der Ergebnisse in die empirische Datenlage.....	119
6.3 Einschränkungen der Untersuchungen.....	121
6.3.1 Studiendesign.....	122
6.3.2 Rekrutierungsprobleme und Datenverlust	123
6.3.3 Drop-out-Analyse	127
6.4 Fazit und Ausblick	127
7. Zusammenfassung.....	129
8. Literaturverzeichnis.....	131
9. Anhang.....	A-1

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1: Struktur der Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung. ...	27
Abbildung 4.1: Flow Chart I. Zeitlicher Ablauf(plan).	31
Abbildung 4.2: Flow-Chart II. Ablauf der Studie.	32
Abbildung 4.3: Altersverteilung der Patientinnen der Treatmentgruppe.	53
Abbildung 4.4: Altersverteilung der Patienten/-innen der Kontrollgruppe	53
Abbildung 4.5: Eltern zusammen oder getrennt lebend.	58
Abbildung 4.6: Teilnahme der Eltern an der Therapiewoche.	58
Abbildung 5.1: Graphische Darstellung der sechs signifikanten Prädiktoren	72
Abbildung 5.2: Interaktionseffekt von Alter*Aufenthaltsdauer in der Klinik	74
Abbildung 5.3: Graphische Darstellung zu der Messwiederholungs-ANOVA	91
Abbildung 5.4: Graphische Darstellung der signifikanten nominalen Prädiktoren ...	95
Abbildung 5.5: Graphische Darstellung der signifikanten metrischen Prädiktoren ..	96
Abbildung 5.6: Graphische Darstellung der signifikanten metrischen Prädiktoren ..	97
Abbildung 5.7: Zeit*Körpergewicht bzw. zeit*Body-Mass-Index Interaktion aus der ANCOVA.....	100
Abbildung 5.8: Zeit*Körpergewicht bzw. zeit*Body-Mass-Index Interaktion aus der ANCOVA.....	100
Abbildung 5.9: Zeit-Interaktionseffekte aus der ANCOVA	100
Abbildung 5.10: Katamnese-Teilnehmer vs. -Verweigerer	107
Abbildung 5.11: Gewicht in Kg und BMI	108
Figure 1: Inter-personal vicious perpetuating cycle. (Aus: Treasure et al., 2012).....	13

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1: Die geplanten diagnostischen Verfahren, validierte Fragebögen.	33
Tabelle 4.2: Die geplanten diagnostischen Verfahren, nicht validierte Fragebögen.	34
Tabelle 4.3: Fragebogenpakete zu den einzelnen Erhebungen.	35
Tabelle 4.4: Die acht Skalen der Kurzform des Eating Disorder Inventory-II	36
Tabelle 4.5: Die neun Skalen des SCL-90-R	38
Tabelle 4.6: Die Skalen des Allgemeinen Familienbogens	39
Tabelle 4.7: Das subjektive Familienbild.	41
Tabelle 4.8: Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution	43
Tabelle 4.9: Die Skalen des F-SozU mit der jeweiligen Anzahl an Items.	44
Tabelle 4.10: Studienbeteiligung zu allen Erhebungszeitpunkten.	51
Tabelle 4.11: Beziehungsstatus der Patienten/-innen beider Untersuchungsgruppen.	53
Tabelle 4.12: Soziodemographische Merkmale der Patienten/-innen.	55
Tabelle 4.13: Bildung und Beschäftigung.	56
Tabelle 4.14: Erwerbstätigkeit und Einkommen der Patienten/-innen	57
Tabelle 4.15: Soziodemographische Merkmale beider Elternteile.	59
Tabelle 4.16: Familien- und Beziehungsstatus der Eltern.	60
Tabelle 4.17: ICD-10 Diagnosen aus der Klinikakte pro Untersuchungsgruppe.	61
Tabelle 4.18: Vergleich des Body-Mass-Index BMI	62
Tabelle 4.19: Subjektive BMI-Angaben:	63
Tabelle 4.20: Objektive Entlassungs-BMI:	63
Tabelle 4.21: Vergleich des Body-Mass-Index BMI von Eltern	63
Tabelle 4.22: Beginn der Regelblutungen der Patientinnen beider Gruppen.	64
Tabelle 4.23: Verlauf der Regelblutungen in den letzten Monaten	64
Tabelle 4.24: Angefangene oder abgeschlossene Behandlungen	65
Tabelle 4.25: Gründe für die Nichtteilnahme am Treatment.	66
Tabelle 4.26: Gründe für die Nichtteilnahme am Treatment eines Elternteils.	67
Tabelle 5.1: Einfaktorielle logistische Regressionen für die AV Gruppe.	71
Tabelle 5.2: Multifaktorielle logistische Regressionsanalyse	73
Tabelle 5.3: Zufriedenheit der Patientinnen mit dem Treatment	75
Tabelle 5.4: Zufriedenheit der Eltern mit dem Treatment	76
Tabelle 5.5: Zufriedenheit der Eltern mit der Klinik	76

Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.6: Erwartungen an das Treatment (Prä) und Erwartungserfüllungen.....	78
Tabelle 5.7: Erwartungen an das Treatment (Prä) und Erwartungserfüllung	80
Tabelle 5.8: Erwartungen an das Treatment (Prä) und Erwartungserfüllung	81
Tabelle 5.9: Vergleich der Symptome-Skalen der Patientinnen	82
Tabelle 5.10: Vergleich der familiären Beziehungs-Fragebögen-Skalen	83
Tabelle 5.11: Vergleich der Symptome-Skalen der Eltern	86
Tabelle 5.12: Vergleich der familiären Beziehungs-Fragebögen-Skalen der Eltern .	87
Tabelle 5.13: Schätzung der Varianzanteil durch mittlere Korrelationen.....	89
Tabelle 5.14: Mittlere Korrelationen der Vater-Mutter-Kind-Triaden	90
Tabelle 5.15: ANOVA im 2x3 Messwiederholungsdesign	91
Tabelle 5.16: ANOVA bzw. ANCOVA mit Messwiederholungsfaktor Zeit	94
Tabelle 5.17: Aufnahme-Entlassung-TG/KG-Design.....	102
Tabelle 5.18: Aufnahme-Entlassung-TG/KG-Design.....	103
Tabelle 5.19: Aufnahme-Entlassung-TG/KG-Design.....	104
Tabelle 5.20: Vergleich der Katamnesestichprobe	105
Tabelle 5.21: Die Essstörungen-Diagnosen der Katamnesestichprobe.....	106
Tabelle 5.22: Vergleich der Standardisierten Fragebogendaten	106
Tabelle 5.23: Aufnahmen-Katamnese-TG/KG-Vergleich.....	109
Tabelle 9.1: Haupteffekte zu Tabelle 5.16	H-50
Tabelle 9.2: Haupteffekte der vier Prädiktoren aus Tabelle 5.17	I-51
Tabelle 9.3: Haupteffekte der vier Prädiktoren aus Tabelle 5.17	I-52
Tabelle 9.4: Haupteffekte der vier Prädiktoren aus Tabelle 5.17	I-52

1. Einleitung

Die Essstörungen Anorexie und Bulimie nehmen in den letzten Jahrzehnten gerade bei Adoleszenten immer mehr zu. Betroffen sind vor allem Mädchen und Frauen. In den letzten Jahren erkranken aber auch zunehmend junge Männer an einer Essstörung. Die Essstörungen brechen immer früher aus, was sicherlich damit zusammenhängt, dass die Pubertät immer früher beginnt. D.h. Kinder werden schon viel früher mit der Entwicklung von sogenannten „Problemzonen“ konfrontiert und das in einer Gesellschaft, in der immer noch ein hohes Schlankeitsideal existiert, das weibliche Körperformen nur schwer akzeptiert. Die körperlichen Veränderungen in der Pubertät bieten sich besonders gut an, um kulturelle Einflüsse, wie das Gleichsetzen von Schlanksein mit Attraktivsein, Starksein, Erfolgreichsein, Gemochtwerden etc. in ihrer Bedeutung auf die Spitze zu treiben.

In der Behandlung von Essstörungen spielen die Familienmitglieder und Angehörigen eine wichtige Rolle (Cierpka & Reich, 2010). Sie haben ständig Kontakt zur Erkrankten und beeinflussen diese gewollt oder ungewollt in heilender oder krankheitsfördernder Art und Weise. Oft entwickeln auch sie in Folge der Essstörung Belastungssymptome (Padierna et al., 2013). Die hohen Rückfallraten vor allem bei Anorexia nervosa (Lay & Schmidt, 1999) zeigen u.a., wie schwierig es ist, die in der Klinik erreichten Besserungen im familiären Umfeld aufrecht zu erhalten. Dennoch gehört das Einbeziehen von Eltern und anderen Familienmitgliedern in die stationäre Therapie des essgestörten Kindes nicht zur gängigen Praxis. Auch das Standardwerk „Rehabilitation in der Psychosomatik“ des großen Schattauer Verlages (Schmidt-Ott et al., 2008) enthält kein Kapitel über Angehörigenarbeit.

Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zu diesem sehr aktuellen Thema, das noch viele offene Fragen und Raum für wissenschaftliche Untersuchungen mit sich bringt. Die Wirksamkeit von ambulanter Familientherapie bei Essstörungen konnte in vielen Studien nachgewiesen werden (z.B. Couturier, Kimber, & Szatmari, 2013; Hay, 2013). Auch konnten Besserungen durch Psychoedukations-Seminare festgestellt werden (Zitarosa, de Zwaan, Pfeffer, & Graap, 2012). Allerdings sieht die Praxis und Forschung zur therapeutischen Arbeit mit den Eltern und Kindern gemeinsam während des Klinikaufenthaltes sehr spärlich aus. Während in Deutschland die Integration der Eltern in die stationäre Therapie noch nicht üblich

1 Einleitung

ist, zeigen sich international große Erfolge im Einbeziehen der Familie (Hay, 2013; Whitney et al., 2012). Die vorliegende Arbeit untersucht daher die Wirksamkeit der stationären „Eltern-Kind-Therapiewoche“¹ in einer deutschen Klinik.

¹ Feste Bezeichnung für das Treatment.

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der
Essstörung

2. Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel gliedert sich im Wesentlichen in zwei große Abschnitte, die in das Thema dieser Arbeit (Angehörigenarbeit bei Essstörungen) und in den aktuellen Stand der Forschung einführen. Im ersten Abschnitt wird erörtert, welche Rolle die Familie bei der Entstehung und dem Verlauf der Essstörung einnimmt, im zweiten Abschnitt wird die Rolle der Familie in der Behandlung der Patientinnen dargestellt.

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

Essstörungen, ob Anorexie oder Bulimie, haben nicht nur auf die Betroffenen selbst, sondern auch auf das Umfeld der Betroffenen eine massive Auswirkung: Sei es in der Schule mit den evtl. besorgten Lehrern, den Mitschülern, der schulischen Leistung oder auf der Arbeitsstelle mit den Kollegen/-innen. Aber auch für Freunde und den/die Partner/in ist eine Essstörung sehr besorgniserregend und belastend. Vor allem aber – und gerade bei jüngeren Kindern – bleiben die Familie, die Eltern, Großeltern und Geschwister von der Essstörungserkrankung ihres Angehörigen nicht unberührt. Sorgen, Schuldgefühle, Hilflosigkeit nehmen häufig in Familien mit einem essgestörten Familienmitglied überhand, da die Familie nicht weiß, wie sie helfen kann. Die Eltern scheinen machtlos; die Krankheit stellt eine schwere Last für alle Familienmitglieder dar.

Umgekehrt haben alle Menschen in der Umgebung des Betroffenen, vor allem aber die Familie, einen großen Einfluss auf diesen und die Krankheit. Dieser Einfluss ist bestenfalls unterstützend und trägt zur Heilung bei, anderenfalls aber kann die Essstörung Unterstützung erfahren und es wird für den Betroffenen in diesem Umfeld immer schwieriger, aus der Erkrankung heraus zu finden. Diese problematischen, die Essstörung manifestierenden Interaktionen, entstehen oft aus fehlgeleiteten Versuchen der Eltern, dem Kind zu helfen. Die Betroffenen einerseits fühlen sich dann häufig unverstanden und noch mehr allein gelassen, die Eltern andererseits in ihren Bemühungen enttäuscht und verzweifelt darüber, dem eigenen Kind nicht helfen zu können.

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

Einflüsse auf die Entstehung einer Essstörung

Nach dem Dual-Process Family Model von Leung (1996) wirken sich familiäre Einflüsse direkt und indirekt auf die Entwicklung einer Essstörung aus. Einen direkten Einfluss auf die Entwicklung und Erhaltung einer Essstörung haben die Einstellung der Familie gegenüber Essen und Diäten, der Umgang mit Alkohol, Medikamenten und Drogen und die Bedeutung, die dem Schlanksein und dem Aussehen beigemessen wird (Reich, 2003b; Reich & Cierpka, 2010b). Diese Einstellungen wirken sich direkt auf die Körperzufriedenheit und das Essverhalten aus, was wiederum u. a. Selbstwertdefizite auslöst. Ebenso einen direkten Einfluss hat das Familienklima bzw. die Funktionalität der Familie. Dysfunktionale Familien begünstigen die Entwicklung von Essstörungen: zwanghafte, zu enge, einmischende und Konflikt vermeidende Familienbeziehungen können – neben anderen Auslösern – eine Anorexie hervorrufen (Reich & Cierpka, 2010b), während grenzüberschreitende, impulsive, emotional vernachlässigende Strukturen die Entstehung einer Bulimie begünstigen. Der Umgang mit und die Einstellungen zum Essen gerade der Mütter übertragen sich auf die Kinder, vor allem aber auf die Töchter. So haben diese häufig ein ähnliches Hygiene- und Ekel-Empfinden Lebensmitteln gegenüber. Zu der Weitergabe von gestörtem Essverhalten in die nächste Generation gehört auch: ein gezügeltes Essverhalten der Mutter, das Achten auf das Gewicht der Tochter, Schlankheitsstreben der Mutter, eigene Unzufriedenheit mit der Figur, ein sehr angepasstes, der Norm entsprechendes gesellschaftliches Leben, sowie Essen aus Langeweile und zur Vermeidung von negativen Gefühlen.

Indirekt wird die Entwicklung der Essstörung durch die familiären Interaktionen beeinflusst. Alle Einflüsse (direkte und indirekte) zusammen schlagen sich in der Körperzufriedenheit bzw. -unzufriedenheit des Kindes nieder, was wiederum Einfluss auf die Entwicklung des Selbstwerts und der Autonomie hat. In beiden zeigen die Jugendlichen dann große Unsicherheiten (Reich, 2003a).

Anorektischer und bulimischer Modus

Reich (z.B. 2010) unterscheidet aus psychodynamischer Sicht zwischen zwei verschiedenen Krankheits-Modi, die der Anorexie und der Bulimie zugrunde liegen: Den anorektischen Modus beschreiben Reich und v. Boetticher (2013) als bestehend

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

aus dem „ständigen Bemühen, Äußeres aus sich herauszuhalten, um Konflikte und Affektspannungen zu regulieren“ (S. 229). Dadurch hat die Betroffene das Gefühl, innere und äußere Zustände kontrollieren zu können. Bei der Anorexie handelt es sich im Gegensatz zur Bulimie um das Weglassen eines lebensnotwendigen Ablaufs, der Nahrungsaufnahme. Dieses Verhalten wird als ich-synton wahrgenommen, die Betroffenen empfinden sich als normal essend und als nicht krank (Reich & v. Boetticher, 2013). Die Krankheitseinsicht ist bei diesen Patientinnen² schwierig zu erreichen. Der anorektische Modus soll vor „einmischender Kontrolle“ (Reich & v. Boetticher, 2013, S. 229) bewahren.

Der bulimische Modus beschreibt dagegen den Versuch der Affekt- und Konfliktregulation durch Aufnahme von etwas, um es nach Innen verschwinden zu lassen. Die Nahrung aber auch im weiteren Sinne die Emotionen werden „heruntergeschluckt“, um sie dann durch Herausbrechen endgültig los zu werden (Reich & v. Boetticher, 2013). D.h. es handelt sich bei der Bulimie um einen aktiven Handlungsablauf, der sowohl ich-synton aber auch ich-dyston sein kann. Sowohl die Essanfälle als auch das Erbrechen werden zeitweise von den Betroffenen selbst als „nicht normal“ angesehen. Dabei soll der bulimische Modus „emotionale Vernachlässigung“ (Reich & v. Boetticher, 2013, S. 229) verhindern.

Der Einfluss der Familie

Der Einfluss der Familien auf die Entwicklung einer Essstörung lässt sich dadurch verdeutlichen, dass gewisse Unterschiede in den Familien im Vergleich zu Familien ohne ein essgestörtes Mitglied und je nach Art der Essstörung festzustellen sind. So sind die Familien anorektischer Patientinnen z. B. häufig sehr kontrolliert, konfliktscheu und affektreduziert, während Familien bulimischer Patientinnen oft einen konflikthaft-impulsiven Umgang miteinander pflegen (vgl. Reich, im Druck). In Familien von bulimischen Patientinnen ist außerdem die Elternbeziehung meist sehr konflikthaft. Stasch und Reich (2000) bestätigten vorangegangene Studien (z.B. Humphrey, 1986; Igoin-Apfelbaum, 1985) und fanden in ihrer interaktions-

² Da die Mehrzahl der Essgestörten Frauen/Mädchen sind, wird hier ausschließlich die weibliche Form verwendet.

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

analytischen Untersuchung von bulimischen Patientinnen und ihrer Familien, eine signifikant konflikthafte Elternbeziehung im Vergleich zu den anderen Familien-Dyaden. Umso stärker der Elternstreit, umso konflikthafter war die Mutter-Patientin-Dyade. Die Spannungsregulierung von Affekten in diesen Familien ist also häufig gestört (Reich, 1992). Kog und Vanderecken (1989) fanden in ihrer Studie in Familien bulimischer Patientinnen starke Selbstgrenzen, eine schlechte Organisation und auch sehr konflikthafte Beziehungen. Die Patientinnen selbst beschrieben ihre Familien als konflikthaft, schlecht organisiert mit wenig Zusammenhalt.

In Familien anorektischer Patientinnen hingegen fanden sie Probleme mit den Selbst- und elterlichen Subsystemgrenzen, aber eine stabile Organisation und starkes Konfliktvermeidungsverhalten, welches aber von den Patientinnen als Zusammenhalt mit wenigen Meinungsverschiedenheiten wahrgenommen wurde. Die Abgrenzung zur Mutter wird als besonders schwierig berichtet. Selbstdifferenzierungsprozesse, Individuation und Abhängigkeitskonflikte, so wie Ablösungsprobleme spielen hier eine besondere Rolle, da die Beziehung meist sehr eng – häufig zu eng – ist und hohe Erwartungen an sie gestellt werden (Friedlander & Siegel, 1990). Diese Mutter-Tochter-Koalition führt meist zu einer schwierigen Vater-Tochter-Beziehung (Waller, Calam, & Slade, 1988), die häufig von Konkurrenz geprägt ist. Familien anorektischer Patientinnen verleugnen Uneinstimmigkeiten (Reich & Buss, 2002). Negative Gefühle werden nicht gezeigt, es wird nach Harmonie gestrebt (Reich, 2005) und die emotionale Verbundenheit ist deutlich stärker als bei Familien bulimischer Patientinnen (v. Boetticher, Strack, & Reich, 2014). Die Beziehungen in Familien anorektischer Patientinnen sind oft so eng, dass Selbst-Objekt-Grenzen verschwimmen und kaum noch Autonomieleben für die Familienmitglieder möglich ist (Kog & Vandereycken, 1989; Williams, Chamove, & Millar, 1990). Dies setzt sich oft bis in die Ursprungsfamilie fort, auch hier sind die Generationengrenzen nicht klar definiert (Bruch, 1980, 1991). Massing und Kollegen (2006) sprechen sogar von der „Magersuchtfamilie“, die sich durch hohen Leistungsdruck – nur durch gute Benotung und Fleiß kann in der Familie Anerkennung und Lob erfahren werden – durch absolute Ablehnung libidinöser Wünsche auf oraler und sexueller Ebene und durch eine depressive Grundhaltung auszeichnet.

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

Die Familie der Essgestörten

Viele Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen Familienmustern und der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen (Eisler, 2005; Reich, 2003a, 2003b). Dies lässt sich auch aus den bereits 1978 veröffentlichten Beiträgen von Minuchin und Palazzoli entnehmen. In Familien mit einem an einer Essstörung erkrankten Kind dreht sich häufig alles um Essen und Gewicht. Essen dominiert das Familienleben und die Interaktionen der Familienmitglieder (Whitney & Eisler, 2005). Wobei die indirekten, verdeckten Botschaften viel verheerender sind, als offen ausgesprochene und dadurch diskutierbare Ansichten (Hantel-Quitmann, 2015). Das Essverhalten hat eine hohe Störbarkeit; Unsicherheiten im Familienleben übertragen sich auf die gemeinsamen Esssituationen (Reich, 2005). Außerdem haben die Eltern in ihrem Umgang mit Lebensmitteln eine Vorbildfunktion für die Kinder und ihr Essverhalten (Palfreyman, Haycraft, & Meyer, 2014).

In der Validierungsstudie des PARM-Modells (Parental Modelling of Eating Behaviours scale) von Palfreyman und Kollegen (2014), konnte gezeigt werden, dass der mütterliche Umgang mit Essen signifikant mit dem Essverhalten der Kinder zusammenhängt. Interesse und Wünsche bezogen auf Lebensmitteln und auf Mahlzeiten sind durch die Mutter geprägt. Mütter haben einen großen Einfluss auf das Essverhalten ihrer Kinder und vermitteln schon früh durchs Füttern ihre Einstellungen zum Essen. Bei Essgestörten lassen sich oft frühe Ess- und Fütterungsprobleme feststellen. Zudem bietet sich Essen sehr als Kompensationsmittel an. Die Einen essen aus Frust und im Stress, die Anderen essen gerade nicht, wenn sie frustriert und gestresst sind. Eine gesunde Einstellung zum Essen, man könnte es „reine“ oder „saubere“ Nahrungsaufnahme nennen, frei von sämtlichen kompensatorischen Funktionen (und wenn es nur zum Stillen der Langeweile ist), ist in der heutigen Gesellschaft des Angebotsübermaßes und des hohen Stellenwertes von Essen schwer zu erreichen. Dies schlägt sich z.B. auch gerade in den letzten Jahren in den wechselnden Ideologien zum Essen bzw. darüber wie sich ernährt werden sollte und wie nicht, nieder. Wobei auch die Lebensmittelherstellung aktuell diskutiert wird wie nie zuvor.

Felker und Stivers (1994) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem familiären Umfeld und dem Risiko, an einer Essstörung zu erkranken

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

nachweisen. Dabei fanden sie verschiedene familiäre Risikofaktoren. Ein geringer Zusammenhalt, wenig Gefühlsausdruck, schlechte Organisation, wenig Unabhängigkeit in der Familie, viele Konflikte (ob unlösbar ausgetragen = Bulimie oder verleugnet = Anorexie) und eine starke Kontrolle, erhöhen das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken signifikant. Außerdem haben Frauen ein stärkeres Risiko zu erkranken als Männer. Eine signifikante Interaktion zwischen familiären Umfeld und Geschlecht auf das Risiko der Entwicklung einer Essstörung konnte aber nicht festgestellt werden (Felker & Stivers, 1994).

Essgestörte Patientinnen berichten signifikant häufiger als nicht essgestörte Kontrollgruppenpersonen von stärkerer externer Kontrolle in den Familien, weniger familiäre Förderung der Autonomieentwicklung und daher von weniger Selbstbehauptung, aber auch von Autoaggression (Williams et al., 1990). Allerdings unterschieden sich die meisten dieser Merkmale nicht von einer psychiatrischen Kontrollgruppe. Hinzu kommen hohe elterliche Erwartungen an die Kinder und häufige negative Bemerkungen durch die Familienmitglieder über das Aussehen und die Figur der Patientin (Karwautz et al., 2001). Außerdem gibt es häufig eine sehr mächtige Großmutter, meist mütterlicherseits, die immer noch einen großen Einfluss auf die Mutter hat und das gesamte Familienleben bestimmt. Die Mütter introjizieren diese strengen, unerreichbaren Ideale und überlassen nicht selten die Erziehung der Kinder der Großmutter (Massing et al., 2006).

Oft sind die Eltern selbst adipös und es gibt in der Vorgeschichte schon Schwierigkeiten mit der Ernährung des Kindes (Karwautz et al., 2001). Auch auf der Kommunikationsebene zeigen sich häufig Probleme. Bestimmte Interaktionsmuster, die zu essstörungsspezifischen psychologischen- und Verhaltensmerkmalen führen, lassen sich im Vergleich zu anderen Familien feststellen: Die Eltern wollen Probleme ihrer Kinder häufig nicht wahrhaben oder nehmen sie nicht ernst und setzen sie in ihrer Bedeutung herab (Larson, 1991). Die Affektregulierung, Impulskontrolle und Konfliktlösungsfähigkeit ist in diesen Familien häufig dysfunktional. Allerdings warnen Eisler (2005) und Lock (2013) davor, dass die Beschäftigung mit der Ätiologie von Essstörungen häufig dazu führt, dass Familien, insbesondere Eltern, sich beschuldigt und in die Defensive gedrängt fühlen. Vielmehr sollten Familien ermutigt werden, als Teil einer Lösung mitzuwirken. Außerdem ist auch die

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

individuelle Vulnerabilität zu berücksichtigen. Intrapsychische Faktoren, wie die Unfähigkeit, Gefühle von Empfindungen zu unterscheiden, Misstrauen gegenüber anderen, Unreife und die Überzeugung der persönlichen Unzulänglichkeit spielen eine Rolle (Friedlander & Siegel, 1990). Die Ätiologie von Essstörungen ist also multifaktoriell.

Weitere Risikofaktoren

Neben den genannten (familiären) Einflüssen spielen auch genetische und soziokulturelle Faktoren sowie die Persönlichkeit und Peergroup-Einflüsse eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Nicht zu unterschätzen ist der mediale Einfluss, der aber nur als zusätzliches Kriterium verstanden werden kann. Was als Risikofaktor für Essstörungen gelten darf, wird kritisch diskutiert und bedarf noch weiterer längsschnittlicher, randomisierter Kontrollstudien (Jacobi & Fittig, 2008). Als sichere Risikofaktoren gelten Geschlecht – Mädchen und Frauen haben ein deutlich höheres Risiko an einer Essstörung zu erkranken – das sich Sorgen und übermäßige Beschäftigen mit der Figur und dem Gewicht, sowie ein geringes Selbstwertgefühl. Präventionsmaßnahmen sollten sich auf die Sorgen, Einstellungen und Gründe, die dazu führen, dass Diäten gemacht werden, konzentrieren (Gowers, 2001), nicht auf das Diätverhalten an sich. Diese Sorgen setzen schon lange vor Ausbruch der Essstörung ein und sollten in ihren Ursprüngen genau eruiert werden (Gowers, 2001). Viele Probleme werden häufig erst durch die Essstörung gesehen, waren tatsächlich aber schon lange vor Krankheitsbeginn vorhanden. Der Beginn einer Essstörung liegt im Diätverhalten bzw. einer anfänglich harmlosen Gewichtsreduktion. Bulimie-Kranke hatten häufig bereits vor Beginn der Krankheit Essanfälle (Hilbert et al., 2014).

Viele Risikofaktoren sind bei Anorexia und Bulimia nervosa ähnlich. Bei beiden spielen biologische, familiäre und soziokulturelle Merkmale eine Rolle. Karwautz und Kollegen (2001) fanden in ihrer Zwillingsstudie im Kontrollgruppen-Design, im Vergleich zum gesunden Zwilling, eine persönliche Vulnerabilität, Essprobleme in der Kindheit, hohe Erwartungen der Eltern und sexuellen Missbrauch. Letzteres wird in der Fachliteratur kritisch diskutiert. In der Meta-Analyse von Stice (2002) wird z.B. deutlich, dass es keine empirischen Belege für

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

einen Zusammenhang von sexuellem Missbrauch und Essstörungen gibt. Unumstritten bleibt allerdings, dass sexueller Missbrauch einen Risikofaktor für psychiatrische Störungen generell darstellt, jedoch nicht spezifisch für Essstörungen (Vize & Cooper, 1995).

Peergroup und Adoleszenz

Die Bedeutung der Peergroup nimmt in der Adoleszenz erheblich zu. Sie dient als „Übergangsobjekt“ (Reich, 2008, S. 201), das den Ablösungsprozess von der Familie in das Leben eines selbstständigen Erwachsenen erleichtern soll. Diese Lebensphase, die Adoleszenz, birgt ein erhöhtes Risiko eine Essstörung zu entwickeln (Herpertz-Dahlmann, Hagenah, Vloet, & Holtkamp, 2005). Die meisten Essstörungserkrankungen entstehen in der Adoleszenz, wobei Anorexia nervosa einen durchschnittlich etwas früheren Beginn als die Bulimie nimmt. Die in der Adoleszenz entstehenden körperlichen Veränderungen vor allem bei Mädchen – die Entwicklung weiblicher Formen und Rundungen, die Zunahme von Fettgewebe – führt zu Verunsicherungen, die das ohnehin schon in dieser Phase besonders verletzte und hinterfragte Identitäts- und Selbstwertgefühl beeinflussen. Der Körper nimmt eine entscheidende Rolle in diesen Selbstfindungsprozessen ein und bietet sich mit seinen nicht aufzuhaltenden Veränderungen als Projektionsoberfläche nahezu an. Unter Gleichaltrigen findet ein Wetteifern, ein Vergleichen der Figur statt, wobei weder das Hinterherhängen, noch das sehr frühzeitige Einsetzen körperlicher Entwicklungen förderlich sind.

Ein früher Eintritt der Pubertät erhöht das Risiko eine Essstörung zu entwickeln (Reich, 2008). Erste sexuelle Erfahrungen, das sich Ausprobieren, die personelle und körperliche Wirkung auf andere, Attraktivität, eben die sexuelle Identitätsfindung macht die Jugendlichen sehr verwundbar. Kommt es in dieser Zeit zu einer Anhäufung negativer oder gar traumatisierender Erfahrungen mit Gleichaltrigen, z.B. durch partnerschaftliche Enttäuschungen oder Ablehnungen der körperlichen Attraktivität, kann dies zusammen mit anderen prämorbidem Auffälligkeiten die Entstehung einer Essstörung beeinflussen. Außerdem sind Schamgefühle in der Adoleszenz sehr ausgeprägt und können schnell hervorgerufen werden. Die Peergroup unterliegt zudem einem ständigen Wechsel, was den Druck, dazu zu

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

gehören und nicht ausgegrenzt zu werden erhöht. Die beste Freundin ist oft gleichzeitig Vertraute und Konkurrentin.

Gerade der körperliche Vergleich mit Gleichaltrigen und Medien führt häufig zu einem übertriebenen Schlankeitsideal, zum Diät halten und kann so zum Auslöser der sich schon vorher anbahnenden Essstörung werden. Nicht selten sind Essgestörte in ihrer Kindheit oder vor Ausbruch der Krankheit eher dick gewesen und wurden deswegen von Gleichaltrigen geärgert oder ausgeschlossen. Soziale Probleme oder soziale Isolation sind häufig bei Essgestörten sowohl krankheitsbedingt als auch vor Ausbruch dieser zu finden.

Traumatisierung

Auch traumatische Erfahrungen können einen erheblichen Teil zur Entwicklung einer Essstörung beitragen und als Prädiktor für gestörtes Essverhalten angesehen werden (Smyth, Heron, Wonderlich, Crosby, & Thompson, 2008). Posttraumatische Belastungsstörungen kommen bei Essgestörten, vor allem bei Bulimiekranken, sehr häufig vor (Tagay, Schlegl, & Senf, 2010). Essgestörte Patientinnen haben häufig einen Familienhintergrund mit Traumatisierungen (Reich, Klütsch, Frost, & v. Boetticher, 2013 u. die dort aufgeführte Literatur). Diese reichen von indirekten Erfahrungen mit familiärer Gewalt, z.B. die Beobachtung von Misshandlungen der Mutter, über psychische und physische Gewalt, Vernachlässigung, bis hin zu emotionalem und sexuellem Missbrauch. Aber auch, wie bereits erwähnt, „traumatisierende“ Erfahrungen mit Gleichaltrigen, wie Hänseleien oder Mobbing, Belästigungen und Bloßstellen können Essstörungssymptome hervorrufen, vor allem, wenn sie auf das Aussehen oder die Figur bezogen sind.

Belastung durch die Essstörung in der Familie

Unabhängig davon, welchen Beitrag die Angehörigen, die Familie, an der Entstehung der Essstörung geleistet haben, sind auch sie von der Krankheit stark betroffen und entwickeln nicht selten selbst (Belastungs-) Symptome. Die Auswirkung der Essstörung auf die gesamte Familie ist groß. Die Essstörung dominiert das Familienleben. Angehörige fühlen sich oft allein gelassen, isoliert und

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

unverstanden und haben das Bedürfnis, mit einem professionellen Arzt oder Therapeuten zu sprechen, beraten zu werden, Informationen und Ratschläge zum Umgang mit der Patientin, speziell für die Essenssituationen zu bekommen (Zitarosa et al., 2012 u. die dort angegebene Literatur). Auf der anderen Seite ist oft aber auch eine große Unsicherheit gegenüber der Therapie der Patientin vorhanden, gerade wenn die Familie zuvor noch keine therapeutischen Erfahrungen gemacht hat. Der hohe Belastungsgrad der versorgenden Angehörigen, meist die Eltern, zeigt sich u.a. im Rückzug, Freizeitaktivitäten werden kaum noch ausgeführt und soziale Kontakte außerhalb der Familie werden weniger, was sicherlich auch mit Scham über das Versagen im Großziehen – im Füttern des Kindes – und befürchteter Stigmatisierung zu tun hat. Padierna und Kollegen (2013) fanden in ihrer Untersuchung sechs Prädiktoren für eine hohe Belastung von Angehörigen: vom anderen Elternteil getrennt lebend, geringe Bildung, Angst- und Depressionssymptome, starke körperliche Beschwerden der Essgestörten und sehr massiv gestörtes Essverhalten der Patientin. Unterstützende Maßnahmen können die Belastung der Angehörigen reduzieren, in dem sie die Angst der Familienmitglieder verringern und darüber aufklären, dass viele der problematischen Verhaltensweisen der Patientin krankheitsbedingt sind (z.B. gedankliche Einengungen, Entscheidungsschwierigkeiten, emotionale Unzugänglichkeit, erhöhte Reizbarkeit). Die Familie kann durch bewusste kooperative, den therapeutischen Verlauf unterstützende Interaktionen, einen positiven Einfluss auf die Essstörung nehmen. Das Helfen können und wissen wie, führt zu einer Belastungs- und Stressreduktion der Angehörigen. Eine starke Überbehütung und Umsorgung, emotionale Überschüttung, der Essgestörten ist dabei ebenso schädlich, wie sich zu wenig kümmern, geringe Kommunikation, aggressive Interaktionen oder Kritik auszuüben.

Noel und de Maynadier (2014) weisen darauf hin, die Geschwister junger anorektischer Patientinnen nicht zu vergessen. Sie sind täglich mit der Essstörung und dessen Gedankengut und Verhalten des Geschwisters konfrontiert. Damit haben zum einen auch sie einen Einfluss auf das Geschwister und die Erkrankung, zum anderen sind sie aber auch belastet und können unter dem Einfluss der Essstörung leiden und sogar selbst eine psychische Störung entwickeln. Gerade die weiblichen Geschwister können schnell auch unter den Einfluss der Essstörung geraten und die

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

Mehrzahl der Patientinnen hat ein bis mehrere Schwestern (Palazzoli, 1999). Noel und de Maynadier (2014) betonen in ihrer klinischen Arbeit die Wichtigkeit, dass Eltern auch ihre nicht essgestörten Kinder im Blick behalten und sich um sie kümmern, gerade wenn diese noch sehr jung sind, oder aber rechtzeitig andere Versorger, wie z.B. die Großeltern, aktivieren. Denn sonst kann durch das entstehende Ungleichgewicht leicht Konkurrenz, Neid, Ärger und Hilflosigkeit, „mich mag keiner“, „ich bin unwichtig“ entstehen. Durch gegebenenfalls professionelle präventive Unterstützung können die Geschwister lernen das schwierige Familienleben und die Bedeutung der Essstörung auf die Familienroutine zu verstehen und selbst Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Die eigenen Symptome der Eltern plus der Unsicherheit, wie sie dem Kind helfen können, verstärken die Symptome und Verhaltensweisen der Essgestörten. Es entsteht eine negative Schleife (Figur 1, Treasure, Whitaker, Todd, & Whitney, 2012).

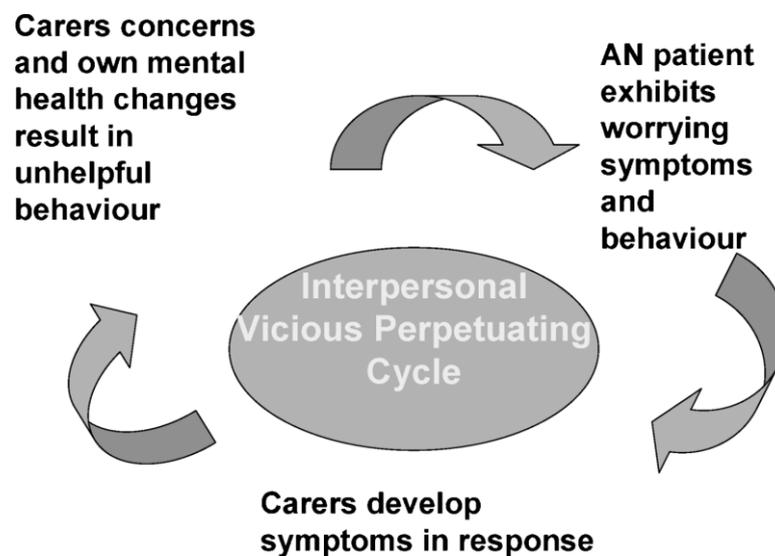


Figure 1: Inter-personal vicious perpetuating cycle. (Aus: Treasure et al., 2012).

Die Patientin wiederum kann sich gerade nach einem Rezidiv verantwortlich für das Befinden der Angehörigen fühlen, Schuldgefühle entwickeln und sich wie eine Versagerin fühlen. Das aber nährt die Essstörung. Außerdem hängt die Rückfallquote mit dem sozialen Umfeld, in das die Betroffene zurückkehrt, zusammen. Und die Angehörigen können tatsächlich und zu Recht mit Enttäuschung und Ungeduld auf einen Rückfall oder Rückschritt reagieren.

2.1 Die Rolle der Familie in der Entwicklung und im Krankheitsverlauf der Essstörung

Es wird also deutlich, wie komplex und ineinander verwoben der Umgang mit Essstörungen ist. Die Essstörung belastet die gesamte Familie und teilweise erst durch sie hervorgerufene, ungünstige Interaktionen wiederum stützen die Krankheit. Es ist ein Teufelskreis, aus dem es ohne professionelle Hilfe kein Entrinnen gibt. Dieses Kreislauf-Modell (Figur 1) macht deutlich, wie wichtig ein Angebot von therapeutischer Hilfe auf beiden Seiten ist, um letztlich die Essstörung zu bekämpfen. Nicht die Essgestörte allein ist erkrankt, sie ist nur Indexpatientin, Symptomträgerin großer familiärer Konflikte. Der systemtherapeutische Ansatz spricht von der Essstörung als „Zeiger“ für familiäre Störungen. Das Essen soll Probleme bewältigen, die anders nicht gelöst werden können (Bruch, 1991). Die Essstörung stellt also ein Lösungsversuch für familiäre Konflikte dar (Reich & Cierpka, 2010a). Häufig haben die Eltern essgestörter Kinder selbst eine hohe Vulnerabilität für psychiatrische Störungen, was wiederum die Heilungsaussichten der Patientin verschlechtert (Woldt, Schneider, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Salbach-Andrae, 2010). Treasure et al. (2001) konnte sogar feststellen, dass sich Familienmitglieder erwachsener Patientinnen mit Anorexie stärker belastet fühlen, als jene von psychotischen Patientinnen. Außerdem spielt der Umgang der Familienmitglieder mit der Essgestörten und den sich kümmernden, versorgenden Personen (meist die Eltern) eine bedeutsame Rolle für das familiäre Funktionieren (Dimitropoulos, Carter, Schachter, & Woodside, 2008). Ebenso die Ansichten über und die Anerkennung der Schwere der Erkrankung, sowie soziale Unterstützung oder gar die Stigmatisierung der Familie sind im Krankheitsverlauf und in der Genesung wichtige beeinflussende Faktoren. Diese müssen, so die Autoren, in der klinischen Arbeit berücksichtigt werden.

Raenker und Kollegen (2013) konnten in ihrer Studie zeigen, dass professionelle und soziale Unterstützung zur Stressreduktion in der Familie führt und dass konkrete praktische Hilfestellung sogar wertvoller für die Angehörigen ist als emotionale Unterstützung. Auch Zabala und Kollegen (Zabala, Macdonald, & Treasure, 2009) stellten in ihrem systematischen Review über das Ausmaß der Belastung, dem psychischen Stress und der Ausprägung von „Expressed Emotion

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

(EE)³“ von pflegenden Angehörigen fest, dass diese Faktoren alle in einem negativen Ausmaß vorhanden sind und dass genau diese Faktoren das Ergebnis der Essstörung erheblich beeinflussen können (s. a. das „update-Review“ von Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014). Einen besonders wichtigen Einfluss hat das Konzept der Expressed Emotion. Nach diesem Konzept haben Angehörige einen entscheidenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf:

Es beschreibt die emotionale Einstellung der Angehörigen dem Patienten gegenüber. Häufige negative Kritik oder emotionales Überengagement bedeutet dabei ein hohes Maß an Expressed Emotion (high EE). Es kommt zu einer Überfürsorge, oft verbunden mit der Selbstaufgabe der Angehörigen. Sie sehen weniger die Krankheit in dem Verhalten des Patienten, sondern die Persönlichkeit und versuchen durch übermäßige Kritik und Ratschläge die Patientin zu kontrollieren. Low-Expressed-Emotion bedeutete eine angebrachte kritische Haltung und emotionales Engagement. Hier wird das Verhalten als krankheitsbedingt interpretiert. Die Familie der Essgestörten reagiert oft auf die Erkrankung fälschlicherweise mit high-expressed-emotions. Diese dysfunktionalen Reaktionsmuster können die Essstörung aufrechterhalten und die Symptome verstärken. High EE bei Müttern prognostiziert ein frühes Aussteigen aus der Familientherapie, nicht aber aus der Einzeltherapie (Szmukler, Eisler, Russell, & Dare, 1985). Außerdem erhöht high-EE die Rückfallquote insbesondere bei Essstörungen (Ronald, Butzlaff, & Hooley, 1998).

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Wenn die Familie in der Entstehung und Genesung entscheidend ist, wird sie auch in der Behandlung des essgestörten Kindes eine wesentliche Rolle spielen.

Dieser Einfluss kann sowohl fördernd als auch schädigend sein und sollte daher durch gezielte Aufklärung und Arbeit mit der Familie für die Heilung genutzt werden. Geist und Kollegen (Geist, Heinmaa, Stephens, Davis, & Katzmann, 2000) zeigen in ihrer Untersuchung, dass allein eine Aufklärung der Angehörigen über die

³ Das Konzept der Expressed Emotion wurde erstmals von Brown und Kollegen (1962; 1972) entwickelt, um den Einfluss des familiären Umfeldes bzw. des emotionalen Umgangs der Familienmitglieder mit dem Patienten (damals Schizophrene Patienten) zu benennen. Seitdem ist diese Theorie vielfach in Studien u.a. für Essstörungen belegt worden (z.B. Ronald, Butzlaff, & Hooley, 1998).

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Erkrankung und den Umgang mit dieser (Psychoedukationsgruppe) schon zu einer signifikanten Gewichtszunahme bei den Patientinnen führt. Ebenso konnten Rhodes und Kollegen (Rhodes, Baillee, Brown, & Madden, 2008) in ihrer RCT-Studie stärkere Gewichtszunahmen finden, wenn zusätzlich Elterngruppengespräche stattfanden. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass nicht immer und für jede Familie Familientherapie indiziert ist (Reich, 2003b). Zur Klärung der Indikationsfrage ist es wichtig, die Motivationslage zu eruieren. Sucht die Familie nur das Familiengespräch, um den jeweils anderen anzuklagen oder Schuldgefühle und Verantwortung abzuwälzen, kann dieses kontraindiziert sein. Auch ist eine Familientherapie nicht sinnvoll, wenn es sich ausschließlich um intrapsychische Konflikte handelt. Bei Essstörungen ist dies aber sehr unwahrscheinlich, weil die Betroffenen entweder tatsächlich noch sehr jung sind oder aber Anorexie-typisch den Ablösungsschritt noch nicht vollzogen haben (Reich, 2003b). Zu berücksichtigen ist ebenfalls, dass auch bei deutlicher und langer räumlicher und zwischenmenschlicher Trennung von der Familie, eine unbewusste, beeinflussende und blockierende Loyalität zu dieser vorhanden sein kann. Aber auch das Verweigern der Familiengespräche durch eine oder mehrere Personen sollte ernst genommen und genauer überprüft werden. Eine Familie kann auch mit Familientherapie überfordert sein. Zu guter Letzt muss bei der Klärung der Indikation auch berücksichtigt werden, ob die Therapeuten sich in der Lage fühlen und ob die Institution die Strukturen bietet, für alle Familienmitglieder zu sorgen und ggf. Nachsorge zu veranlassen bzw. auf Suizidalität der Angehörigen reagieren zu können.

Durch Familientherapie oder -gespräche wird die Familiendynamik verändert, was sich positiv auf die Patientin auswirkt (Eisler, Simic, Russell, & Dare, 2007; Le Grange & Eisler, 2008; Paulson-Karlsson, Engström, & Nevonen, 2008). Hingegen wirkt sich elterliche Kritik an der Patientin schlecht auf den Therapieerfolg aus bzw. kann zum frühzeitigen Abbruch dieser führen (Le Grange, 1999).

Die Indikation für eine Familientherapie ist verschieden begründbar (Reich & Rüger, 1994). Es könnten z.B. bedeutsame Informationen zur Patientin und ihrer Lebensgeschichte fehlen, die diese nicht wissen kann, weil sie aus der pränatalen oder sehr frühen Kindheit stammen. In der Einzeltherapie kann das Fehlen dieser Informationen zu einer Stagnation führen, auch wenn die Patientin über dessen Existenz gar nichts weiß. Durch das Familiengespräch kann eine solche Blockade

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

gelöst werden. Es kommt aber auch vor, dass eine Patientin aus Loyalitätsgründen „mauert“, um keinen Verrat an der Familie zu begehen. Das Familiengespräch kann dann befreiend wirken, weil Familienmitglieder über verboten-gegläubte Dinge sprechen. Was dazu führt, dass sich auch die Patientin mehr öffnen kann. Familiengespräche sind auch dann sinnvoll, wenn die Familie als gegensteuernd empfunden wird. Häufig fühlen sich die Eltern durch die Therapie der Patientin bedroht oder verraten und reagieren eifersüchtig, indem sie mit Trennung oder gar Ausstoß oder dem eigenen Krankwerden drohen. Auch kann es zu sehr häufigen Besuchen oder täglichen Anrufen kommen, in denen die Patientin über die Therapie ausgefragt wird. All dies erzeugt enormen Druck auf die Patientin, was dazu führen kann, dass sie sich verschließt.

Die Indikation zur Familientherapie kann aber auch dann gegeben sein, wenn die Patientin dies ausdrücklich wünscht, um z.B. mit der Familie im geschützten Rahmen etwas zu klären oder Informationen zur Familiengeschichte zu bekommen. Umgekehrt haben auch die Angehörigen häufig ein großes Bedürfnis nach Auskunft vom Arzt oder der Patientin. Da sich hier schnell Verletzungen der Intimgrenze einstellen können, das Bedürfnis der verunsicherten Angehörigen aber ernst genommen werden sollte, ist es am besten dies in einem gemeinsamen Gespräch offen zu besprechen.

Spätestens bei Entlassung aus einer Klinik ist das Einbeziehen der Angehörigen unabdingbar. Es sollte als Rückfallprophylaxe verstanden werden. Patientin und Familie müssen sich erst wieder annähern. Die Patientin hat sich verändert, hat dazu gelernt, die Familie aber hat diese Schritte nicht miterlebt und empfängt sie in alter Gewohnheit. Die Patientin muss also neu integriert werden.

Bevor in den beiden folgenden Abschnitten auf die Behandlungsmöglichkeiten der Indexpatientin und der Angehörigen genauer eingegangen wird, sei noch gesagt, dass zum Krankheitsbild einer Essstörung eine starke Krankheitsverleugnung (Vandereycken & Van Humbeeck, 2008) gehört. Diese macht es sehr schwierig für die Patientinnen, sich überhaupt in Behandlung zu begeben und führt gerade bei der Bulimia nervosa, wegen des Beibehaltens des Normgewichtes, häufig zur Chronifizierung. Selbst wenn die Patientinnen es – meist mit Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld (external motiviert) – in die Therapie geschafft haben, sind sie sehr ambivalent bis ablehnend der Behandlung gegenüber

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

und haben starke Abbruchtendenzen (Campbell, 2009; Keel & Brown, 2010; Reich & Cierpka, 2010b; Stice, Marti, Shaw, & Jaconis, 2009). Neubauer et al. (2014) konnten in ihrer aktuellen Untersuchung über die Wege und die durchschnittliche Dauer bis zur ersten Therapie feststellen, dass die Anorexia nervosa durchschnittlich zwei Jahre unbehandelt bleibt. Am längsten unbehandelt bleibt diese bei Patientinnen mit einem frühen Krankheitsbeginn (≤ 14 Jahren). Auch sind diese Patientinnen sehr viel stärker extrinsisch statt intrinsisch motiviert – meist durch die Eltern oder das unmittelbare soziale Umfeld – als Patientinnen mit einem späteren Krankheitsausbruch (≥ 19 Jahre).

Die Behandlung der Indexpatientin

Die Behandlungsmöglichkeiten einer Essstörung reichen von verschiedenen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen (verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch, psychoanalytisch) über teilstationäre bis hin zu stationären Behandlungen. Aufgrund des frühen Beginns von vor allem Anorexia nervosa im Jugendalter kommt eine Einzelbehandlung gänzlich ohne Eltern eher selten vor. Meist sind es die Eltern, die ihre Töchter zur Behandlung drängen, während diese oft noch lange nach Beginn keine Therapiebereitschaft signalisieren. Oft bleiben der/die Therapeut/-in über die Auswirkung oder Tragweite ihrer Gespräche lange Zeit im Unklaren (Reich & v. Boetticher, 2013). Wird die Patientin in Einzelbehandlung genommen, sind zusätzliche Elterngespräche zumindest am Anfang unabdingbar. Häufig sind es Ablösungskonflikte, die die adoleszenten Patientinnen stark beeinflussen. Diese werden manchmal erst in Einzelsitzungen deutlich und können dort bearbeitet werden, bevor sie in die Interaktion mit den Eltern einfließen. Aber auch bei Hänseleien in der Schule kann es für die Patientin hilfreich sein, diese zunächst ohne Eltern mit der/dem Therapeutin/en zu besprechen, um die Eltern z.B. nicht zu sorgen. Parallel zu den Einzelsitzungen mit der Tochter, kann es wichtig sein mit den Eltern Paargespräche zu führen, um z.B. den Ablösungskonflikt auch von Seiten der Eltern zu erleichtern.

Die Wirksamkeit von ambulanter Einzeltherapie bei Anorexia nervosa wurde in einer großen multizentrischen RCT-Studie untersucht (Friedrich, 2014). Dazu wurden zwei manualisierte, speziell auf die Erkrankung zugeschnittene verhaltenstherapeutische (Groß & Zipfel, 2013) und psychodynamische (Friedrich,

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Herzog, Wild, & Schauenburg, 2013) Angebote mit dem bisherigen „Treatment as usual“ verglichen. Nach Abschluss der Therapie konnte kein Unterschied im Body-Mass-Index und der Symptomatik zwischen den drei Gruppen festgestellt werden. Alle hatten sich verbessert. Allerdings zeigte sich in der Ein-jahres-follow-up Untersuchung, dass in der psychodynamischen Gruppe signifikant mehr Patientinnen als remittiert eingestuft wurden als in der Kontrollgruppe (35.2 % vs. 12.5 %) (Friedrich, 2014). Auch die Verhaltenstherapie zeigte eine stärkere aber nicht signifikante Besserung gegenüber der üblichen Behandlung (Friedrich et al., 2013).

Die Wirksamkeit der stationären Behandlung konnten Kächele und Kollegen (Kächele, Kordy, Richard, & Tr-Eat, 2001) ebenfalls in einer multizentrischen Studie in deutschen psychodynamisch arbeitenden Kliniken nachweisen. Ein stationärer Aufenthalt kann als (vorübergehende) Trennung von der Familie förderlich sein (Massing et al., 2006). Manchmal sind die Beziehungen und Muster so festgefahren, dass nur ein Umgebungswechsel diese wieder in Bewegung bringen kann. Die stationäre Therapie ist aber auch aus anderen Gründen indiziert (Bühren, Hagenah, & Herpertz-Dahlmann, 2013): Wenn die ambulante Behandlung scheitert, z.B. weil die Patientin weiter abnimmt oder aber wenn ein Untergewicht kleiner als die 3.BMI-Perzentile erreicht wird. Auch eine sehr schnelle Gewichtsabnahme kann einen Klinikaufenthalt schon relativ früh unvermeidlich machen. Des Weiteren können durch die Essstörung hervorgerufene psychiatrische oder körperliche Komplikationen oder das komplette Verweigern von Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme eine freiwillige Aufnahme oder sogar Einweisung nötig machen. Weiterhin ist stationäre Therapie indiziert bei häufigem Erbrechen (> 2-mal täglich) und bei Suizidalität. Auch soziale Isolation ist ein weiteres Kriterium für eine stationäre Therapie unter gleichaltrigen Betroffenen.

In der Klinik geht es, wie auch ambulant, zunächst um die Gewichtsstabilisierung und im zweiten Schritt um eine stetige Zunahme (500-1000g wöchentlich) bzw. regelmäßige Nahrungsaufnahme. Danach erst kann die eigentliche psychotherapeutische Arbeit beginnen. Zu Ende der stationären Therapie ist es üblich eine Wiedereingliederung in das Alltag- und Familienleben der Adoleszenten, durch z.B. Elterngespräche und Schulbesuche, zu veranlassen. Außerdem sollte jede Klinik ein Rückfallprophylaxe-Programm haben.

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Die Behandlungsmöglichkeiten für die Familie

Angebote für Familien und Angehörige von Patientinnen mit einer Essstörung gibt es in Deutschland noch nicht viele. International ist das Einbeziehen von Angehörigen üblicher. Aber auch in Deutschland hat sich in letzter Zeit einiges getan. Viele Kliniken bieten mittlerweile psychoedukative Kurzseminare oder Workshops für Angehörige mit und ohne die Patientin an. Neben dieser in erster Linie auf Aufklärung zielenden Arbeit, gibt es die ambulante Familientherapie, die gerade bei Essstörungen bedeutsame Effekte erzielt. Sie hat sich als gerade für die Anorexie wirksame Methode erwiesen (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004). Das beste Outcome für Anorexie-Erkrankte unter 18 Jahren, also bevor sich die Essstörung chronifiziert hat, wird durch Familientherapie erreicht (Downs & Blow, 2013).

Angehörigenarbeit

Eine gute Versorgung der Patientinnen durch die Angehörigen kann nur dann erreicht werden, wenn diese über ausreichend Selbstfürsorge verfügen (Zitarosa et al., 2012). Dies den Angehörigen zu vermitteln ist der erste Schritt in der Angehörigenarbeit. Auch dass zunächst ein begrenzter Kontakt zur Mutter für die Patientin hilfreich sein kann und diese entlastet, ist für die Familie sehr irritierend. Indem die Eltern lernen, selbst gut für sich zu sorgen – wozu auch gemeinsame Unternehmungen nur zwischen den Eltern zählen – werden sie zum Vorbild für die erkrankte Tochter, so dass auch diese lernt, besser für sich zu sorgen.

Eine solche psychoedukative Kurzintervention wurde in der Angehörigeninterventionsstudie von Zitarosa und Kollegen (Zitarosa et al., 2012) untersucht. Die Angehörigen von Essstörungs-Patienten bekamen fünf psychoedukative Einzelsitzungen. Untersucht wurden die Veränderungen in der „emotionalen Involviertheit“, in der Kritik an der Patientin durch die Angehörigen und in der Belastung der Angehörigen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die sich nur durch Literatur informiert. Ergebnisse aus dieser Studie liegen allerdings noch nicht vor.

Graap (2013) fordert, Angehörige sollten anstatt verurteilt und für schuldig erklärt zu werden, vom Gesundheitssystem ebenfalls als „Betroffene der Essstörung“ (s. 85) gesehen werden und in die Behandlung mit einbezogen werden. In seiner Angehörigenarbeit wird den Angehörigen ihr Verhalten und damit das EE-Konzept

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

(s. Kap. 2.1) in Tiermetaphern verdeutlicht: Der „Känguru-Typ“ ist überbehütend, nimmt Verantwortung ab und vermeidet Konflikte. Während der „Rhinozeros-Typ“ der Essgestörten sehr direkt und anklagend gegenüber tritt – sie zu kontrollieren versucht. Erstrebenswert sei aber der sogenannte „Delphin-Typ“. Dieser schwimmt auf hoher See neben der Patientin, die an einer Schwimmweste (= Essstörung) Rettung sucht, her und geleitet die Patientin in Sicherheit. Dazu muss der Delphin mal vorweg schwimmen, mal ruhig hinterher und dabei unterstützend und ermutigend zur Seite stehen. Diese Bilder scheinen den Angehörigen eine gute Hilfe zu sein, sie fangen ganz von alleine an, ihr Verhalten mit den Metaphern zu vergleichen (Graap, 2013).

Familientherapie

Der Ablauf einer Familientherapie bei Essstörungen lässt sich nach Cierpka und Reich (2010) in drei Phasen einteilen: die *Stabilisierungsphase*, die *Konfliktbearbeitungsphase* und die *Reifungsphase*.

In der *Stabilisierungsphase* wird zunächst ein guter Kontakt zur Familie hergestellt und das Essverhalten stabilisiert. Letzteres heißt bei Anorexia nervosa im ersten Schritt den fortlaufenden Gewichtsverlust zu stoppen und stattdessen eine Gewichtszunahme einzuleiten. Hierfür können begleitende Einzelgespräche nötig sein. Bei der Bulimie beginnt die Behandlung häufig mit Einzelgesprächen, um zunächst mit dem starken Autonomiestreben der meist älteren Bulimie-Patientinnen umzugehen. Danach folgen die Familiengespräche. Das Essverhalten muss hier dahingehend stabilisiert werden, dass Regelmäßigkeit eingeführt und durchgehalten werden muss, um wieder Kontrolle über das Essverhalten zu bekommen.

Die *Konfliktbearbeitungsphase* konzentriert sich auf die familiären Probleme und Verstrickungen, die häufig generationenübergreifend wirksam sind. Nicht selten werden hierzu auch die Großeltern hinzugezogen und Paargespräche veranlasst. Dabei geht es auch darum, Tabus zu brechen und sogenannte Familiengeheimnisse zu bearbeiten. Bei der Anorexie geht es hier vor allem um Ablösungskonflikte und Autonomie, bei der Bulimie wird auf mehr interaktionelle Emotionalität und das sinnvolle Austragen von Konflikten wert gelegt.

Durch die *Reifungsphase* wird der Behandlungsprozess abgeschlossen. Hier werden das wiedererlangte gesunde Essverhalten und der familiäre Umgang gestärkt, sowie

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

zur Autonomie bei der Patientin und der Familie ermutigt.

In ihrer Übersichtsarbeit fassen von Sydow und Kollegen (von Sydow, Beher, Retzlaff, & Schweitzer, 2008) den wissenschaftlichen Stand der (systemischen) Familientherapie zusammen. Von 50 RCT-Studien zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie konnten 44 die Wirksamkeit der Familientherapie nachweisen. Die Wirksamkeit zeigt sich insbesondere bei Essstörungen: hier sind es 11 von 12 RCT-Studien, die diese nachweisen.

Ein sehr bekannter und evidenz-basierter Behandlungsansatz ist das Family-Based Treatment (FBT) aus der Maudsley-Klinik in London. Diese von Christopher Dare und Kollegen entwickelte Methode zur Behandlung von Essstörung-Patientinnen impliziert Familientherapie und wurde in vielen randomisierten und kontrollierten Studien überprüft. 2013 brachten Lock und Le Grange ein Manual zur familienbasierten Behandlung der Anorexia nervosa heraus. In diesem Behandlungsmodell geht es vor allem darum, den Eltern Mut zu machen und sie in ihren Elternaufgaben und -Verantwortung zu stärken. Die Eltern werden als wichtige Ressource, nicht als Hindernis verstanden (Le Grange, 2005). Junge Patientinnen mit einer kurzen Krankheitsdauer von nicht mehr als drei Jahren können in den meisten Fällen auch ambulant durch Familientherapie geheilt werden (Le Grange, 1999). Dazu müssen die Eltern die „refeeding-Aufgabe“, die das Pflegepersonal bei einer stationären Therapie leistet, übernehmen. Dies lernen sie in der Familientherapie. Ein weiterer wichtiger Inhaltspunkt ist, Kritik an der Patientin durch die Eltern auszuräumen, da dies eine schlechte Ausgangslage für ein gutes Outcome ist. Hier kann es auch nötig sein, die Eltern zunächst alleine ohne Patientin zu sehen (Eisler et al., 2000). Die Langzeitwirkung von Familientherapie nach der Maudsley-Methode konnte Eisler und Kollegen (2007) in ihrer Fünf-jahres-follow-up RCT-Studie zeigen. Auch in dieser Untersuchung zeigten sich bessere Ergebnisse, wenn bei viel elterlicher Kritik diese zunächst ohne Patientin gesehen wurden.

Die Eltern profitieren aber auch selbst stark von der Familientherapie. Der „Care skills Workshop“ der Maudsley Klinik erreicht einen signifikanten Rückgang von Disstress bei den Betreuern (meist Eltern) und eine als geringer wahrgenommene durch die „Pflege“ entstandene Gesamtbelastung. Ebenso wird ein Rückgang der essstörungsspezifischen Schwierigkeiten für die Angehörigen berichtet (Sepulveda, Lopez, Todd, Whitaker, & Treasure, 2008). Neben der deutlichen Besserung bei

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Patientinnen und ihrer Familie erreicht Familientherapie auch in der wichtigen finanziellen Frage gute Ergebnisse: Eine Kosten-Nutzen-Analyse von Crane und Christenson (2012) ergab, dass Paar- oder Familientherapie nicht mit deutlich höheren Kosten verbunden sein muss. Die Studie konnte den „medical offset effect“ betätigen, d.h. die medizinischen Kosten gingen durch die Paar- und Familientherapie zurück. Erwartungsgemäß ist dieser Rückgang bei Patienten, die das Gesundheitssystem zuvor stark in Anspruch nahmen („high utilizer“), am deutlichsten ausgeprägt.

Auch im Vergleich mit Einzeltherapie schneidet die Familientherapie gut ab. Lock und Le Grange (2010) konnten in ihrer RCT-Studie am Ende des Treatments ein besseres Outcome in Teilremission, BMI-Zunahme und Eating Disorder Examination score (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006) für Familientherapie gegenüber Einzeltherapie nachweisen. Im 12-Monat-follow-up erreichte die Familientherapie mehr vollständige Remissionen als die Einzeltherapie.

Ein Vergleich innerhalb der Familientherapien zeigt, dass sich kein Unterschied im Outcome zwischen individueller Familientherapie und Familien-Workshops feststellen lässt (Whitney et al., 2012). In dieser RCT-Studie wurden allerdings erwachsene Essgestörte untersucht. Der Familien-Workshop beinhaltet aufklärerische und Skills Komponenten. Die Patientinnen beider Gruppen nahmen an Gewicht zu und die Angehörigen konnten ihren Stress reduzieren. Ein Unterschied im Ergebnis zwischen den Behandlungsformen gab es nicht, was für die Familien-Workshops spricht, da diese kosteneffektiver sind.

Die sogenannte Multifamilientherapie (MFT), wie sie in den bereits berichteten Workshops angewandt wurde, beschreibt die Behandlung von mehreren Familien gleichzeitig in einer Gruppentherapie (Asen & Scholz, 2008). Durch die Behandlung mehrerer Familien gleichzeitig in z.B. einer Tagesklinik ist das Bearbeiten von intra- und interfamiliären Konflikten möglich. Ein tagesklinischer Rahmen hat den Vorteil, dass er genug Möglichkeiten bietet, typische Konflikte aufflammen zu lassen, so dass diese bearbeitet werden können (Asen & Scholz, 2008). Mittlerweile werden solche MFT Behandlungen immer mehr in deutschen Kliniken, aber auch in ambulanten Gruppen für verschiedene Störungsbilder angeboten. Für Essstörungen gibt es aber kaum Angebote, obwohl international die Familientherapie gerade bei Essstörungen als wirksam nachgewiesen ist. In deutschen Kliniken überwiegen Einzel-

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Familiengespräche oder psychoedukative Kurz-Workshops. Allerdings wird im Universitätsklinikum Dresden Multifamilientherapie für essgestörte Patientinnen und ihre Familien angeboten. Es wurde sogar 2003 das Manual „Dresdener Modell“ (M. Scholz, Rix, Hegewald, & Gantchev, 2003), in welches vor allem systemische Interventionen einfließen, erstellt (K. Scholz & Weiß, 2013). Die MFT findet in 20 Sitzungen verteilt über ein Jahr in einer Tagesklinik statt.

Bisher gibt es nur sehr wenige wissenschaftliche Untersuchungen zur Multifamilientherapie. Eisler (2005) kritisiert, dass zu viel Wert auf die Ätiologie gelegt wird und weniger auf die Familie und wie sie es schafft, mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung zurechtzukommen. Die wenigen Studien zur Wirksamkeit von MFT zeigen gute Ergebnisse: Gabel und Kollegen (Gabel, Pinhas, Eisler, Katzman, & Heinmaa, 2014) konnten in ihrer Pilotstudie feststellen, dass die Wiederherstellung eines „Normalgewichtes“ bei Adoleszenten mit Anorexia nervosa mit MFT besser zu erreichen ist als mit dem „Treatment as usual“. Andere Einrichtungen (NHS Hospital London oder Maudsley Child and Adolescent Outpatient Department) berichten von einer positiven Rückmeldung der Teilnehmer nach der Multifamilientherapie (Colahan & Robinson, 2002; Dare & Eisler, 2000). Eine wissenschaftliche Untermauerung fehlt aber bisher. In ihrer Outcome Studie ohne Kontrollgruppe konnten Gelin und Kollegen (Gelin, Fuso, Hendrick, Cook-Darzens, & Simon, 2014) einen signifikanten Rückgang der Essstörungen-Symptome, das Erreichen der erwarteten Gewichtszunahme sowie eine Zunahme der Lebensqualität nachweisen.

In Deutschland sind also sowohl die Angebote für Multifamilientherapie, als auch die Anzahl wissenschaftlicher Studien zur MFT sehr gering. Daher soll in der vorliegenden Arbeit das Multifamilientherapie-Angebot der Klinik Lüneburger Heide evaluiert werden, mit einer Kontrollgruppe verglichen und die längerfristige Wirkung anhand einer Halbjahres-follow-up-Untersuchung bestimmt werden. Für die Multifamilientherapie, die vor Ort als Eltern-Kind-Therapiewoche bezeichnet wird, entscheiden sich die Patientinnen und ihre Familien selbst. Das heißt die Zuordnung in Treatmentgruppe und Kontrollgruppe basiert auf Selbstselektion. Dies führt zu einer gewissen Verzerrung, die in den Ergebnissen berücksichtigt werden muss.

3. Fragestellung

Das Einbeziehen der Eltern von essgestörten Patientinnen und Patienten ist im familientherapeutischen Setting sowie bei ambulanten Jugendlichen-Behandlungen gängige Praxis. Doch im stationären Bereich werden die Eltern zumindest in Deutschland nach wie vor häufig nicht über einzelne Gespräche und Aufklärungen hinaus mit einbezogen, was auch durchaus sinnvoll sein kann. So kann es für ein/en Kind/Jugendlichen hilfreicher sein, von der Familie einmal komplett getrennt zu sein, um eine Weiterentwicklung ohne Beeinflussung zu ermöglichen (Massing et al., 2006). Dennoch ist es oft unabdingbar, nicht nur die Rückkehr des Kindes nach dem Klinikaufenthalt durch vereinzelte Familiengespräche vorzubereiten, sondern für diese Maßnahme grundlegender in eine therapeutische Arbeit mit den Eltern einzusteigen. Ein erster Schritt sind die psychoedukativen Seminare für Angehörige, die es mittlerweile in vielen Essstörungen-Kliniken gibt, in denen die Krankheit, der Verlauf, die Gefahren und der Umgang mit der Essstörung erläutert werden. Studien zu solchen Psychoedukations-Angeboten zeigen eine gute Annahme und machen die große Nachfrage von Betroffenen deutlich. Eine hohe Zufriedenheit konnten Hagenah et al. (2003; 2005) in ihrer Evaluation einer Psychoedukationsgruppe nur für Eltern (ohne Patienten/-innen) zeigen. Außerdem zeigen viele Studien der Forschungsgruppe um die Maudsley Klinik in London Erfolge in den unterschiedlichen Angeboten für Familien von essgestörten Patientinnen und Patienten. In einer Pilotstudie zur Akzeptanz von „The Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops“ konnte Sepulveda (2008) eine gute Annahme des Angebotes zeigen und u. a. einen Rückgang des Stresserlebens. Dare und Eisler (2000) berichten von einer sehr positiven Resonanz auf ein ambulantes Multifamiliengruppentherapie Angebot („multi-family group day treatment“). International scheint die therapeutische Arbeit mit Angehörigen bzw. Psychoedukation schon sehr viel verbreiteter. In Kanada führte eine nur zweistündige Psychoedukation zur Erhöhung des Gefühls der Selbstwirksamkeit der Eltern (Spettique & Maras, 2014). Der Andrang ist so hoch, dass für dieses Angebot eine lange Warteliste existiert.

Aber auch in Deutschland gibt es psychotherapeutische Angebote für Patienten/-innen und Eltern, nur sind bisher wenige Veröffentlichungen dazu entstanden. Die

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Charitè in Berlin bietet z.B. ein gruppentherapeutisches Angebot für Eltern und Patienten/-innen an, das in einer Pilotstudie im single-group Design einen Rückgang der Essstörungssymptomatik zeigte (Salbach, Bohnekamp, Lehmkuhl, Pfeiffer, & Korte, 2006).

Die vorliegende Studie soll ein weiterer Beitrag zur Untersuchung der Wirksamkeit der Integration von Eltern in die psychotherapeutische Behandlung essgestörter Patientinnen und Patienten sein.

Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben handelt es sich um eine selbstständige Aufteilung auf die Gruppen (Selbstselektion). Daher muss zunächst geklärt werden, was genau dazu geführt hat, dass sich die Patientinnen für das Treatment entschieden haben, um diese Faktoren in der Beantwortung der Fragestellungen berücksichtigen zu können. So könnte angenommen werden, dass in der Treatmentgruppe die Therapiemotivation höher ist, da sich die Patientinnen für eine zusätzliche Behandlung entschieden haben. Auch könnten angenommen werden, dass sich jüngere Patientinnen eher für das Treatment entscheiden, weil sie noch enger in das Familienleben eingebunden sind, als ältere. Die Familie hat dementsprechend eine größere Bedeutung und mehr Einfluss auf diese. Weitere Selektionskriterien sind sicherlich eine schwierige Elternbeteiligung, wenn die Patientinnen z.B. schon lange ausgezogen sind die Eltern zu weit weg wohnen oder es sich finanziell oder zeitlich (Beruf, Betreuung der jüngeren Geschwister) nicht leisten können. Die Selbstselektion könnte aber auch dazu führen, dass sich die „Kränkeren“ für den zusätzlichen Behandlungsbaustein entscheiden, weil sie in ihrer Verzweiflung jedes Angebot wahrnehmen würden oder aber weil sie länger stationär behandelt werden als weniger stark Erkrankte. Diesen Vermutungen soll in der Frage F1 nachgegangen werden:

F1: Welche Faktoren führen dazu, dass sich die Patientinnen für das Treatment entscheiden?

Dieser vorangestellten Fragestellung folgen die zwei zentralen Fragestellungen dieser Untersuchung, die sich zum Einen mit der Evaluation der Therapiewoche befassen und zum Anderen einen (längerfristigen) Vergleich zur Kontrollgruppe herstellen sollen (Abbildung 3.1):

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

F2: Welchen unmittelbaren Einfluss hat die Eltern-Kind-Therapiewoche auf die Teilnehmenden und ihre Beschwerden, gemessen an der Zufriedenheit, Erwartungserfüllung und klinischen Symptomen im Prä-Post-Vergleich? Und bessern sich bestimmte Familien und Patientinnen stärker?

F3: Wie sind die Veränderungen der Beschwerden während des Klinikaufenthaltes der Patienten/-innen, die den untersuchten Therapiebaustein bekommen haben, im Vergleich zu denen, die diesen nicht bekamen und wie ist die längerfristige Auswirkung des Treatments?

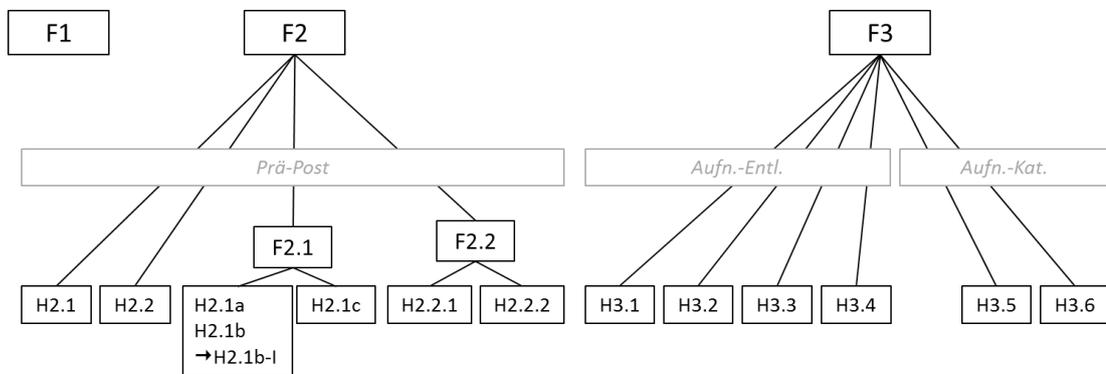


Abbildung 3.1: Struktur der Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung.

Alle Hypothesen und Fragestellungen unter **F2** arbeiten mit den Prätest- und Posttest-Daten (Abbildung 3.1).

H2.1: Das Treatment führt zur positiven Veränderung der (vor der Behandlung von den Patienten/-innen genannten) Beeinträchtigungen im psychischen, psychosomatischen und familiären Bereich.

H2.2: Die Belastungen der Eltern im psychischen, psychosomatischen und familiären Bereich verändern sich durch die Therapiewoche positiv.

Frage 2 untergliedert sich zusätzlich in zwei weitere offene Fragestellungen, denen wiederum Hypothesen untergeordnet sind:

F2.1: Gibt es bestimmte Familien, die sich stärker bessern als andere?

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Ein Vergleich zwischen den Familien setzt einen Familienkonsens voraus. Dieser wird im ersten Schritt untersucht. Um dieser Frage nachzugehen, müssen zwei Unterhypothesen gebildet werden. Zunächst wird überprüft, ob die Familien überhaupt in ihren Einschätzungen übereinstimmen, da sonst kein Vergleich zwischen den Familien möglich wäre:

H2.1a: Die Familienmitglieder stimmen in ihren Einschätzungen über die Belastungen und Familienfunktionalität stark genug überein (familiärer Konsens), um eine Aussage über eine Besserung durch das Treatment treffen zu können.

Ist dieser familiäre Konsens gegeben, muss in einem nächsten Schritt überprüft werden, ob es einen zeitspezifischen Konsens gibt, ob es also durch das Treatment zu mehr oder weniger Übereinstimmung kommt:

H2.1b: Es gibt einen zeitspezifischen Konsens, d.h. durch das Treatment verändert sich der familiäre Konsens.

Hat sich die Übereinstimmung verändert, kann schließlich nach Prädiktoren gesucht werden, die vorhersagen, welche Familien sich stärker bessern:

H2.1b-I: Wenn H 2.1b zutrifft, dann gibt es bestimmte Faktoren, die dazu führen, dass sich einige Familien stärker bessern als andere.

Zusätzlich zur Übereinstimmung innerhalb der Familien, sollen mögliche Veränderungen in den Beschwerden auf Familienebene untersucht werden:

H2.1c: Es gibt Veränderungen durch das Treatment, die alle Familienmitglieder (V, M, P) gleichermaßen angeben.

Neben der Frage nach familienspezifischen Besserungen, könnten sich auch bestimmte Patientinnen stärker bessern als andere:

F2.2: Gibt es bestimmte Patienten/-innen, die sich stärker bessern als andere?

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

Dabei werden zwei als entscheidend erscheinende Prädiktorbereiche festgelegt:

H2.2.1: Einige Patientinnen bessern sich stärker als andere. Dies lässt sich vorhersagen durch einen vorhandenen familiären Einfluss. **H2.2.2:** Die Beschwerden der Patienten/-innen gehen stärker zurück, wenn die Mütter von der Therapiewoche profitieren.

Die Frage 3 (**F3**) befasst sich mit den Outcome-Unterschieden zwischen Treatment- und Kontrollgruppe in der Zeit des stationären Aufenthaltes sowie mit den längerfristigen Veränderungen von Aufnahme bis zur Katamnese.

Folgende Hypothesen lassen sich zum Aufnahme-Entlassungs-Vergleich mit der Kontrollgruppe entwickeln:

H3.1: Das Treatment führt bei den Patientinnen zu einer stärkeren Gewichtszunahme.

H3.2: Das Treatment bewirkt eine stärkere Besserung der Beschwerden.

H3.3: Die Krankheitsursachenzuschreibung verändert sich durch das Treatment dahingehend, dass die Familie mehr in Mitverantwortung genommen wird.

H3.4: Das Treatment führt dazu, dass die familiären Beziehungen funktionaler eingeschätzt werden.

Die längerfristige Wirkung des Treatments wurde durch eine Halb-Jahres-Katamnese nach Entlassung untersucht:

H3.5: In der Zeit von stationärer Aufnahme bis zur Katamnese haben die Patientinnen der Treatmentgruppe stärker zugenommen als in der Kontrollgruppe.

H3.6: In der Zeit von stationärer Aufnahme bis zur Katamnese sind die psychischen und psychosomatischen Beschwerden der Patienten/-innen der Treatmentgruppe stärker zurückgegangen

2.2 Die Rolle der Familie in der Behandlung von Essstörungen

und die Beziehungen funktionaler geworden als in der Kontrollgruppe.

4. Methode

In der vorliegenden Arbeit wurde die Wirkung des therapeutischen Einbeziehens von Eltern in den stationären Aufenthalt ihres essgestörten Kindes untersucht. Dazu wurde nach positivem Votum der medizinischen Ethikkommission Göttingen die Eltern-Kind-Therapiewochen der Klinik Lüneburger Heide evaluiert und mit einer Kontrollgruppe verglichen. Die Eltern-Kind-Therapiewochen bestehen aus jeweils fünf Tagen intensiver Multifamilientherapie in verschiedenen Gruppensettings.

Zunächst wird das Studiendesign erläutert, gefolgt von einem kurzen Abriss über die Institution und den Behandlungsbaustein. Dann werden die angewandten Messinstrumente erläutert und zum Schluss wird der Ablauf der Studie genauer beschrieben und die Stichprobe der Teilnehmenden vorgestellt.

4.1 Studiendesign

Zur Evaluierung der Eltern-Kind-Therapiewochen in der Klinik Lüneburger Heide wurde ein Zwei-Gruppen-Design mit Messwiederholungen gewählt. Verglichen werden sollten Essstörungen-Patientinnen und -Patienten, die sich im Laufe ihres Klinikaufenthaltes für die Eltern-Kind-Therapiewoche entschieden haben, mit solchen, die an dieser nicht teilnahmen und die jeweiligen Eltern dazu.

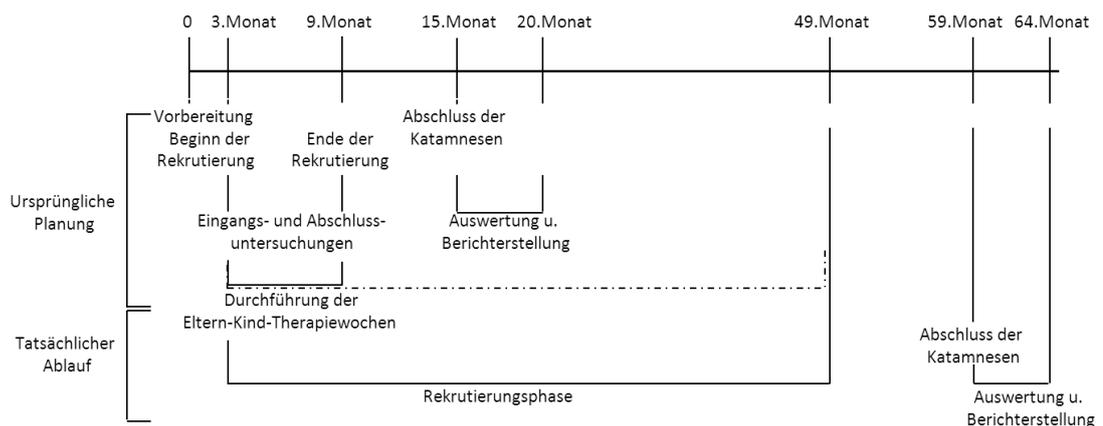


Abbildung 4.1: Flow Chart I. Zeitlicher Ablauf(plan).

Es handelt sich um eine nicht-randomisierte, sondern selbstselektierte Outcome-Evaluation. Eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT) war aus ethischen, finanziellen und zeitlichen Gründen nicht durchführbar, u. a. weil es sich

4.1 Studiendesign

um ein sehr spezifisches Angebot mit genau definierter Zielgruppe handelt (mehr dazu in Kap.6.3).

Die Rekrutierungsphase (Abbildung 4.1) erstreckte sich von Juni 2009 bis letztendlich, nach einer fast dreieinhalb jährigen Verlängerung, März 2013.

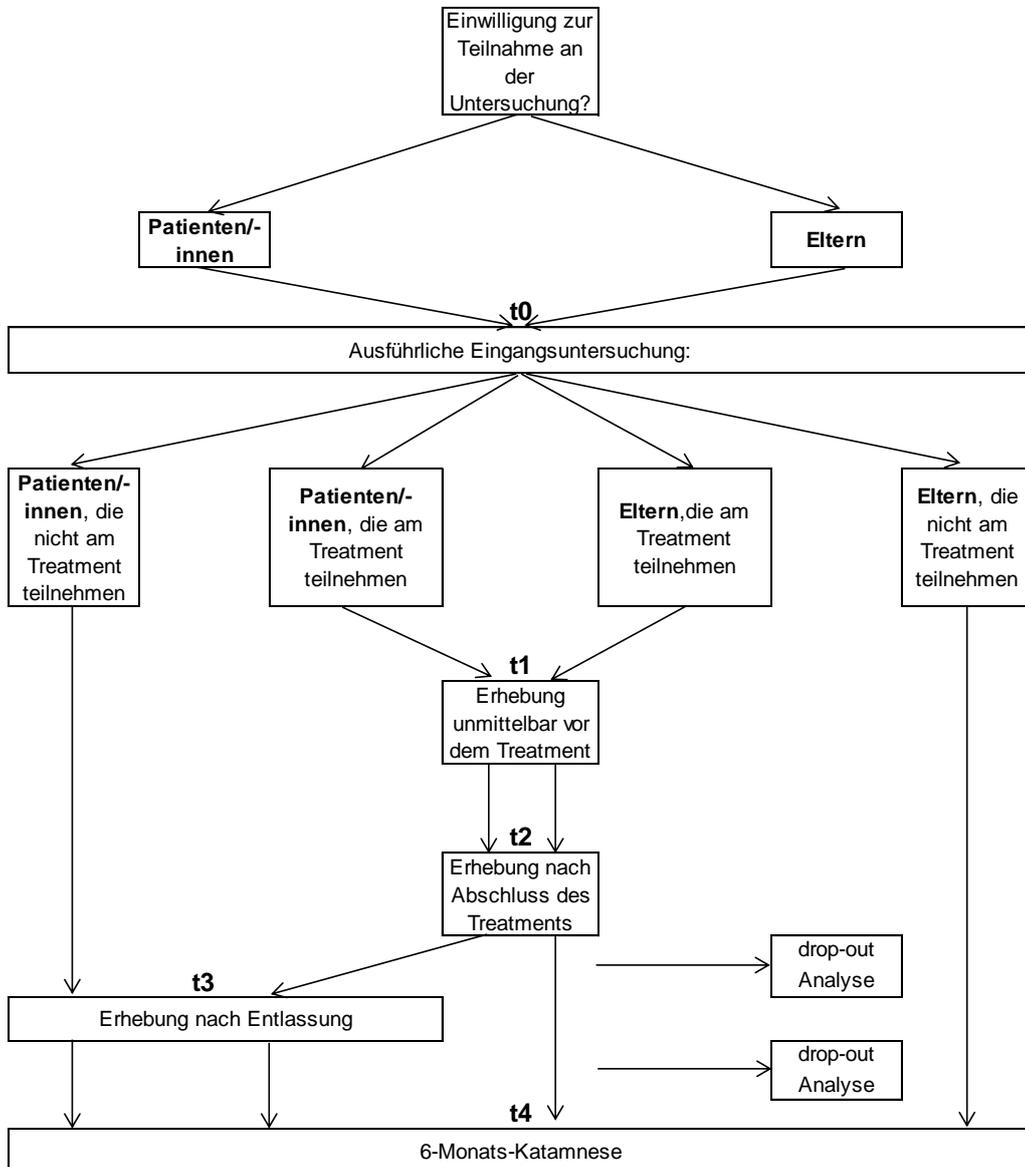


Abbildung 4.2: Flow-Chart II. Ablauf der Studie.

* t3 fällt ggf. mit t2 zusammen, da einige Patienten/-innen direkt nach der Eltern-Intensiv-Therapiewoche die Klinik verlassen. Alle Patienten/-innen, die noch mindestens 2 Wochen nach der Eltern-Therapiewoche in der stationären Behandlung bleiben, werden zum Zeitpunkt ihrer Entlassung (t3) noch einmal erfasst.

Die Datenerhebungen fanden bei Klinikaufnahme, unmittelbar vor und nach der Therapiewoche, bei Entlassung sowie sechs Monate nach Entlassung statt (Abbildung 4.2). Die Ergebnisbeurteilung erfolgt hauptsächlich durch Fragebogendaten. Hierzu wurden standardisierte und speziell zugeschnittene, eigens erstellte

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

(Erwartungs- u. Bewertungsbogen) Fragebögen verwendet.

Außerdem wurden mit vorherigen Einverständnis der Patienten/-innen aus der Klinikakte objektive Daten, wie Größe und Gewicht bei Aufnahme und Entlassung sowie die Diagnosen entnommen.

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

Die Datenerhebung erfolgte über standardisierte (Tabelle 4.1) und eigens entworfene oder speziell angepasste und zusammengestellte nicht-standardisierte Fragebögen (Tabelle 4.2). Durch letzteres konnten sehr spezifische, dem Behandlungskontext angepasste Daten ermittelt werden, die von den allgemeinen herkömmlichen Messinstrumenten nicht erfasst werden. In der Auswertung können diese Instrumente natürlich nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Tabelle 4.1: Die geplanten diagnostischen Verfahren, validierte Fragebögen.

Diagnostische Instrumente	Erfasste Merkmale	Datenquelle	Erhebungszeitpunkt
EDI-2	Essgewohnheiten, Einstellungen, Gefühle	Fragebogen: Patient	Prä, Post, Katamnese
SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste	Subjektive Beeinträchtigung durch körperliche u. Psychische Symptome	Fragebogen: Patient Eltern	Prä, Post, Katamnese
Familienbögen (FB)	Beziehungsqualität	Fragebogen: Patient Eltern	Prä, Post, Katamnese
subjektives Familienbild (SFB)	Einschätzung der Beziehung zu den Eltern	Fragebogen: Patient	Prä, Post, Katamnese
Aachener Fragebogen zur Kausalattribution (AFKA)	Einstellung und Einschätzung der Krankheit und Krankheitsursache	Fragebogen: Patient Eltern	Prä, Post, Katamnese
Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)	Fragen zu Verhaltensweisen, Einstellungen & Interessen	Fragebogen: Eltern	Prä
Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU)	wahrgenommene Unterstützung aus dem sozialen Umfeld	Fragebogen: Eltern	Prä, Post, Katamnese
Bielefelder Klientenerfahrungsbogen (BIKEB)	Patientenerleben während der Therapiestunde	Fragebogen: Patient Eltern	Post
Gruppen-Erfahrungsbogen (GEB)	subjektive Erleben in den Gruppensitzungen	Fragebogen: Patient Eltern	Post

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

Tabelle 4.2: Die geplanten diagnostischen Verfahren, nicht validierte Fragebögen.

Diagnostische Instrumente	Erfasste Merkmale	Datenquelle	Erhebungszeitpunkt
Modul1 & Modul1PNt: sozialer Erhebungsbogen	Grunddaten, soziodemographische Daten	Fragebogen: Patient	Prä
Modul2E & Modul1ENt: kurze soziale Erhebungsbögen	Grunddaten, soziodemographische Daten	Fragebogen: Eltern	Prä
Modul2P, Modul2E	Fragen zu Erwartungen an den Elternworkshop	Fragebogen: Eltern Patient	Prä
Fragebogen über das gesundheitliche Wohlbefinden	Fragen zum gesund- heitlichen Wohlbefinden der letzten 4 Wochen	Fragebogen: Eltern	Prä, Katamnese
Modul3	Essverhalten, Einstellung zum Essen & Körper	Fragebogen: Eltern	Prä, Post, Katamnese
Modul 4P1, Modul4P2, Modul 4E	Fragen zur Beurteilung des Workshops	Fragebogen: Patient Eltern	Post, Katamnese

Tabelle 4.3 zeigt eine Übersicht über die Fragebogenpakete mit ihren einzelnen Fragebögen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten für die Patienten/-innen und ihre Eltern. Die Patientinnen und Patienten wurden bei Klinikaufnahme ausführlich über die Studie informiert (Anhang B) und bekamen nach schriftlicher Einwilligung (Anhang C) das Fragebogenpaket zur ersten Erhebung ausgehändigt.

Die Eltern bekamen dieses nach Möglichkeit auch bei Aufnahme des(r) Patienten(in), wenn sie diese(n) persönlich in die Klinik brachten, oder aber beim späteren im Laufe der Behandlung stattfindenden Familiengespräch bzw. in der Treatmentgruppe vor der Therapiewoche (s.a. Abbildung 4.2).

Im Folgenden werden nur die Messinstrumente, die in der vorliegenden Arbeit zur Hypothesenprüfung verwendet wurden, ausführlich beschrieben.

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

Tabelle 4.3: Fragebogenpakete zu den einzelnen Erhebungen.

Fragebogenpakete	Treatmentgruppe		Kontrollgruppe	
	Patient(in)	Eltern	Patient(in)	Eltern
	Info.Schreiben Einverst.Erklärung	Info.Schreiben Einverst.Erklärung	Info.Schreiben Einverst.Erklärung	Info.Schreiben Einverst.Erklärung
t0 bei Aufnahme	Modul1_Grunddaten AFKA_Patient EDI-2 SCL-90-R Familienbögen SFB		Mod.1PNT_Grund AFKA_Patient EDI-2 SCL-90-R Familienbögen SFB	Mod1ENT_Grund AFKA_Eltern Modul_3 SCL-90-R Familienbögen F-SozU FPI Ges. Wohlbefinden
t1 Prä	Modul2P_Erwartungen AFKA EDI-2 SCL-90-R Familienbögen SFB	Modul 2E AFKA_Eltern Modul_3 SCL-90-R Familienbögen F-SozU FPI Ges. Wohlbefinden		
t2 Post	AFKA_Patient EDI-2 SCL-90-R Familienbögen SFB Modul4P1_Abschluss BIKEB GEB	AFKA_Eltern Modul_3 SCL-90-R Familienbögen F-SozU Modul4E_Abschluss BIKEB GEB		
t3 bei Entlassung	AFKA_Patient EDI-2 SCL-90-R Familienbögen SFB Modul4P2_Abschluss		AFKA_Patient EDI-2 SCL-90-R Familienbögen SFB	
t4 Katamnese	AFKA_Patient EDI-2 SCL-90-R Familienbögen SFB Modul4P2_Abschluss	AFKA_Eltern Modul_3 SCL-90-R Familienbögen F-SozU Modul4E_Abschluss Ges. Wohlbefinden	AFKA_Patient EDI-2 SCL-90-R Familienbögen SFB	AFKA_Eltern Modul_3 SCL-90-R Familienbögen F-SozU Ges. Wohlbefinden

Standardisierte Messinstrumente

Die standardisierten Messinstrumente lassen sich in zwei Kategorien aufteilen: Einerseits den klinischen Fragebögen zur Essstörung (EDI-2) (Paul & Thiel, 2005) und zu allgemeinen psychischen und psychosomatischen Beschwerden (SCL-90-R) (Franke, 2002) und andererseits den Beziehungsfragebögen Subjektives Familienbild (SFB) (Mattejat & Scholz, 1994) sowie die Familienbögen (FB) (Cierpka & Frevert, 1995).

Das Eating Disorder Inventory-2 EDI-2

Neben den üblichen Diagnosekriterien im DSM-IV oder ICD-10 bietet das

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

EDI-2 als ein objektives, standardisiertes Messverfahren zur Diagnosestellung, das Hinzuziehen intrapsychischer und interpersoneller Probleme (Paul & Thiel, 2005). Nicht nur das Essverhalten sondern auch die teils essstörungsspezifische Psychopathologie wird in diesem Messverfahren berücksichtigt. Entwickelt wurde das Instrument in den 1980er Jahren von der Arbeitsgruppe um Garner und wurde in den neunziger Jahren zum EDI-2 erweitert (Garner, 1991). Seit 1997 steht das EDI-2 für den deutschsprachigen Raum zur Verfügung (Thiel et al., 1997) und eignet sich gut für klinische Studien, z.B. zur Evaluationen, und ist anwendbar für Veränderungsmessungen.

Das EDI besteht aus 64 Items, die sich auf acht Skalen aufteilen. Jede Skala hat zwischen 6 bis 10 Items. Die erweiterte Form des EDI-2 beinhaltet zu den bisherigen acht Skalen 27 zusätzliche Items, die die drei neuen Skalen *Askese*, *Impulsregulation* und *Soziale Unsicherheit* bilden. Im deutschsprachigen Raum liegt das EDI-2 als *Langform*, welche alle 91 Items bzw. 11 Skalen aufweist, und als *Kurzform*, welche aus den ursprünglichen 64 Items bzw. acht Skalen besteht, vor. Für die vorliegende Studie wird die Kurzform verwendet. Die genaue Skalenbezeichnung ist in Tabelle 4.4 abzulesen.

Tabelle 4.4: Die acht Skalen der Kurzform des Eating Disorder Inventory-II mit der jeweiligen Anzahl an Items.

EDI-2 Skalen	Bezeichnung	Anzahl Items
SS	Schlankheitsstreben	7
B	Bulimie	7
UK	Unzufriedenheit mit dem Körper	9
I	Ineffektivität	10
P	Perfektionismus	6
M	Misstrauen	7
IW	Interozeptive Wahrnehmung	10
AE	Angst vor dem Erwachsenwerden	8

Die Ergebnisse des EDI-2 können anhand von Perzentilen der EDI-2-Skalenwerte für weibliche und männliche Kontrollgruppen verschiedener Altersstufen oder für eine Reihe klinischer Stichproben, interpretiert werden. So kann für den Einzelfall gesagt werden, ob das Testergebnis von den Werten der gesunden Kontrollgruppe abweicht und eher mit den Ergebnissen einer klinischen Stichprobe vergleichbar ist.

Die Zuverlässigkeit des Messinstrumentes kann als gut gelten. Die interne

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

Konsistenz, errechnet durch Cronbach α , für eine Stichprobe von Anorexie- und Bulimie-Erkrankten liegt zwischen .79 bis .93 (Paul & Thiel, 2005) und erfüllt damit größtenteils die ursprüngliche Forderung von Garner et al. (1983) ein Cronbach α von kleiner .80 für alle Skalen in Stichproben mit Anorexia nervosa zu erreichen. Studien aus dem nichtklinischen Bereich erreichen dagegen meist Cronbach α -Werte kleiner .80. Die Ergebnisse der Test-Retest-Reliabilität in einer Essstörungsstichprobe mit einem Zeitintervall von im Median sieben Tagen liegen zwischen .81 und .89 und kann daher als gut bezeichnet werden. Auch die Kriteriumsvalidität und faktorielle Validität konnte sich in mehreren Stichproben mit verschiedenen Krankheitsbildern durch Korrelationen mit anderen Testverfahren und Faktorenanalysen als gut beweisen.

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R

Die Symptom-Checkliste wurde erstmalig 1977 von Derogatis entworfen und 1995 von Franke ins Deutsche übersetzt bzw. durch die Überprüfung der Reliabilität und Validität in eigenen Studien, auch in Deutschland anwendbar gemacht. Der SCL-90-R ist ein Messinstrument zur Ermittlung der psychischen und psychosomatischen Belastung der letzten sieben Tagen, das sich für Messwiederholungen eignet. Durch Selbstbeurteilung werden verschiedene Symptome in ihrer Stärke erfasst und anschließend in der Auswertung zu Syndromen bzw. Skalen zusammengefasst. Der Fragebogen umfasst insgesamt 90 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „0 = überhaupt nicht“ bis „4 = sehr stark“, beantwortet werden können. Aus den Items ergeben sich neun Skalen (Tabelle 4.5) und drei globale Kennwerte. Die drei globalen Kennwerte beschreiben das Antwortverhalten und geben damit einen genaueren Überblick über die gesamte psychische Belastung. Der *GSI* (*global severity index*) ist am bedeutendsten, weil er die Intensität der Belastung aller 90 Items berücksichtigt und kann als Gesamtschwere-Maß gelten. Der *PSDI* (*Positive Symptom Distress Index*) gibt für die Items, die mit Belastung beantwortet wurden, an, wie hoch das Ausmaß der Belastung ist und der *PST* (*Positiv Symptom Total*) gibt die Anzahl dieser Items an.

Eine Normierung durch standardisierte T-Werte ist anhand zweier großer Stichproben mit Jugendlichen und Erwachsenen sowie 800 deutschsprachigen Studierenden möglich. Dabei können nach Geschlecht und Altersstufen getrennte

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

Normwerte ermittelt werden.

Tabelle 4.5: Die neun Skalen des SCL-90-R mit der jeweiligen Anzahl an Items.

Skala	Bezeichnung		Anzahl Items
1	Somatisierung	SOM	12
2	Zwanghaftigkeit	ZWANG	10
3	Unsicherheit im Sozialkontakt	UNSI	9
4	Depressivität	DEPR	13
5	Ängstlichkeit	ANGS	10
6	Aggressivität/Feindseligkeit	AGGR	6
7	Phobische Angst	PHOB	7
8	Paranoides Denken	PARA	6
9	Psychotizismus	PSYC	10
	Zusatzfragen		7

Es handelt sich um ein reliables Messinstrument mit guter interner Konsistenz und guter Test-Retest-Reliabilität, die sich sowohl in den internationalen als auch in den von Franke (2002) untersuchten deutschen Stichproben zeigt. Der GSI erreichte in den deutschen repräsentativen Eichstichproben ein *Cronbachs* α von bis zu .98. Auch die konvergente, diskriminante und differentielle Validität ist durch befriedigende bis gute Befunden gegeben.

Die Familienbögen

Die von Cierpka und Frevert entworfenen Familienbögen (1995) unterliegen der Theorie des „*Familienmodells*“ (Cierpka & Frevert, 1995). Diese baut auf das „*Family Categories Schema*“ von Epstein und Mitarbeiter (1962) auf und ist eine Weiterentwicklung des „*Prozess Model of Family Functioning*“ (Steinhauer, Santa-Barbara, & Skinner, 1984). Nach dem *Familienmodell* organisiert sich das Familienleben in sieben Dimensionen (Cierpka & Frevert, 1995, S. 5, Abb. 2.1). Diese sieben Dimensionen werden im Fragebogen von den Skalen widerspiegelt (Tabelle 4.6). Da sie sich inhaltlich teilweise überschneiden korrelieren die Skalen miteinander.

Es handelt sich um ein Selbsteinschätzungs-Instrument, das zur Unterstützung der Familiendiagnostik und für Familientherapie entwickelt wurde. Gemessen wird die Funktionalität der Familie. Dazu stehen drei verschiedene Erhebungsmodule zur Verfügung:

- der *Allgemeine Familienbogen*, bei dem die Betrachtung auf dem System 'Familie' liegt

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

- der *Zweierbeziehungsbogen*, welcher dyadische Beziehungen zwischen Familienmitgliedern (z.B. Paaren) misst und
- der *Selbstbeurteilungsbogen*, der die Funktion des Familienmitglieds innerhalb der Familie erhebt.

Zum Zwecke der Diagnostik sind verschiedene Kombinationen dieser Module möglich. Außerdem ist das Instrument auch für Kinder ab 12 Jahren geeignet.

Tabelle 4.6: Die Skalen des Allgemeinen Familienbogens mit kurzer Beschreibung.

Skala	Bezeichnung	Beschreibung
AE	Aufgabenerfüllung	Fähigkeit mit entwicklungsbedingten Anforderungen umzugehen und funktionale Muster beizubehalten, dessen Festlegung gemeinsam in der Familie entwickelt u. überprüft werden
RV	Rollenverhalten	Das Verstehen, Akzeptieren und Einhalten von, an die Entwicklungsschritte angepassten, Rollen
KOM	Kommunikation	Austausch von Informationen, Art der Verständigung, Umgang mit Missverständnissen
E	Emotionalität	Bandbreite und Ausprägung von Emotionen, Angemessenheit der Intensität
AB	Affektive Beziehungsaufnahme	Empathie, Umgang mit emotionalen Bedürfnissen, Ausprägung von Autonomie und Beziehungssicherheit
K	Kontrolle	Vorhersagbarkeit und Übereinstimmung zwischen den Mitgliedern des Kontrollverhalten in der Familie. Art, Struktur und Spontanität von Kontrollverhalten
WN	Werte und Normen	Art der Übereinstimmung mit familiären Werten und Normen und Größe des Spielraums damit

In der vorliegenden Arbeit wurde nur der *Allgemeine Familienbogen* (FB-A) verwendet. Er enthält 40 auf die Familienfunktionalität ausgerichtete Items, die in vierstufigen Likert-Skalen von „stimmt genau“ bis „stimmt überhaupt nicht“ aufgebaut sind. Die daraus entstehenden Skalen sind in Tabelle 4.6 dargestellt und setzen sich aus jeweils vier Items zusammen. Zusätzlich zu diesen sieben Skalen gibt es für den FB-A noch die zwei aus jeweils sechs Items bestehende Kontrollskalen *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr*. Diese spielen für die Interpretation der Ergebnisse eine Rolle und sollten nicht zu stark ausgeprägt sein (Werte über 60 oder unter 40), um die Validität der anderen Skalen nicht zu gefährden. Außerdem kann zu den Einzelskalen durch die Addition dieser auch eine Gesamtskala „Summe“ gebildet werden, die die allgemeine Familienfunktionalität zusammenfasst.

Die Skalenrohwerte können zur besseren Vergleichbarkeit und einfacheren Darstellung in T-Werte transformiert werden. Hohe Skalen-Werte in der anschließenden Auswertung bedeuten wahrgenommene Probleme in der Funktionalität der Familie. T-Werte über 60 bedeuten also eine dysfunktionale Familienstruktur, während T-Werte unter 40 eine funktional wahrgenommene, der

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

Norm entsprechende, Familie beschreiben. Es gibt Referenzwerte, getrennt nach Müttern und Vätern, für fünf verschiedene lebenszyklische Phasen einer Familie. Diese Phasen richten sich nach dem Alter des ältesten im Hause lebenden Kindes, da dieses die Entwicklungsschritte der gesamten Familie bestimmt. Für den *Allgemeinen Familienbogen* sind Phase 3: ältestes Kind im Haushalt 1-11 Jahre und Phase 4: ältestes Kind im Haushalt mind. 12 Jahre, bedeutsam. Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Familien befinden sich in Phase 4. Für diese Phase gibt es auch Referenzwerte für das mind. 12 Jahre alte Kind, was hier auf die Patienten/-innen zutrifft.

Die Reliabilität liegt bei allen Skalen, bis auf *Werte und Normen*, bei einem Cronbach α zwischen .52 und .75. Die Skala *Werte und Normen* hat eine niedrigere Reliabilität von Cronbach $\alpha = .45$. Die beiden zusätzlichen Skalen *Soziale Erwünschtheit* und *Abwehr* haben mit Cronbach $\alpha = .75$ hohe Reliabilitätswerte. Insgesamt kann die Reliabilität als befriedigend bewertet werden.

Auch die Validität konnte in mehreren Studien belegt werden (siehe Cierpka & Frevert, 1995).

Das subjektive Familienbild

Das *subjektive Familienbild* (SFB) beruht auf dem sogenannten Entwicklungs-Kohäsions-Modell (Mattejat & Scholz, 1994), welches aus system- und entwicklungstheoretischen Überlegungen hervorgeht. In diesem Modell werden zwei Dimensionen unterschieden, die *Entwicklungsbedingungen* und *Kohäsion*. Günstige Entwicklungsbedingungen sind dann gegeben, wenn in der Familie gleichermaßen subjektive *emotionale Verbundenheit* (Valenz) und *individuelle Autonomie* (Potenz) vorhanden ist. Ungünstige Entwicklungsbedingungen sind eine geringe oder fehlende subjektive *emotionale Verbundenheit* und das Hemmen individueller autonomer Entwicklungen. Die Kohäsionsdimension beinhalten beide Aspekte, fördernde und hemmende Entwicklungsbedingungen, gleichermaßen. Im SFB werden Valenz und Potenz über sechs verschiedene polarisierend abgefragte Adjektivpaare erfasst (Tabelle 4.7), die jeweils für die dyadischen Beziehungen Kind \rightarrow Vater, Kind \rightarrow Mutter und umgekehrt, sowie Vater \rightarrow Mutter und Mutter \rightarrow Vater von einem Familienmitglied eingeschätzt werden, um letztendlich ein Gesamtbild über die Triade Mutter-Vater-Kind zu ergeben.

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

Tabelle 4.7: Das subjektive Familienbild. Adjektivpaare für Potenz und Valenz.

Item Nr.	Adjektivpaare
Potenz (erlebte Autonomie)	
1	selbstständig vs. unselbstständig
4	unentschlossen vs. entschlossen
6	sicher vs. ängstlich
Valenz (erlebte Verbundenheit)	
2	uninteressiert vs. interessiert
3	warmherzig vs. kühl
5	verständnisvoll vs. intolerant

Das Instrument besteht also aus sechs Beziehungsbeschreibungen, die das Beziehungsangebot in der Familie erfassen, in dem sie die gerichtete Beziehung erfragen (z.B. „ich verhalte mich meinem Vater gegenüber“). Der zweite Teil des Fragebogens erhebt mit den gleichen sechs Teilen die Beziehungswünsche bzw. die Vorstellungen darüber, wie sie sein müssten (z.B. „ich müsste mich meinem Vater gegenüber verhalten...“). Jedes Adjektivpaar hat eine Ausprägung von -3 (negative Beschreibung, z.B. unselbstständig) über 0 bis 3 (positive Einschätzung, z.B. selbstständig). Für jede Dyade ergibt sich durch Summieren ein Potenz- und Valenzwert, der Werte zwischen -9 und +9 annehmen kann. Umso höher dieser Wert ist, umso unproblematischer ist die Beziehung. Um die subjektive emotionale Verbundenheit und individuelle Autonomie in der Familie insgesamt beurteilen zu können, wird die Summe aller Potenz- bzw. Valenzwerte der Triade Mutter-Vater-Kind gebildet und in der Potenz- bzw. Valenz-Familiensumme festgehalten. Außerdem kann die sogenannte *Angebotsvarianz* von Valenz und Potenz bestimmt werden. Aus der Addition der beiden Familiensummen für Potenz und Valenz ergibt sich der Score *Entwicklungsbedingungen*. Der Score Kohäsion ergibt sich aus der Subtraktion der Potenz-Familiensumme von der Valenz-Familiensumme. Je positiver die Beziehungen beschrieben wurden, umso höher ist der Score *Entwicklungsbedingungen*. Je höher der Kohäsions-Score (die wechselseitige Verbundenheit), desto intensiver wird die familiäre Kohäsion erlebt.

Das Messinstrument ist für Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren geeignet und ist klinisch lange erprobt worden. Es ist im Stande, klinische von nichtklinischen Gruppen zu trennen und zwischen verschiedener Symptomatik zu unterscheiden. Daher wird es auch gerne für Therapieevaluationen genommen. Außerdem ist es ein

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

gutes Hilfswerk für die Familiendiagnostik. Die verschiedenen Sichtweisen der Familienmitglieder können mit den objektiven Eindrücken des Therapeuten verglichen werden. Sind von der kompletten Triade Mutter-Vater-Kind Daten vorhanden, können die *Familiensummen* und *Angebotsvarianz* anhand von Referenzwerten im Test-Manual normiert werden (siehe Matzejat & Scholz, 1994).

Die Reliabilität des Messinstruments erreicht auch in der Paralleltest- und Retest-Reliabilität gute bis hinreichende Cronbach α -Werte. Die innere Konsistenz für die Valenz-Skalen liegt zwischen .70 und .85 und wird damit etwas günstiger eingeschätzt als die Potenzskalen, die zwischen .60 und .75 liegen. Die Retest-Reliabilität ist bei Erwachsenen höher als bei Kindern und Jugendlichen und ist bei kurzen Abständen recht hoch, sinkt aber je größer der Abstand zwischen den Messungen wird. Daher kann dieses als zuverlässig einzustufendes Messinstrument auch für entwicklungsbedingte Veränderungsmessungen genutzt werden.

Auch die Validierungsvoraussetzungen konnten erfüllt werden. Sie wurden unter verschiedenen Kriterien überprüft. Die Konstruktvalidität ist gut belegt, Korrelationen zwischen den Skalen und zu anderen Fragebogendaten wurden untersucht. Eine deutliche Korrelation zeigte sich zwischen der Valenz-Familiensumme und der Kohäsion. Die Ergebnisse zu anderen Fragebogendaten sind sehr unterschiedlich und teilweise nur gering vorhanden.

Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution (AFKA)

Der Aachener Fragebogen zu Krankheitsattribution (AFKA) wurde 1995 von Wälte und Kröger entwickelt. Es handelt sich um einen klinischen Fragebogen, der das Verständnis von Patient/in und Familienmitgliedern über die Ursache der psychischen und psychosomatischen Erkrankung erfasst. Dem zugrunde liegt der Gedanke, dass sich Patienten/-innen und Familienmitglieder oder Partner/-innen über die Ursache der Erkrankung austauschen und ein gemeinsames Krankheitskonzept entwickeln.

Das Messinstrument hat zwei Fragebogenformen: eine für die/den Patient/-in (AFKA_I) und eine für die Familienmitglieder (AFKA_F). Es gibt eine lange Form mit 90 Items und eine Kurzform mit 56 Items. Jedes Item kann auf einer fünfstufigen Skala von 1 = *gar nicht* bis 5 = *sehr stark* beantwortet werden. Durch eine Faktorenanalyse der 56 Items wurden acht Skalen ermittelt, die 65% der Varianz

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

aufklären (s. Tabelle 4.8).

Tabelle 4.8: Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution
Skalen und Anzahl an Items.

	Skala	Item-Anzahl
1	Familie	10
2	Selbst	11
3	Partnerschaft	6
4	Stress	8
5	Finanzen	5
6	Schicksal	4
7	Körper	4
8	Sucht	4

Die Retest-Reliabilität für den AFKA_I liegt zwischen .62 und .85 (Wälte & Kröger, 1995). Die interne Konsistenz erreicht Werte zwischen .62 und .96. Der AFKA_F erreicht vergleichbare Reliabilitäten. Für beide kann daher die Reliabilität als gut bis sehr gut interpretiert werden.

Das Messinstrument kann als valide gelten: In verschiedenen Untersuchungen wurde die inhaltliche Validität und die Konstruktvalidität mit Interkorrelationen der Subskalen und konvergenter, diskriminanter und differentieller Validität überprüft (s. Wälte & Kröger, 1995).

Für die vorliegende Studie wurde der AFKA dahingegen verändert, dass jeweils nur ein Item pro Skala abgefragt wurde (s. Anhang G). Außerdem bezieht sich in der für die Studie abgewandelten Version die Skala „Partnerschaft“ auf die „Eltern“, da die Patientinnen sehr jung sind und größtenteils nicht in einer Partnerschaft leben. Das hier verwendete Messinstrument AFKA kann also nicht mehr als standardisiert gelten.

Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)

Der *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung* (F-SozU) erfasst die wahrgenommene soziale Unterstützung aus dem sozialen Umfeld der Person (Fydrich, Sommer, & Brähler, 2007). Der F-SozU wird schon seit den 1980er Jahren vor allen in der Forschung verwendet und wurde erstmals 1987 von Fydrich und Kollegen (Fydrich, Sommer, Menzel, & Höll, 1987) veröffentlicht. Die hier verwendete Standardform des F-SozUs besteht aus zwei Teilen (A & B) und hat 54 Items, aus denen sich acht Skalen bilden lassen (s. Tabelle 4.9). Die Items werden auf einer 5-stelligen Likert-Skala von 1= *trifft nicht zu* bis 5= *trifft genau zu* beantwortet und für die Auswertung teilweise invertiert. Teil B wurde in dieser

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

Studie nicht verwendet. In diesem Teil sollen Personen aufgezählt werden, die für bestimmte Aufgaben, Wünsche angesprochen werden könnten.

Tabelle 4.9: Die Skalen des F-SozU mit der jeweiligen Anzahl an Items.

Skala	Bezeichnung	Anzahl Items
EU	Emotionale Unterstützung	16
PU	Praktische Unterstützung	9
SI	Soziale Integration	13
WasU	Wahrgenommene soziale Unterstützung	38 (EU+PU+SI)
Bel	Soziale Belastung	12
Rez	Reziprozität sozialer Unterstützung	4
Vert	Verfügbarkeit einer Vertrauensperson	4
Zuf	Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung	5

Normiert ist das Messinstrument in Prozenträngen. Die Normstichprobe aus der Bevölkerung reicht von 14 bis 96 Jahren. Als unauffällig gelten Prozentränge zwischen 16 und 84. Prozentränge darüber und darunter sind als der Norm abweichend zu interpretieren. Wobei Ränge von 3 bis 15 deutlich niedrige empfundene soziale Unterstützung bedeuten und Prozentränge zwischen 85 und 97 eine auffällig hohe soziale Unterstützung meinen. Prozentränge kleiner 3 und größer 97 sind sehr auffällig. Das Instrument differenziert in hoher sozialer Unterstützung gering, in niedriger sozialer Unterstützung hingegen ist die Differenzierung gut.

Die Reliabilität der drei Hauptskalen EU, PU und SI ist zufriedenstellend bis sehr hoch. Das Cronbach α liegt zwischen .81 und .93. Auch die Nebenskalen weisen mit Werten von .70 bis .84 zufriedenstellende innere Konsistenz auf.

Die Validität des Messinstrumentes ist durch umfangreiche Studien überprüft worden und darf als gegeben gelten. Diese bezieht sich sowohl auf die faktoriellen, differenziellen, konvergenten sowie diskriminanten Validitäten.

Nicht-Standardisierte Messinstrumente

Zu den nicht-standardisierten Fragebögen zählen die Erwartungs- (Modul 2) und Bewertungsbögen (Modul 4) (Anhang E) und das Modul 3 (Anhang F), welches Fragen zur Esseinstellung, Essverhalten und Körperzufriedenheit der Eltern beinhaltet.

Modul 1 (Basisdokumentation)

Bezüglich der soziodemographischen Daten griff die Promovendin auf

4.2 Operationalisierung der Abhängigen Variablen

verschiedene frühere Studien der Ambulanz für Familientherapie und Essstörung der Universitätsmedizin Göttingen (z.B. Reich, 2003a; Reich, Witte-Lakemann, & Killius, 2005) zurück. Erfasst werden soziodemographische Basisdaten, wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildung oder Beruf. Es werden aber auch erste Fragen zu Essstörung und essstörungsspezifische Einstellungen sowie zu ambulanten und stationären Vorbehandlungen gestellt.

Dieses Basismodul beinhaltet auch erste Fragen zum Krankheitsverlauf, Einstellungen zum Essen, Körpergefühl und Vorbehandlungen (vgl. Anhang D).

Modul 2 (Erwartungen) und Modul 4 (Bewertungen)

Die Items dieser beiden Module sind speziell für diese Untersuchung entworfen worden und dadurch optimal auf die Behandlungswoche zugeschnitten (Anhang E). In Anlehnung an die 2005 veröffentlichte Qualitätssicherungsstudie zur Beratung und Behandlung von Essstörungen (Reich et al., 2005) und kleinere in der Abteilung laufenden Evaluationsstudien.

Die Fragebögen sind immer im folgenden Stil aufgebaut: „von der Therapiewoche erwarte ich, dass...“ bzw. „die Therapiewoche hat bewirkt, dass...“. Die Antwortmöglichkeiten umfassen eine fünfstufige Likert-Skala von -2 = stimmt gar nicht bis +2 = stimmt genau.

Außerdem gibt es vier offene Fragestellungen, die es ermöglichen von besonders guten und schwierigen Erfahrungen zu berichten.

Modul 3 (Essverhalten und Einstellung der Eltern)

Das Modul 3 (Anhang F) ist eine Zusammenstellung aus verschiedenen Essstörungsfragebögen (FSE (Hettinger, Jäger, & Munz, 1990), Pudel FEV (Pudel & Westenhöfer, 1989), das die Eltern nach Esseinstellungen, Essgewohnheiten und körperlicher Zufriedenheit befragt. Außerdem erhebt es das jetzige, bisher niedrigste und höchste Gewicht, sowie das Wunsch- und maximal akzeptierte Gewicht.

4.3 Institution und Treatment

Die Institution

Die Datenerhebung fand in der Klinik Lüneburger Heide, einem Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen, in Bad Bevensen statt. Die Klinik besteht seit Mai 2006 und verfügt über 80 Behandlungsplätze („Strukturdaten zur Klinik Lüneburger-Heide“, 2012) für Patienten/-innen mit Essstörungen, davon drei Plätze im medizinischen Überwachungsbereich. Neben der Behandlung von Essstörungen bildet das Aufmerksamkeitsdefizit Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) im Erwachsenenalter einen weiteren Behandlungsschwerpunkt der Klinik.

Das Therapieangebot setzt sich aus einem viergleisigen Therapieprogramm zusammen. Dem *Medizinischen Monitoring*, Überwachung und Behandlung, der *Esspsychotherapie*, den *Gruppentherapien*, die zu einem Unterstützungssystem von Mitpatienten/-innen führt, und dem *Spezifischen Psychotherapieprozess*, welcher ganz verschiedene Verfahren von Kreativ- über Sozio- bis hin zu Multifamilientherapie beinhaltet.

Einen wesentlichen und zentralen Baustein bildet die Esspsychotherapie. Sie beinhaltet eine kaloriendefinierte strukturierte Wiederernährung der Patientinnen und Patienten, in der das Essen zeit- und mengenmäßig festgelegt und unter Aufsicht zu sich genommen wird. In der täglich stattfindenden verhaltenstherapeutischen Essgruppe werden Gewicht, Ernährungsplan und wöchentliche Kalorienzunahme gemeinsam mit allen Patienten/-innen besprochen und verhandelt. Dabei geht es auch um Probleme beim Essen und mit der Gewichtszunahme.

Die einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen basieren auf tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und werden durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden ergänzt. Außerdem werden in der Klinik auch Gespräche mit Eltern, mit Eltern und Patienten/-in gemeinsam und paartherapeutische Gespräche mit den Eltern geführt. Neben Entspannungsverfahren, Tanztherapie und Skills-Trainingseinheiten, bietet die Klinik auch gewichtabhängig Sporttherapie und physiotherapeutische Angebote an.

Hinzu kommen die nachstationäre Weiterbetreuung durch Gespräche, Internet, Email und regelmäßige Samstagsbrunch-Veranstaltungen in der Klinik sowie die

4.3 Institution und Treatment

sogenannte Refresherwoche, die für ehemalige Patienten/-innen mit einem drohenden Rezidiv vorgesehen ist. Auf Sonden-Ernährung, Infusionstherapie oder andere Zwangsmaßnahmen wird verzichtet.

Behandlungsziele sind, einen normalen Ernährungszustand (ausreichend Gewicht und Wachstum) zu erreichen und diesen beizubehalten, physiologisch angemessene Reaktionen auf Hunger und Sättigung zu fördern und die Entwicklung eines gewöhnlichen Essverhaltens mit einer gesunden Einstellung zu Nahrungsmitteln. Wichtige psychologische Ziele sind dabei, die zugrunde liegenden seelischen Probleme zu bearbeiten und zu lösen, so dass die Essstörung als irrtümliche Lösung der eigentlichen Probleme nicht mehr benötigt wird. Der Entlassungs-Body-Mass-Index (BMI) sollte bei einer nicht vorzeitigen Entlassung mindestens die Anorexiegrenze (BMI 17,5 oder 10. Perzentil) erreicht haben, nach Möglichkeit das unterste Normalgewicht erreichen bzw. es sollte bereits in der Klinik die Gewichts-Haltesphase erprobt werden können (Wünsch-Leiteritz, 2013). Das Entwicklungspotential des BMI innerhalb des stationären Aufenthaltes hängt u. a. von dem BMI bei Aufnahme ab. Dieser lag 2013 in der Klinik bei durchschnittlich 14,9 (Wünsch-Leiteritz, 2013).

Das untersuchte Treatment

Die fast monatlich in der Klinik Lüneburger Heide stattfindende Eltern-Kind-Therapiewoche ist ein freiwilliges Angebot. Die Teilnahme daran wird in erster Linie von den Patienten/-innen, nach Rücksprache mit den Therapeuten, entschieden. Teilnehmen kann also, nach therapeutischer Abklärung, jede(r) essgestörte Patient(in) und seine/ihre Eltern(teile).

Die Eltern-Intensiv-Therapiewochen haben zum Ziel, die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern und gemeinsam Strategien zu erarbeiten, die für beide Seiten in der Bewältigung der Essstörung und ihrer Folgen hilfreich sind, sowie die Gefahr eines Rückfalles nach Entlassung der Patienten/-innen aus der stationären Behandlung zu reduzieren. Durch die Unterbringung der Eltern in unmittelbarer Nähe der Klinik während der Woche ist eine sehr intensive Betreuung und Therapie in einem „neutralen“ Umfeld möglich. Die Mahlzeiten werden alle gemeinsam in der Klinik eingenommen, so dass in dieser für die Familien meist schwierigen Situation bereits therapeutische Unterstützung durch die Ernährungsfachkräfte vorhanden ist.

4.3 Institution und Treatment

Die Therapiewoche erstreckt sich über fünf Tage und hat verschiedene Gruppensettings, die täglich stattfinden (siehe Ablaufplan Anhang A), zum Inhalt. Nach der Begrüßung beginnt die Therapiewoche mit einer Vorstellungsrunde, in der Eltern und Patienten/-innen gemeinsam die jeweils anderen Familien kennenlernen, und einem Überblick über den Ablauf der nächsten Tage. Nach einem ersten gemeinsamen und betreuten Abendessen findet die sogenannte Großgruppe, an der Eltern und Patienten/-innen gemeinsam teilnehmen, statt. Am nächsten Tag geht es nach dem gemeinsamen Frühstück mit einer Kleingruppe nur für die Patientinnen und Patienten weiter. Diese Gruppe unterscheidet sich von den anderen im normalen Klinikalltag stattfindenden psychotherapeutischen Gruppen dahingegen, dass sie sich im Rahmen der Eltern-Kind-Therapiewoche nahezu ausschließlich mit familiären Problemen befasst. Anschließend findet wieder eine gemeinsame Eltern-Kind Gruppe statt, in der es kunsttherapeutisch darum geht, gemeinsam als Familie ein Bild entstehen zu lassen, indem an diesem gleichzeitig gemalt wird. Zur selben Zeit bekommt eine andere Eltern-Kind-Kleingruppe einen Vortrag über Esstherapie und Esskultur mit anschließendem Austausch darüber. Eine dritte Kleingruppe kocht gemeinsam in der Lehrküche unter Aufsicht einer Ernährungsfachkraft das Mittagessen. Diese drei Gruppen rotieren in den folgenden Tagen, so dass jede Familie sowohl an der Kunsttherapie und am Informationsteil, als auch am gemeinsamen Kochen teilgenommen hat. Nach dem betreuten Mittagessen findet die Großgruppe „Mittags-Esstörungsgruppe“ statt, die einen wichtigen Bestandteil der Therapiewoche bildet. Hier geht es im Beisein der Eltern um das aktuelle Essverhalten und Gewicht, sowie um damit zusammenhängende Probleme und das Aufstellen und Verhandeln neuer Esspläne. Hierbei bekommen die Eltern einen genaueren Eindruck von der Erkrankung und den Schwierigkeiten, gewisse Essrituale zu überwinden und Kalorien zu sich zu nehmen. Nachmittags reflektieren die Eltern in der Elterntherapiegruppe darüber, wer sie sind und welche Rolle sie in der Essstörungsproblematik einnehmen und einnehmen wollen. Es geht aber auch um das Besprechen von Paar- und Familienkonflikten, Erziehungsproblemen und Veränderungsmöglichkeiten auf Seiten der Eltern und darum, einen günstigeren Umgang mit der Essstörung und den Kindern zu erlernen. Jeder Tag endet mit der Eltern-Kind-Großgruppe, in der auch Themen aus der getrennten Eltern- und Kindergruppe bearbeitet werden.

4.4 Durchführung und Teilnehmende

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Die Studie lief im Juni 2009 nach positivem Votum der Ethikkommission der Universitätsmedizin Göttingen an und sollte im Oktober 2010 abgeschlossen werden. Wegen Problemen bei der Rekrutierung der Kontrollgruppe (näheres im Diskussionsteil) wurde die Datenerhebung bis März 2013 verlängert.

Die Durchführung der Studie bzw. die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten fand in einer auf Essstörungen spezialisierten Klinik statt. Die Planung, Koordination, Datenpflege und Auswertung wurde eigenständig von der Doktorandin unter der Leitung von Prof. Reich an der Universitätsmedizin Göttingen durchgeführt.

Die Patientinnen und Patienten wurden bei Klinikaufnahme ausführlich über die Studie, den Ablauf, den Datenschutz, das Recht, jederzeit aus der Studie aussteigen zu können und die Tatsache, dass die Teilnahme, Nicht-Teilnahme oder ein späterer Ausstieg keinen Einfluss auf die bestehende und fortlaufende Behandlung haben, informiert (Anhang B). Stimmten die Personen einer Teilnahme an der Studie zu, mussten sie eine Einverständniserklärung unterschreiben (Anhang C) und bekamen das Fragebogenpaket t0 zur ersten Erhebung ausgehändigt (Tabelle 4.3).

Nahmen die Patienten/-innen im Laufe ihres stationären Aufenthaltes an der Eltern-Kind-Therapiewoche teil, bekamen sie unmittelbar vor und nach der Therapiewoche die Fragebogenpakete t1 und t2 ausgehändigt. Bei Entlassung aus der Klinik wurden wieder die Daten von allen Patientinnen und Patienten, die sich für eine Teilnahme an der Studie entschieden hatten, erhoben. Allerdings bekamen sie je nach Untersuchungsgruppe unterschiedliche Fragebogenpakete. Das Paket der Treatmentgruppe enthielt zusätzlich einen Evaluationsbogen zum Treatment. Sechs Monate nach Entlassung fand eine katamnestische Nachuntersuchung statt.

Zu den Patienten/-innen sollen auch die Daten der Eltern erhoben werden, um die Wirkung des Treatments auf diese und den möglichen Einfluss dieser auf den Heilungsprozess der Patienten/-innen zu ergründen. Angedacht war, die Eltern bei Aufnahme der Patienten/-innen, sollten diese die Patienten/-innen selbst in die Klinik bringen, zu rekrutieren, spätestens aber zu den im Laufe der stationären Behandlung stattfindenden Familiengesprächen. Zur Evaluation der Therapiewoche wurden die

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Daten der Eltern der Treatmentgruppe vor und nach der Therapiewoche erhoben. Außerdem wurden zur Katamnese-Erhebung auch die Eltern angeschrieben, was in der Kontrollgruppe die zweite Erhebung darstellte.

Es stellte sich heraus, dass es sehr schwierig war, die Eltern zu erreichen. Anders als bei den Patienten/-innen konnte bei vielen kein persönlicher Kontakt hergestellt werden, sondern nur per Brief oder über die Patienten/-innen. In der Kontrollgruppe sind daher nicht genügend Eltern-Daten zusammengekommen, so dass von dem ursprünglichen Studiendesign abgewichen wurde und nur die Daten der Eltern der Treatmentgruppe ausgewertet wurden. Ein Vergleich der Eltern, die am Treatment-Angebot teilnahmen, und derer, die aus den verschiedensten Gründen nicht teilgenommen haben, ist also nicht möglich gewesen.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS 22.0. Auf die statistische Durchführung und Wahl der Methode wird in den jeweiligen Auswertungskapiteln genauer eingegangen werden. Generell kann aber schon an dieser Stelle gesagt werden, dass, soweit nicht anders beschrieben, in der Auswertung das Signifikanz-Niveau auf die allgemein üblichen 5% festgelegt und in den Tabellen zunächst zweiseitig (p_{2t}) berichtet wird.

Einschluss

Untersucht wurden alle Patientinnen und Patienten der Klinik Lüneburger Heide mit der Diagnose einer Essstörung (ICD-10 F50.00-50.9), die in dem untersuchten Zeitraum an der Eltern-Kind-Intensivtherapiewoche teilgenommen haben und in die Teilnahme an der Studie einwilligten. Zudem wurden auch Daten der jeweiligen an der Therapiewoche teilnehmenden Eltern(-teile) erhoben (s. Abbildung 4.2).

Für die Vergleichsgruppe wurden die Daten von Patientinnen und Patienten mit einer Essstörung (ICD-10 F50.00-50.9) aus derselben Klinik, die nicht an der Therapiewoche teilgenommen haben, erhoben. Der ursprünglich geplante Einschluss der Eltern dieser Patienten/-innen der Kontrollgruppe (vgl. Kap. 4.1) war nicht realisierbar, da nicht hinreichend viele Eltern in der kurzen Zeit des Hinbringens, Abholens oder eines Familiengesprächs zu motivieren waren, an der Studie teilzunehmen.

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Beschreibung der Teilnehmenden

An der Untersuchung teilgenommen haben insgesamt 278 Patientinnen und Patienten. Von diesen gehören 66,5% (185) der Treatmentgruppe und 33,5% (93) der Kontrollgruppe (stationäre Behandlung in der Klinik ohne das zusätzliche Treatment) an (Tabelle 4.10). Die Stichprobengröße variiert sehr von Erhebung zu Erhebung. Die erste Erhebung hat die Treatmentgruppe teilweise erst unmittelbar vor der Eltern-Kind-Therapiewoche bekommen, so dass diese mit der T1-Erhebung (vor dem Treatment) zusammenfiel. Ein Teil der Fragebogen-Daten (SCI-90-R und EDI-2) konnte für den Aufnahme- und Entlassungs-Zeitpunkt aus den internen Klinik-Erhebungen, die zu therapeutischen Zwecken durchgeführt wurden, übernommen werden. Zur zweiten Erhebung, unmittelbar nach der Eltern-Intensiv-Therapiewoche, lag die Studienbeteiligung der Treatmentgruppe noch bei über 87%. Bei Entlassung nahmen noch 73,5% der Patienten/-innen aus der Treatmentgruppe und 76,3% aus der Kontrollgruppe an der Untersuchung teil. SCL-90R und EDI-2-Daten konnten von 26 der Patienten/-innen bzw. von 20 in der Kontrollgruppe wieder aus der Klinik übernommen werden, so dass diese beiden wichtigen klinischen Fragebögen insgesamt von fast 88% in der Treatmentgruppe und von nahezu allen Patienten/-innen in der Kontrollgruppe vorhanden sind.

Tabelle 4.10: Studienbeteiligung zu allen Erhebungszeitpunkten.

	Treatmentgruppe			Kontrollgruppe	
	Patienten (n = 185)	Mütter (n = 168)	Väter (n = 118)	Patienten (n = 93)	
T0 bei Aufnahme	60 32,4%	-- --	-- --	91 97,8%	
Sci-90-R	141 76,2%	-- --	-- --	92 98,9%	
EDI-2	158 85,4%	-- --	-- --	93 100%	
T1 Prä	163 88,1%	168 100%	118 100%	-- --	
T2 Post	161 87,0%	158 94,0%	112 94,9%	-- --	
T3 Entlassung	136 73,5%	-- --	-- --	71 76,3%	
Sci-90-R	162 87,6%	-- --	-- --	90 96,8%	
EDI-2	162 87,6%	-- --	-- --	91 97,8%	
T4 Katamnese	42 22,7%	39 23,2%	26 22,0%	23 24,7%	

Der Katamnese-Rücklauf ist mit nicht ganz 23% bzw. fast 25% in der Kontrollgruppe sehr gering und war auch während der laufenden Studie durch Erinnerungen und gesonderte Anschreiben nicht zu erhöhen. Eine genaue Untersuchung der Katamnese-Stichprobe und der Drop-outs in Kapitel 5.3.2 gibt

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Hinweise auf mögliche (Nicht-) Teilnahme-Gründe.

Von den Eltern liegen Daten von insgesamt 306 Müttern und Vätern vor. Davon gehören aber nur 20 Eltern in die Kontrollgruppe. Es war, wie bereits erwähnt, nicht möglich, mehr Eltern der nicht am Treatment teilnehmenden Patienten/-innen zu rekrutieren (s.a. Diskussionsteil). Diese Anzahl der Eltern der Kontrollgruppe ist für die Auswertung zu klein. Daher werden in dieser Arbeit nur die Ergebnisse von den 286 Eltern berichtet, die an der Therapiewoche teilnahmen. Von diesen 286 Eltern waren 58,7% Mütter und 41,3% Väter. Zur zweiten Erhebung, unmittelbar nach dem Treatment, nahmen fast alle Eltern der Treatmentgruppe teil (94 bzw. 95%). Der Katamnese-Rücklauf der Eltern ist mit knappen 23% ähnlich gering wie bei den Patientinnen und Patienten.

Alter und Geschlecht

In der Treatmentgruppe sind die Patienten/-innen mit einem durchschnittlichen Alter von 18 Jahren deutlich jünger ($t(276) = -4.17, p < .001$) als in der Kontrollgruppe mit durchschnittlich 22 Jahren. Die ältesten Patientinnen der Treatmentgruppe sind Anfang 30, während in der Kontrollgruppe einige über 40 bis sogar 57 Jahre alt sind. In Konsequenz wird das Alter der Patientinnen in der Auswertung der Outcome-Unterschiede (Kap. 5.3) als Kontrollvariable einbezogen. In den Abbildung 4.3 und Abbildung 4.4 ist die Altersverteilung pro Untersuchungsgruppe aufgezeigt. Es wird deutlich, dass das Altersgipfel in der Treatmentgruppe bei 15 Jahren liegt, gefolgt von 17 Jahren. Die Kontrollgruppe hat ihr Altersgipfel zwischen 18 und 22 Jahren. Vereinzelt Teilnehmer/-innen liegen mit ihrem Alter deutlich über 30 Jahren.

Die Geschlechterverteilung entspricht der Störungsinzidenz. Insgesamt haben an der Studie nur fünf männliche Patienten teilgenommen, von denen sich keiner für die Eltern-Kind-Therapiewoche entschieden hat⁴.

⁴ Im Folgenden wird daher von der Treatmentgruppe nur noch in der weiblichen Form gesprochen.

4.4 Durchführung und Teilnehmende

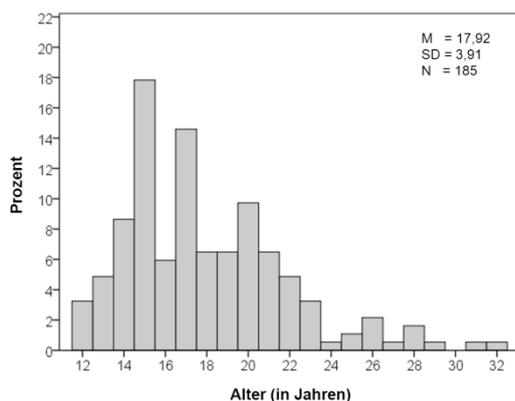


Abbildung 4.3: Altersverteilung der Patientinnen der Treatmentgruppe.

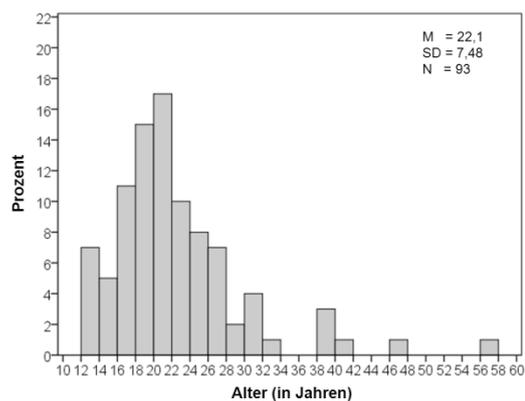


Abbildung 4.4: Altersverteilung der Patienten/-innen der Kontrollgruppe.

Familienstand

Der überwiegende Teil (über 88%) der Patientenstichprobe ist zum Zeitpunkt der Untersuchung ledig (Tabelle 4.11). Verheiratet sind fünf Patientinnen der Treatmentgruppe und sechs der Kontrollgruppe. Der Rest (9,2% / 5,4%) machte keine Angaben zum Familienstand. Die hohe Anzahl unverheirateter Patientinnen und Patienten erklärt sich zum Teil durch das junge Alter und der durch die Krankheit eher verzögerten Entwicklung und Ablösung vom Elternhaus (siehe Kap. 2.1). Dies zeigt sich auch im Beziehungsstatus. Die meisten Patientinnen und Patienten leben derzeit nicht in fester Partnerschaft (83,2% / 66,7%). Lediglich knappe 11% der Patientinnen aus der Treatmentgruppe und mit 31% deutlich mehr Patienten/-innen der Kontrollgruppe leben in fester Partnerschaft. Auch dies hängt wahrscheinlich mit dem höheren Durchschnittsalter der Kontrollgruppe zusammen. Dabei haben sich fast 6% der Treatmentgruppe den Angaben zum Beziehungsstatus entzogen. In diesem Merkmal des Beziehungsstatus unterscheiden sich die Gruppen signifikant voneinander.

Tabelle 4.11: Beziehungsstatus der Patienten/-innen beider Untersuchungsgruppen.

	Patientinnen der Treatmentgruppe (n = 185)		Patienten/-innen der Kontrollgruppe (n = 93)	
Familienstand				
ledig	163	(88,1%)	82	(88,2%)
verheiratet	5	(2,7%)	6	(6,5%)
keine Angaben	17	(9,2%)	5	(5,4%)
Partnerschaft				
in Partnerschaft lebend	20	(10,8%)	29	(31,2%)
nicht in Partnerschaft lebend	154	(83,2%)	62	(66,7%)
keine Angaben	11	(5,9%)	2	(2,2%)

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Nationalität, Religionszugehörigkeit und Wohnsituationen

Tabelle 4.12 zeigt weitere wichtige Charakteristika der Patientinnen und Patienten. Auch hier sind sich die beiden Untersuchungsgruppen relativ ähnlich. Bis auf wenige Ausnahmen, sind alle Patienten/-innen der Stichprobe deutscher Nationalität (fast 94%). Von den Patientinnen, die keine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, sind vier bzw. in der Kontrollgruppe drei luxemburgischer, drei bzw. eine österreichischer Nationalität und eine Patientin der Kontrollgruppe hat die kanadische Staatsbürgerschaft.

Die Mehrheit der Studienteilnehmer hat den evangelischen Glauben (57% bzw. 54%). Der römisch-katholischen Kirche gehören in beiden Untersuchungsgruppen nur etwas über 20% an. Zwei Patientinnen der Treatmentgruppe sind frei christlich, zwei der Kontrollgruppe muslimisch und eine gehört der agnostischen Glaubensrichtung an und 14% bzw. 20% sind konfessionslos.

In beiden Untersuchungsgruppen sind nahe 14% der Patientinnen und Patienten Einzelkinder. Die meisten haben aber mit knapp 45% in der Treatmentgruppe bzw. knapp 39% in der Kontrollgruppe ein Geschwister, gefolgt von Patienten/-innen mit zwei Geschwistern (~ 20%). Drei Geschwister haben nur noch fast 10% bzw. 15% der Studienteilnehmerinnen und mehr als drei Geschwister kommen noch zu 7% in der Treatmentgruppe und zu immerhin fast 11% in der Vergleichsgruppe vor.

Der überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten wohnt derzeit bei beiden leiblichen Eltern (57% / 32%). Bei einem leiblichen Elternteil, meist der Mutter, leben ca. 20% der Patientinnen der Treatmentgruppe und ca. 14% der Kontrollgruppe. Letztere hat prozentual mehr in (therapeutischen) Wohngemeinschaften lebende Patienten/-innen. Die Anzahl allein lebender Patientinnen liegt in der Treatmentgruppe bei 4% und in der Kontrollgruppe bei 15%. Unter den Angaben zu „Sonstiges“ fanden sich u.a. „bei Verwandtschaft lebend“, „zurzeit Wohnungslos“, und einige Patientinnen gaben an, nur in der Klinik zu leben.

Die überwiegende Zeit der Kindheit verbracht haben die meisten Patienten/-innen bei beiden Eltern (nahe 80%). Knapp 12% bzw. 17% in der Vergleichsgruppe sind überwiegend bei der alleinerziehenden Mutter aufgewachsen. Eine Patientin in

4.4 Durchführung und Teilnehmende

jeder Gruppe ist in einer Stieffamilie groß geworden und eine Patientin der Treatmentgruppe bei ihrer Großmutter mütterlicherseits.

Tabelle 4.12: Soziodemographische Merkmale der Patienten/-innen.

	Patientinnen der Treatmentgruppe (n = 185)	Patienten/-innen der Kontrollgruppe (n = 93)
Nationalität		
deutsch	173 (93,5%)	86 (92,5%)
andere	7 (3,8%)	5 (5,4%)
keine Angaben	5 (2,7%)	2 (2,2%)
Religion		
evangelisch	105 (56,8%)	50 (53,8%)
römisch-katholisch	44 (23,8%)	19 (20,4%)
andere	2 (1,1%)	3 (3,2%)
konfessionslos	26 (14,1%)	19 (20,4%)
keine Angaben	8 (4,3%)	2 (2,2%)
Geschwister		
Einzelkind	27 (14,6%)	13 (14,0%)
1 Geschwister	83 (44,9%)	36 (38,7%)
2 Geschwister	39 (21,1%)	18 (19,4%)
3 Geschwister	18 (9,7%)	14 (15,1%)
mehr als 3 Geschwister	13 (7,0%)	10 (10,8%)
keine Angabe	5 (2,7%)	2 (2,2%)
Wohnsituation		
bei beiden leiblichen Eltern	105 (56,8%)	30 (32,3%)
bei leiblicher Mutter	33 (17,8%)	10 (10,8%)
bei leiblichen Vater	6 (3,2%)	3 (3,2%)
in Pflegefamilie	--	--
in Adoptivfamilie	--	--
allein	7 (3,8%)	14 (15,1%)
in einer Wohngemeinschaft	20 (10,8%)	18 (19,4%)
mit Partner(in)	1 (0,5%)	14 (15,1%)
Sonstiges	7 (3,8%)	1 (1,1%)
keine Angabe	6 (3,2%)	3 (3,2%)
überwiegend aufgewachsen bei		
beiden Eltern	155 (83,8%)	71 (76,3%)
alleinerziehender Mutter	23 (12,4%)	16 (17,2%)
alleinerziehendem Vater	--	2 (2,2%)
in Stieffamilie	1 (0,5%)	1 (1,1%)
in Adoptiv-/Pflegefamilie	--	--
Anderes	1 (0,5%)	--
keine Angabe.	5 (2,7%)	3 (3,2%)

Bildung und Beschäftigung

In der Treatmentgruppe geht der überwiegende Teil der Patientinnen noch zur Schule, hat die Hochschulreife oder den Realschulabschluss erworben (Tabelle 4.13). Von den Patienten/-innen der Kontrollgruppe geht nur noch etwas mehr als ein Viertel zur Schule. Die meisten haben auch hier die Hochschulreife oder den

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Realschulabschluss. Die fehlenden Angaben in der Frage nach dem höchsten Abschluss gehen auf Schüler/-innen zurück.

Einen beruflichen Abschluss haben die wenigsten. In der Treatmentgruppe haben ca. 32% der Patientinnen keine abgeschlossene Berufsausbildung, 16% befinden sich derzeit in einer Berufsausbildung, gerade mal 6% haben bereits eine Lehre abgeschlossen und 2% haben einen Fach- bzw. 4% einen Hochschulabschluss. Allerdings machten fast 40% der Patientinnen keine Angaben zu dieser Rubrik, was darauf hindeuten kann, dass diese noch keinen Berufsabschluss haben und noch nicht in Ausbildung sind, weil sie noch Schülerinnen sind. Aber auch in der „älteren“ Kohorte der Vergleichsgruppe machen 18% keine Angaben zur beruflichen Ausbildung. In einer beruflichen Ausbildung sind fast 22% und 29% haben eine abgeschlossene Lehre, einen Fach- oder Hochschulabschluss. 31% sind ohne einen beruflichen Abschluss.

Tabelle 4.13: Bildung und Beschäftigung der Patienten/-innen beider Untersuchungsgruppen.

	Patientinnen der Treatmentgruppe		Patienten/-innen der Kontrollgruppe	
	(n = 185)		(n = 93)	
Höchster Schulabschluss				
noch Schüler(in)	93	(50,3%)	25	(26,9%)
Sonderschulabschluss	--	--	--	--
Hauptschulabschluss	2	(1,1%)	8	(8,6%)
Realschulabschluss	35	(18,9%)	14	(15,1%)
Abitur	47	(25,4%)	41	(44,1%)
sonstiger Abschluss	--	--	--	--
keinen Abschluss	3	(1,6%)	2	(2,2%)
keine Angaben	5	(2,7%)	3	(3,2%)
Höchster Berufsabschluss				
noch in Ausbildung	30	(16,2%)	20	(21,5%)
Lehre	11	(5,9%)	16	(17,2%)
Fachhochschulabschluss	3	(1,6%)	7	(7,5%)
Hochschulabschluss	7	(3,8%)	4	(4,3%)
ohne Abschluss	60	(32,4%)	29	(31,2%)
sonstiger Abschluss	1	(0,5%)	--	--
keine Angaben	73	(39,5%)	17	(18,3%)
Derzeitige Berufstätigkeit				
Schüler(in)	114	(61,6%)	32	(34,4%)
Student(in)	29	(15,7%)	22	(23,7%)
Auszubildende(r)/Umschüler(in)	6	(3,2%)	6	(6,5%)
arbeitslos	26	(14,1%)	12	(12,9%)
Arbeiter(in)	--	--	3	(3,2%)
Angestellte(r)	3	(1,6%)	13	(14,0%)
Sonstiges	1	(0,5%)	3	(3,2%)
keine Angaben	6	(3,2%)	2	(2,2%)

Zum Zeitpunkt der Untersuchung berufstätig waren nur knapp 2% der Patientinnen aus der Treatmentgruppe und 14% der Vergleichsgruppe. Annähernd

4.4 Durchführung und Teilnehmende

zwei Drittel der Treatmentgruppe gaben auch hier an, noch Schülerin zu sein, während 16% studieren und 3% Aus- oder Umzubildende sind. 14% der Patientinnen beschreiben sich als arbeitslos. In der Vergleichsgruppe sind etwas mehr als ein Drittel Schülerinnen und Schüler und fast 24% Studierende. Arbeitslos sind mit 13% fast genauso viele Patientinnen.

Der derzeitigen Berufstätigkeit entsprechend sind 69% der Patientinnen aus der Treatmentgruppe und 58% aus der Kontrollgruppe nicht erwerbstätig, wobei viele (23% bzw. 11%) dazu keine Angaben machten (Tabelle 4.14). Vollzeit erwerbstätig sind knapp 5% der Treatmentgruppe im Gegensatz zu 23% in der Kontrollgruppe. Bei der Teilzeiterwerbstätigkeit sind es 3% gegenüber 9% in der Kontrollgruppe.

Tabelle 4.14: Erwerbstätigkeit und Einkommen der Patienten/-innen

	Patientinnen der Treatmentgruppe (n = 185)		Patienten/-innen der Kontrollgruppe (n = 93)	
Erwerbstätigkeit				
Vollzeit	9	(4,9%)	21	(22,6%)
Teilzeit	5	(2,7%)	8	(8,6%)
nicht erwerbstätig	128	(69,2%)	54	(58,1%)
keine Angaben	43	(23,2%)	10	(10,8%)
Haupteinkommen				
durch Arbeit	10	(5,4%)	24	(25,8%)
durch Rente	1	(0,5%)	3	(3,2%)
Unterstützung durch Eltern	110	(59,5%)	41	(44,1%)
BAFöG	1	(0,5%)	3	(3,2%)
Arbeitslosengeld	1	(0,5%)	1	(1,1%)
ALG II	8	(4,3%)	7	(7,5%)
Sonstiges	3	(1,6%)	4	(4,3%)
keine Angaben	51	(27,6%)	10	(10,8%)

Das Haupteinkommen wird erwartungsgemäß größtenteils nicht selbst erwirtschaftet, sondern bei fast 60% bzw. 44% in der Vergleichsgruppe durch die Eltern bestritten. Hier fehlen viele Angaben (28% / 11%). Einkommen durch eigene Arbeit haben 5% in der Treatmentgruppe gegenüber 26% in der Kontrollgruppe. Arbeitslosengeld II bekommen knapp 4% der Treatmentgruppe und 8% der Vergleichsgruppe. Bei Einzelnen bestehen auch Einnahmen durch Rente, Bafög oder Arbeitslosengeld oder, wie es unter „Sonstiges“ angegeben wurde, Jugendhilfe, Krankengeld oder aber auch Ersparnisse.

4.4 Durchführung und Teilnehmende

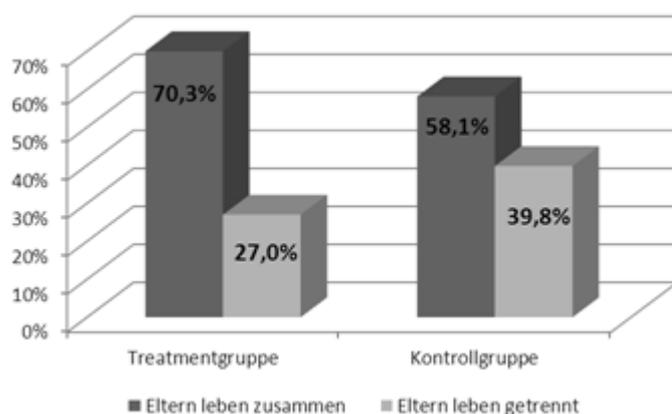


Abbildung 4.5: Eltern zusammen oder getrennt lebend. 5 Pat. in der TG und 2 in der KG haben dazu keine Angaben gemacht.

Die meisten Eltern der Patientinnen und Patienten leben zusammen, 70% bzw. 58% in der Kontrollgruppe (Abbildung 4.5). Getrennt lebende Eltern haben in der Treatmentgruppe 27% der Patientinnen und in der Kontrollgruppe knapp 40%. Einen verstorbenen Elternteil haben in der Treatmentgruppe zwei Patientinnen, eine Mutter und ein Vater und in der Kontrollgruppe sind 11 (11,8%) Väter und in einem Fall beide Eltern verstorben.

Die Eltern

Die Eltern haben zu 73% beide an der Therapiewoche teilgenommen; in 27% der Fälle hat ein Elternteil alleine teilgenommen (Abbildung 4.6).

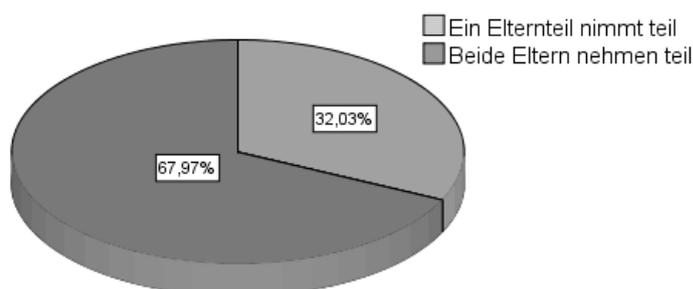


Abbildung 4.6: Teilnahme der Eltern an der Therapiewoche.

Die Eltern der Treatmentgruppe waren zwischen 37 und 76 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Väter lag mit 50,6 Jahren signifikant höher als das der Mütter mit 47,9 Jahren (Tabelle 4.15). Fast alle Eltern sind deutscher Nationalität. Nur acht Mütter (5 luxemburgisch und 3 österreichisch) und 10 Väter (3 luxemburgisch, 4

4.4 Durchführung und Teilnehmende

österreichisch, 1 italienisch, schweizerisch und US-amerikanisch) gehören einer anderen Nationalität an. Der überwiegende Teil hat den evangelischen Glauben, gefolgt vom katholischen. Andere Glaubensarten sind kaum vertreten, aber fast ein Drittel der Väter und 19% der Mütter sind konfessionslos. Etwas über ein Drittel der Mütter arbeitet in einem einfachen oder mittleren Angestelltenverhältnis, während sich etwas über ein Drittel der Väter in einem höheren Angestellten- oder Beamtenverhältnis befindet. 25% der Mütter und ein Vater sind derzeit Hausfrau/-mann. In Arbeitslosigkeit befinden sich nur zwei Mütter und ein Vater.

Tabelle 4.15: Soziodemographische Merkmale beider Elternteile.

	M (SD)	Treatmentgruppe			
		Mütter (n = 168)		Väter (n = 118)	
Alter*		47,9	(4,7)	50,6	(6,4)
Nationalität					
	Deutsch	160	95,2%	108	91,5%
	andere	8	4,8%	10	8,5%
Religion					
	evangelisch	85	50,6%	46	39,0%
	römisch-katholisch	49	29,2%	33	28,0%
	andere	2	1,2%	1	0,8%
	konfessionslos	32	19,0%	38	32,2%
	keine Angabe	--	--	--	--
Derzeitige Berufstätigkeit					
	Arbeiter	4	2,4%	3	2,5%
	Facharbeiter	4	2,4%	5	4,2%
	einfacher/mittlerer Angestellter/Beamter	60	35,7%	34	28,8%
	höherer Angestellter/Beamter	24	14,3%	41	34,7%
	Selbstständig	20	11,9%	25	21,2%
	Hausfrau/mann	42	25,0%	1	0,8%
	Rentner	1	0,6%	6	5,1%
	Arbeitslos	2	1,2%	1	0,8%
	Sonstiges	6	3,6%	2	1,7%
	keine Angabe	5	3,0%	--	--

* $t(284) = -4.144, p < .05$

Dass nicht alle Eltern der Patientinnen zusammen leben, wurde bereits in Abbildung 4.5 gezeigt. Drei der Mütter und drei der Väter sind unverheiratet, der überwiegende Teil vor allem unter den Vätern ist verheiratet (Tabelle 4.16), aber nicht unbedingt mit der Mutter der/s Patienten/-in. Fast 20% der Mütter und 12% der Väter sind geschieden. Die meisten Eltern leben aber in einer Partnerschaft (73,2% / 88,1%). Am häufigsten haben die Eltern mit über 50% zwei Kinder, gefolgt von einem Kind. Ein Vater hat gar kein leibliches Kind, aber als Stiefvater die Vaterrolle

4.4 Durchführung und Teilnehmende

eingenommen. Ein Elternpaar hat acht Kinder. In einem Haushalt mit dem Elternteil leben in 39% bzw. 36% der Fälle zwei Kinder, gefolgt von einem Kind im Haushalt lebend. Ohne ihre Kinder wohnen 13% der Mütter und 16% der Väter. Mit der Patientin zusammen leben 77% der Mütter und 73% der Väter.

Tabelle 4.16: Familien- und Beziehungsstatus der Eltern.

	Treatmentgruppe			
	Mütter (n = 168)		Väter (n = 118)	
Familienstand				
ledig	3	1,8%	3	2,5%
verheiratet	116	69,0%	96	81,4%
getrennt lebend	9	5,4%	2	1,7%
geschieden	33	19,6%	14	11,9%
verwitwet	--	--	1	0,8%
keine Angabe	7	4,2%	2	1,7%
Partnerschaft				
in Partnerschaft lebend	123	73,2%	104	88,1%
nicht in Partnerschaft lebend	24	14,3%	3	2,5%
keine Angabe	21	12,5%	11	9,3%
Kinder				
0	--	--	1	0,8%
1	36	21,4%	24	20,3%
2	89	53,0%	59	50,0%
3	29	17,3%	23	19,5%
4	13	7,7%	8	6,8%
5	--	--	1	0,8%
8	1	0,6%	1	0,8%
keine Angabe	--	--	1	0,8%
Kinder im Haushalt lebend				
0	22	13,1%	19	16,1%
1	50	29,8%	33	28,0%
2	66	39,3%	42	35,6%
3	19	11,3%	11	9,3%
4	5	3,0%	4	3,4%
keine Angabe	6	3,6%	9	7,6%
Patientin im Haushalt lebend				
ja	130	77,4%	86	72,9%
nein	38	22,6%	32	27,1%

Klinische Merkmale

Die mittlere Aufenthaltsdauer in der Klinik lag bei den Patientinnen der Treatmentgruppe mit 150,4 Tagen (Min: 4; Max: 535) signifikant höher als in der Kontrollgruppe mit 95,4 Tagen (Min: 4; Max: 408) ($t(273) = 4.95, p < .001$).

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer lag in der Treatmentgruppe bei 38,4 Monaten (n = 173; Min: 1; Max: 300) und in der Kontrollgruppe bei 41 Monaten (n = 82; Min: 1; Max: 216). In beiden Gruppen haben einige Patientinnen keine

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Angaben gemacht. Dieser Gruppenunterschied ist nicht signifikant.

Tabelle 4.17 zeigt die ICD-10-Anfangsdiagnosen vergeben durch die Therapeuten der Klinik. Mit 91,4% sind die meisten Patientinnen der Treatmentgruppe an Anorexia nervosa erkrankt. An Bulimia nervosa sind nur 8% erkrankt. In der Kontrollgruppe sind mit 76,3% zwar auch die meisten Patientinnen und Patienten an Anorexia nervosa erkrankt, allerdings sind es deutlich weniger als in der Treatmentgruppe. An Bulimia nervosa erkrankt sind prozentual gesehen (19,4%) mehr als doppelt so viele wie in der Treatmentgruppe. In den Outcome-Vergleichen sollte daher neben dem Alter (s. Abbildung 4.3) und der Aufenthaltsdauer auch überprüft werden, ob die Grunderkrankung kontrolliert werden muss (die insgesamt 5 Patientinnen mit sonstigen Essstörungen müssten dann unberücksichtigt bleiben). Genauere Analysen dazu folgen in Kapitel 5.1.

Tabelle 4.17: ICD-10 Diagnosen aus der Klinikakte pro Untersuchungsgruppe.

	Treatmentgruppe		Kontrollgruppe	
	(n = 185)		(n = 93)	
Essstörungen				
Anorexia nervosa	169	91,4%	71	76,3%
Bulimia nervosa	15	8,1%	18	19,4%
Sonst. Essstörung	1	0,5%	4	4,3%
Andere psych. Diagnosen				
Affektive Störungen	72	38,9%	30	32,3%
Persönlichkeitsstörung	21	11,4%	15	16,1%
Zwangsstörung	10	5,4%	3	3,2%
Ängste und Phobien	10	5,4%	1	1,1%
Belastungs- & Anpassungsstörung	9	4,9%	4	4,3%
AD(H)S	7	3,8%	2	2,2%
andere	40	21,6 %	10	10,8%

Ein hoher Prozentsatz an Patienten/-innen weist außerdem – wie zu erwarten – Komorbiditäten mit anderen F-Diagnosen auf. Dabei kommen in beiden Untersuchungsgruppen am häufigsten *Affektive Störungen* (39% bzw. 32% in der KG) und *Persönlichkeitsstörungen* (11% bzw. 16%) vor. An *Zwangsstörungen* und *Belastungs- und Anpassungsstörungen* leiden in der Treatmentgruppe jeweils ca. 5%. In der Kontrollgruppe sind *Zwangsstörungen* und *Ängste* weniger vertreten. Das *Aufmerksamkeits-Defizitsyndrom* mit oder ohne *Hyperaktivität* (AD(H)S) haben knapp 4% bzw. 2% in der Kontrollgruppe. Neben den F-Diagnosen wurden 170 (Treatmentgruppe) bzw. 77 (Kontrollgruppe) andere Diagnosen vergeben.

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Tabelle 4.18: Vergleich des Body-Mass-Index BMI von Patienten/-innen beider Untersuchungsgruppen (*t*-Test für unabhängig Stichproben). Selbstangaben.

	Treatmentgruppe					Kontrollgruppe					T-Test		Effektstärke
	n	M	(SD)	Min	Max	n	M	(SD)	Min	Max	t	p_{2t}	d_b
BMI_{subj}													
bei Klinikaufnahme	172	15,1	(2,6)	9,4	24,9	89	17,0	(3,5)	10,0	28,8	-4,88	.001	0.60
bisher niedrigster	176	13,9	(2,4)	8,6	28,4	89	14,7	(2,7)	9,7	23,1	-2,4	.017	0.30
bisher höchster	176	20,8	(3,3)	13,8	34,5	90	21,5	(4,1)	15,2	41,0	-1,66	.097	0.20
Wunsch	152	17,3	(1,8)	9,8	21,3	81	17,9	(2,1)	11,0	23,4	-2,27	.024	0.30
max. akzeptierter	165	18,2	(1,5)	13,1	23,4	85	18,9	(1,9)	13,8	24,0	-2,85	.005	0.36

In Tabelle 4.18 zeigt die über Selbstangaben erhobenen Body-Mass-Index-Werte. Bei Klinikaufnahme wogen die Patientinnen der Treatmentgruppe mit einem mittleren BMI_{subj} von 15,1 signifikant weniger als die der Kontrollgruppe mit 17. Der bisher niedrigste BMI_{subj} bei jetziger Körpergröße liegt in beiden Untersuchungsgruppen im Mittel bei ungefähr 14, allerdings liegt das Minimum in der Treatmentgruppe mit BMI_{subj} 8,6 so niedrig, dass anzunehmen ist, dass eine Patientin hier ein zu niedriges Körpergewicht angegeben oder evtl. die Instruktion („bei gleicher Körpergröße“) nicht beachtet hat. Der Wunsch-BMI und der maximal akzeptierte BMI sind zu Beginn des stationären Aufenthaltes in beiden Gruppen ähnlich (17,3 bzw. 17,9 und 18,2 bzw. 18,9). In wieweit das Wunsch-Gewicht erreicht werden konnte, wird in den Tabelle 4.19 und Tabelle 4.20 gezeigt. In beiden Gruppen wurde zu 68% (bzw. in der größeren Stichprobe, mit dem objektiven BMI, sogar zu 80%, siehe Tabelle 4.20) das Wunschgewicht überschritten, was als ein gutes Zeichen angesehen werden sollte, weil der mittlere gewünschte BMI mit 16,8 noch innerhalb der Anorexie-Grenze liegt und sogar BMIs von 12,4 als Wunschgewicht angegeben wurden. Die Frage nach dem Wunschgewicht wurde zu Beginn der Behandlung gestellt, also zu einem Zeitpunkt, als die Krankheit noch sehr ausgeprägt war. Zum Entlassungszeitpunkt wurde das Wunsch-Gewicht nicht noch einmal erfragt. Es ist aber anzunehmen, dass die Patienten/-innen gelernt haben, einen höheren BMI zu akzeptieren, da sich die restliche Symptomatik auch zurückgebildet hat (s. Kap. 5.3.1). Ihren Wunsch-BMI nicht erreicht haben ca. 27% bzw. 20% in der Treatmentgruppe in der größeren Stichprobe mit objektiven Entlassungs-BMI (Tabelle 4.20). Ein geringer Anteil schaffte es, genau das Wunsch-Gewicht zu erreichen.

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Tabelle 4.19: Subjektive BMI-Angaben: Differenz des Wunsch-BMI_{subj} zu Beginn der Behandlung und Entlassungs-BMI_{subj}. Hierzu wurden die Differenzen in die drei Kategorien „Wunschgewicht erreicht, nicht erreicht und Überschritten“ eingeteilt.

Subjektive Angaben	Treatmentgruppe (n = 70)						Kontrollgruppe (n = 54)					
	n	%	M	(SD)	Min	Max	n	%	M	(SD)	Min	Max
Wunschgewicht genau erreicht	3	4,3	17,6	(1,4)	16,0	18,6	3	5,6	18,2	(2,0)	15,9	19,8
Wunschgewicht überschritten	48	68,6	16,8	(1,7)	12,4	21,3	37	68,5	17,8	(1,8)	12,7	22,2
Wunschgewicht nicht erreicht	19	27,1	18,1	(0,8)	19,2	18,1	14	25,9	18,6	(1,7)	16,0	23,1

Tabelle 4.20: Objektive Entlassungs-BMI: Differenz des Wunsch-BMI_{subj} zu Beginn der Behandlung und Entlassungs-BMI_{obj}. Hierzu wurden die Differenzen in die drei Kategorien „Wunschgewicht erreicht, nicht erreicht und Überschritten“ eingeteilt.

Entlassungs-BMI aus der Akte	Treatmentgruppe (n = 70)						Kontrollgruppe (n = 54)					
	n	%	M	(SD)	Min	Max	n	%	M	(SD)	Min	Max
Wunschgewicht genau erreicht	--	--	--	--	--	--	2	2,5	19,0	(1,1)	18,3	19,8
Wunschgewicht überschritten	123	80,9	17,1	(1,9)	9,8	21,3	55	69,6	17,5	(2,2)	11,0	23,4
Wunschgewicht nicht erreicht	29	19,1	18,0	(0,9)	15,8	19,7	22	27,8	18,5	(1,5)	15,9	23,1

Unter den Eltern der Patientinnen der Treatmentgruppe sind die Väter im Mittel übergewichtig (BMI >25), während der mittlere Body-Mass-Index der Mütter im Normbereich (23,7) liegt, wobei vereinzelte Minimum-Werte im Untergewichtsbereich liegen (Tabelle 4.21). Auch das Wunschgewicht und das maximal akzeptierte Gewicht sind bei den Vätern höher als bei den Müttern, was aber als ein gesellschaftliches Phänomen gelten darf, da Frauen immer noch stärker einem schlanken Schönheitsideal unterliegen als Männer.

Tabelle 4.21: Vergleich des Body-Mass-Index BMI von Eltern der Treatmentgruppe. Selbstangaben. Keine Signifikanzen.

BMI	Mütter					Väter				
	n	M	(SD)	Min	Max	n	M	(SD)	Min	Max
vor dem Treatment	163	23,7	(3,6)	18,3	35,4	115	25,9	(3,3)	20,1	38,1
bisher niedrigster	164	20,1	(2,0)	15,6	25,4	104	22,7	(2,2)	16,7	29,4
bisher höchster	164	25,7	(5,1)	18,7	61,9	110	27,5	(3,9)	20,8	41,4
Wunsch	146	22,7	(3,7)	18,8	56,8	106	24,5	(2,1)	20,3	31,2
max. akzeptierter	150	24,4	(4,1)	19,4	60,0	106	26,3	(2,6)	20,1	38,1

Ein wichtiges Merkmal bei Essstörungen ist das Ausbleiben der Regelblutung. Viel Patientinnen haben hierzu keine Angaben gemacht. Die erste Regelblutung bekamen die Patientinnen in der Treatmentgruppe im Durchschnitt mit 12,7 Jahren (Min: 10; Max: 17) und in der Kontrollgruppe mit durchschnittlich 13,2

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Jahren (Min: 10; Max: 17). Die Regel trotz Jugendalter noch nie gehabt haben sechs (5%) Patientinnen der Treatmentgruppe und drei (4%) der Kontrollgruppe (Tabelle 4.22). Viele Patientinnen beantworteten diese – recht persönliche – Frage allerdings nicht.

Tabelle 4.22: Beginn der Regelblutungen der Patientinnen beider Gruppen.

Wie alt waren Sie, als Sie ihre Regelblutung bekamen?	Treatmentgruppe (n = 120)		Kontrollgruppe (n = 72)	
noch nie gehabt	6	5%	3	4,2%
10 Jahre	1	0,8%	1	1,4%
11 Jahre	10	8,3%	2	2,8%
12 Jahre	23	19,2%	19	26,4%
13 Jahre	30	25%	11	15,3%
14 Jahre	8	6,7%	14	19,4%
15 Jahre	8	6,7%	6	8,3%
16 Jahre	2	1,7%	6	8,3%
17 Jahre	1	0,8%	2	2,8%
k.A.	31	25,8%	8	11,1%

Tabelle 4.23: Verlauf der Regelblutungen in den letzten Monaten vor der Entlassung und vor der Katamnese beider Untersuchungsgruppen.

	Treatmentgruppe				Kontrollgruppe				
	Entlassung (n = 120)		Katamnese (n = 42)		Entlassung (n = 72)		Katamnese (n = 23)		
Ist Ihre Regelblutung während der letzten drei bis vier Monate ausgeblieben?									
ja	66	55%	19	45,2%	39	54,2%	13	56,5%	
nein	21	17,5%	18	42,9%	25	34,7%	9	39,1%	
k.A.	33	27,5%	5	11,9%	8	11,1%	1	4,3%	
Wann hatten Sie das letzte Mal ihre Regelblutung?									
innerhalb der letzten 4 Wochen	21	17,5%	17	40,5%	26	36,1%	10	43,5%	
innerhalb der letzten 8 Wochen	2	1,7%	3	7,1%	4	5,6%	3	13%	
innerhalb der letzten 3 Monate	3	2,5%	1	2,4%	3	4,2%	3	13%	
innerhalb des letzten Jahres	15	12,5%	2	4,8%	11	15,3%	--	--	
seit über einen Jahr nicht	39	32,5%	13	31%	18	25%	6	26,1%	
k.A.	40	33,3%	6	14,3%	10	13,9%	1	4,3%	
Haben Sie die Pille eingenommen?									
ja	23	19,2%	12	28,6%	29	40,3%	7	30,4%	
nein	64	53,3%	27	64,3%	37	51,4%	15	65,2%	
k.A.	33	27,5%	3	7,1%	6	8,3%	1	4,3%	

Ausgeblieben ist die Regelblutung die letzten drei Monate vor der Entlassung in beiden Gruppen bei über der Hälfte der Patientinnen, hier fehlen ebenfalls sehr viele Angaben (Tabelle 4.23)

4.4 Durchführung und Teilnehmende

Auch in den letzten drei Monaten vor der Katamnese ist die Regel bei ca. der Hälfte der Patientinnen, die teilgenommen haben, ausgeblieben. Da der Katamnese-Rücklauf klein ist, lassen sich daraus keine Schlüsse ziehen. Ähnlich ist es bei den Angaben zur letzten Regelblutung. Diese liegt bei Entlassung und Katamnese in der Treatmentgruppe bei ca. 32% über ein Jahr zurück. 36% der Kontrollgruppe haben ihre Menstruation innerhalb der letzten vier Wochen gehabt, in der Treatmentgruppe sind es nur 17%. Auch die Frage, ob die Pille eingenommen wird oder nicht, ist von vielen nicht beantwortet worden. Von denen, die die Frage beantwortet haben, verneinte der überwiegende Teil.

Vorbehandlungen

Deutlich über die Hälfte der Patientinnen und Patienten haben vor dem jetzigen stationären Aufenthalt schon andere ambulante und stationäre Behandlungen erhalten (Tabelle 4.24). Lediglich 15,1% bzw. 16,1% in der Kontrollgruppe haben keinerlei Vorbehandlungen wegen der Essstörung. In ambulanter Psychotherapie vor dem Klinikaufenthalt befanden sich wegen der Essstörung 17% bzw. 19% in der Kontrollgruppe. Einen früheren stationären Aufenthalt zur Behandlung der Essstörung hatten 9% der Treatmentgruppe und mit 13% anteilig etwas mehr Patientinnen der Kontrollgruppe.

Tabelle 4.24: Angefangene oder abgeschlossene Behandlungen vor dem stationären Aufenthalt. Vergleich der Untersuchungsgruppen.

Vorbehandlungen	Treatmentgruppe (n = 185)		Kontrollgruppe (n=93)	
Wegen der Essstörung				
Nein	28	15,1%	15	16,1%
in ambulanter	32	17,3%	18	19,4%
in stationärer	17	9,2%	12	12,9%
in ambulanter u. stationärer	103	55,7%	45	48,4%
k.A.	5	2,7%	3	3,2%
Wegen anderer seelischer Beschwerden				
Nein	139	75,1%	67	72%
in ambulanter	21	11,4%	18	19,4%
in stationärer	6	3,2%	2	2,2%
in ambulanter u. stationärer	12	6,5%	4	4,3%
k.A.	7	3,8%	2	2,2%

Vorbehandlungen wegen anderer seelischer Störungen haben deutlich weniger Patientinnen (Tabelle 4.24). 75% aus der Treatmentgruppe und 72% aus

4.4 Durchführung und Teilnehmende

der Kontrollgruppe gaben an, bisher keine Behandlungen wegen anderer Störungen erhalten zu haben. Deutlich mehr Patientinnen der Kontrollgruppe waren zuvor wegen anderer Störungen in ambulanter Therapie (11,4% /19,4%). Eine stationäre oder ambulante und stationäre Vorbehandlung wegen anderer Störungen hatten mit 2-6% nur sehr wenige Patientinnen.

Nichtteilnahme am Treatment

In der Kontrollgruppe wurden die Gründe für die Nichtteilnahme an der frei wählbaren Eltern-Kind-Therapiewoche erhoben. Hierzu wurden neun Gründe vorformuliert und weitere in einer offenen Frage erfasst. Die Angaben der Patienten/-innen sind in Tabelle 4.25 zusammengefasst. Am häufigsten wurde die freie Antwortmöglichkeit (27%) genutzt. Hier wurden von den Patientinnen vor allem genannt: *sich noch nicht mit einer Teilnahme beschäftigt zu haben, vor über einem Jahr schon einmal teilgenommen zu haben und finanzielle Gründe bei den Eltern*. Von den vorformulierten Items wurden vor allem *berufliche Gründe* (21%), gefolgt von *es mir nicht sinnvoll erschien* mit knapp 20% und *weil die Eltern getrennt /geschieden leben* (15,5%) bzw. 14% *fahrtechnische Gründe* der Eltern genannt. Am wenigsten wurde als Grund für die Nichtteilnahme der Eltern angegeben, dass *er (sie) kein Interesse hat oder davon überzeugt ist (sind), mit der Erkrankung nicht zu tun zu haben* (8%).

Tabelle 4.25: Gründe für die Nichtteilnahme am Treatment. Angaben durch die Patienten/-innen der Kontrollgruppe. Mehrfachantwort möglich.

Eltern nehmen nicht am Workshop teil, weil...	Patienten (n=71)	
... sie getrennt/geschieden leben	11	15,5%
... er (sie) kein Interesse hatte	7	9,9%
... er (sie) Angst hatte, dass ihm (ihnen) Vorwürfe gemacht werden	9	12,7%
... er (sie) davon überzeugt ist (sind), mit der Erkrankung nichts zu tun zu haben	7	9,9%
... ihn (sie) das zu sehr belastet	8	11,3%
... es beruflich nicht ging	15	21,1%
... es aus familiären Gründen nicht ging	8	11,3%
... es mir nicht als sinnvoll erschien	14	19,7%
... es aus fahrtechnischen Gründen nicht ging	10	14,1%
... sonstiges	19	26,8%

Von den Patientinnen, die sich für das Treatment entschieden haben, haben 141 Angaben zur Teilnahme ihrer Eltern gemacht (Tabelle 4.26). Demnach haben in

4.4 Durchführung und Teilnehmende

61% der Fälle beide Elternteile, in 29,8% nur Mütter und in 8,5% nur Väter an der Therapiewoche teilgenommen. Außerdem hat ein Stiefvater teilgenommen. Von den Eltern haben 77 Angaben zur Teilnahme gemacht (Tabelle 4.26). Als Gründe für die Nichtteilnahme eines Elternteils wurden auch hier von Patienten/-innen und Eltern vor allem *berufliche Gründe* (22% bzw. 51% bei den Eltern) und *Trennung/Scheidung* (16% bzw. 42%) genannt. Unter Sonstiges wurden u.a. *Auslandaufenthalt, bereits teilgenommen, finanzielle Gründe, Sprachprobleme* oder *verstorben* angegeben.

Tabelle 4.26: Gründe für die Nichtteilnahme am Treatment eines Elternteils. Angaben durch die Patienten/-innen und Eltern der Treatmentgruppe. Mehrfachantwort möglich.

Ein Elternteil hat nicht am Workshop teilgenommen, weil...	Patienten (n = 141)		Eltern (n = 77)	
...weil sie getrennt/geschieden leben	22	15,6%	32	41,6%
...er/sie kein Interesse hatte	3	2,1%	6	7,8%
...er/sie Angst hatte, dass ihm Vorwürfe gemacht werden	4	2,8%	2	2,6%
...er/sie davon überzeugt ist, mit der Erkrankung nichts zu tun zu haben	3	2,1%	2	2,6%
...ihn/sie das zu sehr belastet	3	2,1%	3	3,9%
...es beruflich nicht ging	31	22,0%	39	50,6%
...es aus familiären Gründen nicht ging	3	2,1%	12	15,6%
...ich (meine Tochter/Sohn) wollte, dass nur er/sie kommt	9	6,4%	13	16,9%
...es mir nicht als sinnvoll erschien	9	6,4%	4	5,2%
...sonstige	5	3,5%	13	16,9%

5. Ergebnisse

Die Ergebnisse werden in drei inhaltlichen Schwerpunkten berichtet. Zunächst werden mögliche Selbstselektionen überprüft („Wer wählt das Treatment?“), da Selbstselektionen die Interpretierbarkeit von Vergleichsanalysen zwischen Treatment- und Kontrollgruppe einschränken können. Der zweite Schwerpunkt geht der Frage nach, was das Treatment bewirkt, während im dritten Schwerpunkt über einen Vergleich mit der Kontrollgruppe auf der Basis der Veränderungen zwischen Aufnahme-Entlassung und Aufnahme-Katamnese der Frage nachgegangen wird, ob bzw. was die hier untersuchten Eltern-Kind-Therapiewochen besser leisten als die bisher gewöhnlich vorgenommene Behandlung.

Bei allen statistischen Analysen wird das Signifikanzniveau (Fehler erster Art) auf 5% festgesetzt und zweiseitig getestet.

5.1 *Wer wählt das Treatment?*

Der Frage, wer das Treatment wählt, wurde zunächst nachgegangen, um zu untersuchen, ob sich durch die in Kapitel 2.2 und 4.1 bereits diskutierte Selbstselektion Konfundierungen ergeben, die die Ergebnisse zu Fragen der Wirksamkeit der Eltern-Kind-Therapiewochen beeinflussen können (**F1**).

Um der Frage nachzugehen, wer sich für das Treatment entscheidet, wurden multinomial logistische Regressionen gerechnet. Unter dem vorwärts-schrittweisen Einbeziehen der vorliegenden Prädiktoren konnten verschiedene mögliche Einflussfaktoren auf die abhängige Variable Gruppe (Treatment vs. Kontrolle) überprüft werden. Die möglichen Prädiktoren wurden vorher in vier Bereiche zusammengefasst: *Bindung an die Familie*, die gegeben ist durch das Alter der Patientinnen (Jüngere sind stärker in der Familie in das Familienleben eingebunden als ältere), und die Essstörungsdiagnose (anorektische Patientinnen neigen dazu das Familienleben zu beschönigen (Reich & Cierpka, 2010a), bulimische Patientinnen bewerten ihre Familie häufig als negativer (Stasch & Reich, 2000)), sowie die aktuelle Wohnsituation (bei den Eltern lebend oder nicht). Einen weiteren Bereich bildet die *Stärke der Essstörung*, welcher den objektiv gemessenen Body-Mass-Index, den Gesamtscore des Fragebogens zur psychischen und psychosomatischen

5.1 Wer wählt das Treatment?

Belastung (SCL-90-R), die Einschätzung des eigenen Gewichtes von „dünn“ bis „dick“, die Erkrankungsdauer sowie die Länge des stationären Aufenthaltes, umfasst. Des Weiteren könnte die *Verfügbarkeit der Familie*, gemessen an der Berufstätigkeit der Eltern und an der Anzahl im Haus lebender Geschwister, eine Rolle spielen. Als vierten Bereich wurde die *Einstellung der Patienten/-innen und Eltern zur Familie* festgelegt. Hierunter fallen das Kritisieren der Figur oder des Aussehens der Patienten/-in durch die Familie in der Kindheit oder Jugend, das Zuschreiben der Krankheitsursache zu der Familie (Krankheitsattributions-Fragebogen AFKA), aber auch, der Familie zu vertrauen, Einfluss auf eine Besserung zu nehmen (AFKA), sowie die Familienfunktionalität insgesamt (Summen-Score der Familienbögen) und dem Autonomie- und Verbundenheitsgefühl in der Familie (Fragebogen Subjektives Familienbild, SFB) eingeschätzt durch die Patientinnen und Patienten. Aus den SFB-Daten wurden für diese Analyse vier Variablen gebildet. Das Verbundenheitsgefühl in der Familie wurde aus den vier Einschätzungen Kind↔Eltern, Eltern↔Kind gemittelt. Das Autonomie-Erleben in der Familie kann nicht auf diese Weise zusammengefasst werden, weil die Einschätzung der Eltern und Kinder komplementär verläuft, also hohes Autonomie-Erleben der Eltern ein geringes für die Patientinnen bedeutet. Daher wurden hier drei Variablen gebildet: Mittelwert aus der erlebten Autonomie vom Kind zur Mutter und zum Vater, Mittelwert aus dem, von den Patienten/-innen eingeschätzte Autonomieerleben der Eltern zum Kind und beide zusammengefasst, indem die Werte der Patienten/-innen von denen der Eltern subtrahiert wurden.

Zunächst wurden für jeden Prädiktor einfaktorielle logistische Regressionen gerechnet (Tabelle 5.1). Dazu wurden ordinal-skalierte Variablen entweder, soweit es möglich war, zu intervall-skalierten umgewandelt oder binär effektcodiert zusammengefasst. Die metrischen Prädiktoren wurden, um die einzelnen Stichprobenwerte vergleichen zu können, durch z-Transformierung standardisiert. Außerdem wurden die beiden Variablen „Aufenthaltslänge“ und „Erkrankungsdauer“ zusätzlich vor der Standardisierung wurzel-transformiert, um die linkssteile Verteilung zu symmetrisieren.

Bei sechs der gewählten möglichen Prädiktoren zeigte sich ein signifikanter Einfluss im Sinne möglicher Selbstselektionen (Tabelle 5.1). Das sind zum einen alle drei Prädiktoren, die die objektive Bindung an die Familie beschreiben, aber auch die

5.1 Wer wählt das Treatment?

Stärke der Essstörung und die Verfügbarkeit der Familie spielen eine Rolle. Aus dem Bereich „Einstellung zur Familie“ zeigten sich keine statistisch bedeutsamen Einflüsse. Das Treatment wurde eher von jüngeren Patientinnen, wenn sie an Anorexia statt Bulimia nervosa erkrankt sind und wenn sie noch bei ihren Eltern leben (s.a. Abbildung 5.1). Außerdem führen ein geringerer Body-Mass-Index (objektives Maß aus der Klinikakte) bei Aufnahme und eine längere Klinik-Aufenthaltsdauer zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, an dem Treatment teilzunehmen. Diese fünf signifikanten Einflussgrößen sind alle erwartungskonform. Je jünger die Patienten/-innen sind, desto mehr sind sie noch in die Familie, das Familienleben eingebunden bzw. wohnen noch bei den Eltern und eine umso größere Rolle spielen die Eltern und Konflikte mit der Ursprungsfamilie. Auch dass die Wahrscheinlichkeit teilzunehmen bei an Anorexie Erkrankten höher ist, ist zu erwarten, weil diese meist ein größeres Interesse an der Familie und am Klären von im Laufe der Behandlung klar gewordenen familiären Konflikten haben, als Bulimie-Erkrankte, die vielleicht eher Abstand zur Familie suchen, weil die Konflikte hier meist sehr exzessiv ausgetragen werden. Dadurch ist auch zu erwarten, dass ein geringes Gewicht, also ein geringer BMI, die Teilnahme-Wahrscheinlichkeit erhöht. Ebenso ist zu erwarten, dass die Länge des Aufenthaltes eine Teilnahme an der Therapiewoche wahrscheinlicher macht.

Der sechste Prädiktor, dessen Einfluss statistisch nachweisbar war, ist die Tatsache, ob Geschwister im Elternhaus leben. Trifft dies zu, nehmen die Familien eher teil. Hier ist da Ergebnis diskonform mit den Erwartungen. Erwartet wird, dass weitere Kinder im Elternhaus zu einem Versorgungs- und Organisationsengpass während der Therapiewoche führen würden und dass viele Familien daher nicht teilnehmen könnten.

Der Anteil an Varianzerklärung der abhängigen Variable Gruppe (Tabelle 5.1) Treatment vs. kein Treatment) durch den jeweiligen Prädiktor, wurde in (als Nagelkerke pseudo- R^2 angegeben, um den gewohnten R^2 -Wertebereich von 0 bis 1 zu erhalten. Die höchste Varianzaufklärung wird in dieser einfaktoriellen Regressionsanalyse mit knapp 17% durch die Länge des Aufenthaltes erreicht.

5.1 Wer wählt das Treatment?

Tabelle 5.1: Einfaktorielle logistische Regressionen für die AV Gruppe.

Prädiktoren		N	p	b	pseudo R ² Nagelkerke	(dis)konform
"Obj. Bindung" an die Familie	Alter	273	.001	-	.154	konf.
	Essstörungen-Diagnose bei den Eltern lebend	273	.005	+	.039	konf.
		263	.001	+	.138	konf.
Stärke der Essstörung	Aufnahme-BMI (objektiv)	270	.001	-	.074	konf.
	Gesamtbeschwerdescore GSI*	229	--			
	Körperschema-Störung**	263	--			
	Erkrankungsdauer (in Monaten)	252	--			
	Aufenthaltsdauer (in Tagen)	269	.001	+	.169	konf.
Verfügbarkeit der Familie	Eltern berufstätig (Ja/nein)	254	--			
	Geschwister im Elternhaus (ja/nein)	218	.030	+	.030	diskonf.
Einstellung der Pat u. Eltern zur Familie	Kritik gegenüber Pat. (Kritik an Figur u. Aussehen, ja/nein)	266	--			
	Kranheitsursachen-Zuschreibung der Familie	144	--			
	Einfluss auf Besserung: durch Familie	144	--			
	Summe der Familienbögen	144	--			
	SFB*** Verbundenheitsgefühl in der Familie	141	--			
	SFB Autonomie Kind	143	--			
	SFB Autonomie Eltern	141	--			
	SFB Autonomiegefühl in der Familie	141	--			

*Gesamtschwere-Score des Fragebogens zur psychischen und psychosomatischen Belastung SCL-90-R

**Item: „Wie empfinden Sie sich zur Zeit?“; 5 stellige Liket-Skala von viel zu dünn bis viel zu dick

***Subjektives Familienbild, Einschätzung durch die Pat. MW aus Beziehungseinschätzung: Verbundenheitsgefühl Kind->Eltern und Eltern->Kind; Autonomie Kind->Mutter und Kind->Vater; MW aus Mutter->Kind und Vater->Kind und Eltern->Kind minus Kind->Eltern.

5.1 Wer wählt das Treatment?

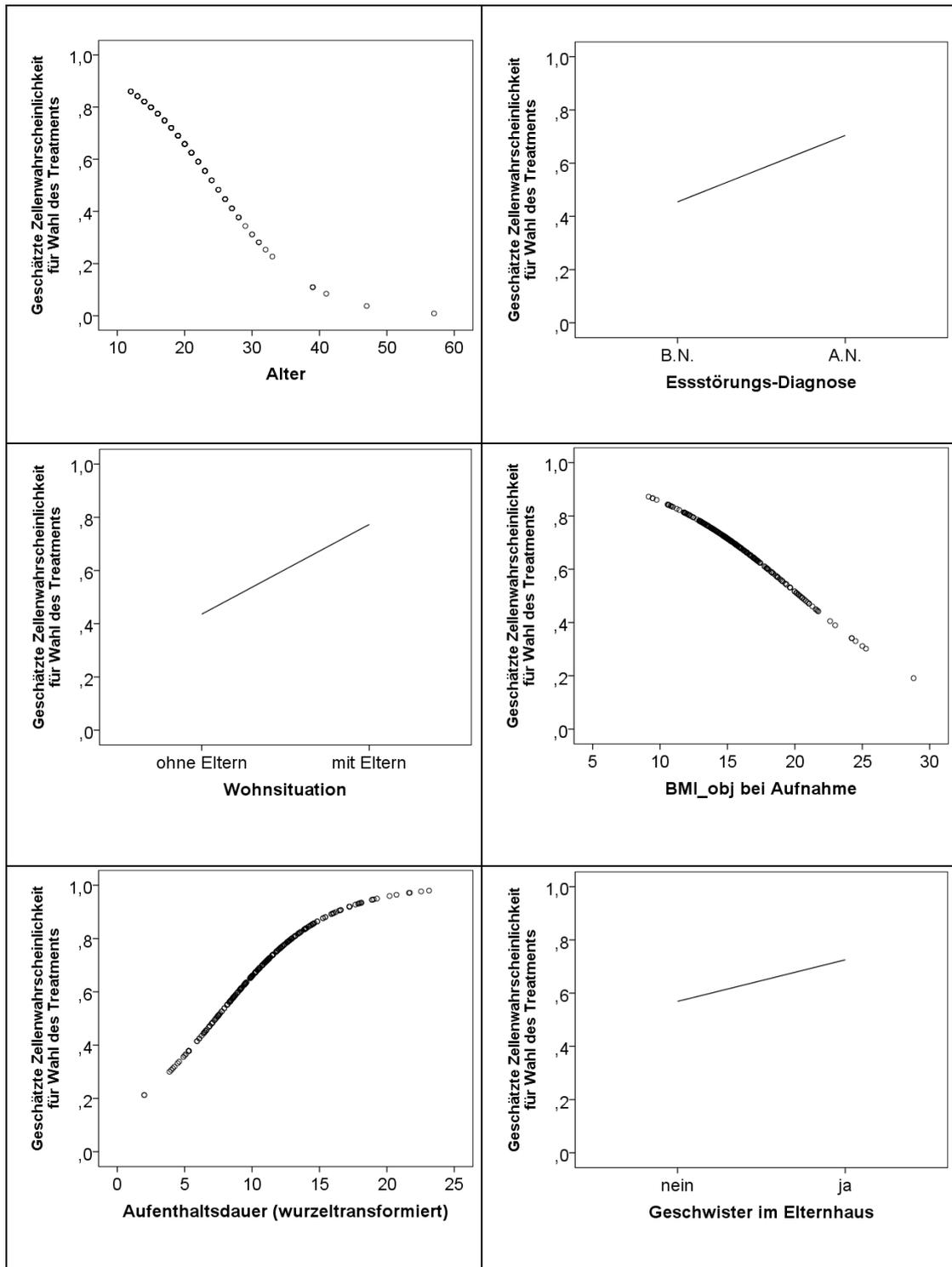


Abbildung 5.1: Graphische Darstellung der sechs signifikanten Prädiktoren aus der einfaktoriellen Regressionsanalyse. Metrische Variablen als Punkte-Diagramm, binäre Variablen als Linien-Diagramm.

Die Ergebnisse der einfaktoriellen logistischen Regressionsanalyse wurden, um Redundanz zu überprüfen bzw. mögliche Redundanz-Probleme zu umgehen, durch eine multifaktorielle Regressionsanalyse (schrittweise Vorwärtsauswahl)

5.1 Wer wählt das Treatment?

überprüft. In diese Analyse gingen nur die sechs signifikant gewordenen Prädiktoren ein, sowie deren Zweifach-Interaktionen⁵. Von diesen bleiben letztendlich noch drei und ein synergetischer Interaktionseffekt als bedeutsame Einflussgrößen übrig. Tabelle 5.2 zeigt das Ergebnis der multifaktoriellen Regression. Immerhin 45,7% der Varianz können durch diese Variablen erklärt werden. Unter Berücksichtigung der Reihenfolge, in der die Prädiktoren in das Modell aufgenommen wurden, bewirkt ein jüngeres Alter, selbst wenn die Wohnsituation (mit oder ohne Eltern), und längere Aufenthaltsdauer, schon aufgenommen wurden, noch eine zusätzliche Motivation zur Teilnahme am Treatment. Außerdem beschreibt der Interaktionseffekt Alter*Aufenthaltsdauer, dass zur Varianzaufklärung bei jüngeren Patientinnen die Länge des Aufenthaltes wichtiger ist. Dies ist damit ein synergetischer Effekt (Abbildung 5.2). Um dieses Ergebnis besser bewerten zu können, werden die Effektkoeffizienten Exp(b) hinzugezogen. Für die Berechnung dieser wurde das Alter invertiert, so dass der Wert des Effektkoeffizienten >1 ist und mit den anderen verglichen werden kann. Die höchste Bedeutung haben demnach die Aufenthaltslänge und das Alter der Patientinnen und Patienten. Mit steigender Aufenthaltslänge ist die Wahrscheinlichkeit, in das Treatment zu gehen, um das 4,1-fache höher und mit zunehmendem Alter wird das Wahrscheinlichkeits-Verhältnis Treatments vs. kein Treatment um das 3,6-fache verringert.

Tabelle 5.2: Multifaktorielle logistische Regressionsanalyse für die abhängige Variable Gruppe (Treatment vs. Kontrolle) mit den sechs in der einfaktoriellen Regression bedeutsam gewordenen Prädiktoren.

Prädiktoren aus der einfaktoriellen Regressionsanalyse		Multifaktoriell, forward, n = 212 Nagelkerke = .457				
		<i>p</i>	<i>b</i>	steps	Exp(<i>b</i>)*	(dis) konform
Bindung an die Familie	Alter	.001	-	3	3,6	konf.
	Essstörungen-Diagnose	--				
	Wohnsituation mit/ohne Eltern	.037	+	1	1,6	konf.
Stärke der Essstörung Verfügbarkeit der Familie	BMI_objektiv bei Aufnahme	--				
	Aufenthaltsdauer (in Tagen)	.001	+	2	4,1	konf.
	Geschwister im Elternhaus (Ja/nein)	--				
Interaktionen	Alter*Aufenthaltslänge	.009	-	4	2,3	konf.

⁵ Die in der Tabelle 4.2 nicht dargestellten, in die multifaktorielle logistische Regressionsanalyse eingegangenen, Zweifach-Interaktionen sind: Alter*Diagnose, Alter*Wohnsituation, Alter*BMI_objektiv, Alter*Geschwister, Diagnose*Wohnsituation, Diagnose*BMI_objektiv, Diagnose*Aufenthaltslänge, Wohnsituation*Geschwister, BMI_objektiv*Aufenthaltslänge, BMI_objektiv*Geschwister, Aufenthaltslänge*Geschwister.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

*um die $\text{Exp}(b)$ zu ermitteln wurde Alter invertiert.

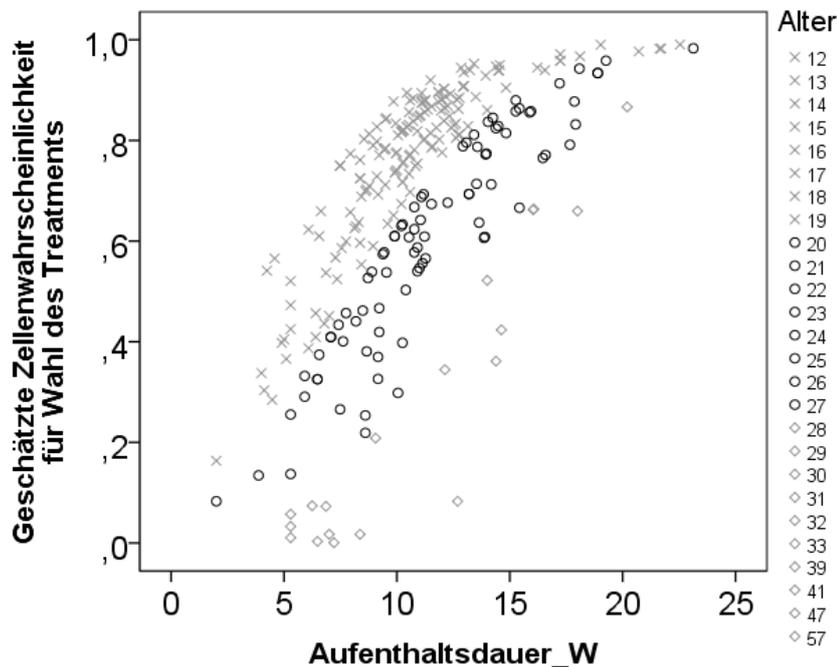


Abbildung 5.2: Interaktionseffekt von Alter*Aufenthaltsdauer in der Klinik (wurzeltransformiert) auf die Teilnahme an der Therapiewoche.

Zusammenfassend konnte also festgestellt werden, dass die Länge des Klinikaufenthaltes, ein junges Alter und „noch bei den Eltern lebend“ sowie die gemeinsame Wirkung von langer Aufenthaltsdauer und jungen Alter, die Entscheidung für das Treatment erheblich beeinflussen. Diese vier Einflussgrößen sollten daher in der Treatment- vs. Kontrollgruppen-Analyse statistisch kontrolliert werden, um herauszufinden, ob sich auch ohne diesen Einfluss ein bedeutsamer Unterschied in der Besserung der Gruppenmitglieder erreichen lässt.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Um die Wirkungen des Treatments zu identifizieren, wurden die Veränderungen bezüglich der Zufriedenheit, der Erwartungen an die Therapiewoche und der subjektiv wahrgenommenen Erwartungserfüllungen analysiert. Ein Prä-Post-Vergleich (vor und unmittelbar nach dem Treatment) der Patientinnen- und Elterndaten gibt Aufschluss über die Veränderungen innerhalb dieser einen Woche. Eine zusätzliche differenzielle Analyse der Patientinnen-Eltern-Paare diente der Klärung der Frage, ob die Wirksamkeit der Eltern-Kind-Therapiewochen für bestimmte Familien oder Patientinnen besonders hoch ist.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

5.2.1 Zufriedenheit und Erwartungserfüllung

Es zeigt sich insgesamt sowohl bei den Patientinnen als auch bei den Eltern eine hohe Zufriedenheit mit der Eltern-Kind-Therapiewoche. Deutlich mehr als die Hälfte der Patientinnen der Treatmentgruppe sind *zufrieden* mit dem Treatment bzw. dem Workshop, wie er unter den Eltern genannt wird, über ein Drittel ist *sehr zufrieden* (Tabelle 5.3). Auch zum Zeitpunkt der Entlassung und zur Katamnese sind bis auf 4,4% bzw. 9,5% der Stichprobe, die *wenig zufrieden* sind, alle *zufrieden* bis *sehr zufrieden*. *Gar nicht zufrieden* waren nur zwei Patientinnen unmittelbar nach dem Treatment. Das Treatment würde von über 80% bzw. über 65% der Patientinnen weiter empfohlen werden. Nur vier Patientinnen verneinten diese Aussage. Bei der Erhebung zur Entlassung gaben jedoch auch 31 Patientinnen keine Antwort auf diese Fragen.

Tabelle 5.3: Zufriedenheit der Patientinnen mit dem Treatment unmittelbar nach diesem (Post), bei Entlassung und ein halbes Jahr nach Entlassung (Katamnese). WS = Workshop bzw. Treatment.

Patientinnen	Post (n = 161)		Entlassung (n=136)		Katamnese (n = 42)	
Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf des WS?						
gar nicht zufrieden	2	(1,2%)	--	--	--	--
wenig zufrieden	8	(5%)	6	(4,4%)	4	(9,5%)
zufrieden	90	(55,9%)	63	(46,3%)	25	(59,5%)
sehr zufrieden	60	(37,3%)	36	(26,5%)	11	(26,2%)
keine Angabe	1	(0,6%)	31	(22,8%)	2	(4,8%)
Würden Sie den WS weiter empfehlen?						
nein	1	(0,6%)	--	--	--	--
eher nicht	3	(1,9%)	1	(0,7%)	--	--
eher ja	22	(13,7%)	15	(11%)	7	(16,7%)
ja	134	(83,2%)	89	(65,4%)	33	(78,6%)
keine Angaben	1	(0,6%)	31	(22,8%)	2	(4,8%)

Bis auf eine Mutter sind unmittelbar nach der Eltern-Kind-Therapiewoche alle Mütter *zufrieden* bis *sehr zufrieden* (Tabelle 5.4-5). Zur Katamnese blicken zwei Mütter unzufrieden auf die Therapiewoche zurück. Mit 87% der Mütter, die an der Katamnese teilgenommen haben, ist aber der größte Teil zufrieden. Von den Vätern ist keiner zu keinem Erhebungszeitpunkt unzufrieden. Die hohe Zufriedenheit spiegelt sich auch wieder in der Beantwortung der Frage nach einer erneuten Teilnahme oder der Weiterempfehlung. Dies haben deutlich mehr als 90% bejaht. Nach einem Abstand von mind. einem halben Jahr verneinten einige Mütter (25,6%)

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

diese Fragen. Mit dem Umgang in der Klinik waren bis auf eine Mutter bzw. zur Katamnese drei Mütter, alle zufrieden und würden die Klinik weiterempfehlen.

Tabelle 5.4: Zufriedenheit der Eltern mit dem Treatment unmittelbar nach diesem (Post) und ein halbes Jahr nach

	Mütter		Katamnese		Väter		Katamnese	
	Post (n = 160)		(n=39)		Post (n = 116)		(n=27)	
Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf des WS?								
gar nicht zufrieden	--	--	1	(2,6%)	--	--	--	--
wenig zufrieden	1	(0,6%)	1	(2,6%)	--	--	--	--
zufrieden	54	(33,8%)	18	(46,2%)	35	(30,2%)	10	(37%)
sehr zufrieden	105	(65,6%)	16	(41%)	81	(69,8%)	16	(59,3%)
keine Angabe	--	--	3	(7,7%)	--	--	1	(3,7%)
Würden Sie noch einmal an diesen Gruppen teilnehmen?								
nein	--	--	3	(7,7%)	1	(0,9%)	--	--
eher nicht	8	(5%)	7	(17,9%)	4	(3,4%)	--	--
eher ja	29	(18,1%)	7	(17,9%)	22	(19%)	7	(25,9%)
ja	123	(76,9%)	21	(53,8%)	88	(75,9%)	19	(70,4%)
keine Angaben	--	--	1	(2,6%)	1	(0,9%)	1	(3,7%)
Würden Sie den WS weiter empfehlen?								
nein	--	--	--	--	--	--	--	--
eher nicht	1	(0,6%)	3	(7,7%)	--	--	--	--
eher ja	9	(5,6%)	6	(15,4%)	4	(3,4%)	--	--
ja	150	(93,8%)	29	(74,4%)	112	(96,6%)	26	(96,3%)
keine Angaben	--	--	1	(2,6%)	--	--	1	(3,7%)

Tabelle 5.5: Zufriedenheit der Eltern mit der Klinik Entlassung (Katamnese). WS = Workshop bzw. Treatment. unmittelbar nach dem Treatment (Post) und ein halbes Jahr nach Entlassung (Katamnese) der Patienten/-innen.

	Mütter		Katamnese		Väter		Katamnese	
	Post (n = 160)		(n=39)		Post (n = 116)		(n=27)	
Waren Sie mit der Art, wie mit Ihnen in der Klinik umgegangen wurde, zufrieden?								
nein	1	(0,6%)	--	--	--	--	--	--
eher nicht	--	--	3	(7,7%)	--	--	--	--
eher ja	22	(13,8%)	4	(10,3%)	21	(18,1%)	5	(18,5%)
ja	136	(85%)	32	(82,1%)	94	(81%)	21	(77,8%)
keine Angaben	1	(0,6%)	--	--	1	(0,9%)	1	(3,7%)
Würden Sie die Klinik weiter empfehlen?								
nein	--	--	--	--	--	--	--	--
eher nicht	1	(0,6%)	1	(2,6%)	--	--	--	--
eher ja	4	(2,5%)	5	(12,8%)	1	(0,9%)	--	--
ja	154	(96,3%)	32	(82,1%)	112	(96,6%)	25	(92,6%)
keine Angaben	1	(0,6%)	1	(2,6%)	3	(2,6%)	2	(7,4%)

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Erwartungen an und Bewertungen der Eltern-Kind-Therapiewoche

Die Tabelle 5.6 und Tabelle 5.7 zeigen die Auswertungen des eigens für diese Studie erstellten Erwartungs- und Bewertungsfragebogens. Die fünfstufige Antwortskala von -2 = „stimmt nicht“ bis +2 = „stimmt genau“, wurde hierfür binär zusammengefasst: -2 bis 0 (stimmt nicht) = 0; 1 bis 2 (stimmt genau) = 1. Tabelle 5.6 gibt den prozentualen Anteil der Zustimmungen pro Item zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten an.

Mittels einer Faktorenanalyse wurden die vielen Erwartungs- und Bewertungs-Items für die Patientinnen in die sieben Faktoren *Autonomie*, *Veränderungen in der Familie*, *Veränderungen bei den Eltern*, *Unterstützung durch die Eltern/Verbesserung der Beziehung*, *Besserung für die Eltern*, *soziale Unterstützung von außen*, *Öffnen für andere Dinge* zusammengefasst. Dabei konnten Item 1 („...ich weniger Beschwerden habe“) und Item 16 („...ich meine Eltern besser verstehen kann“) keinem Faktor zugeordnet werden und blieben daher bei den weiteren statistischen Analysen unberücksichtigt.

Insgesamt sind die Erwartungen an das Seminar sehr hoch. Dies ist ein erster Akzeptanzhinweis. Die Patientinnen erwarten zu über 90%, dass *die Eltern erfahren, was sich in der Beziehung zum Kind verändern müsste* (Item 19) und dass sie selbst *erfahren, was sich in der familiären Beziehung verändert muss* (Item 18), aber auch, *von den Eltern besser verstanden zu werden* (Item 17) und das *Klären von Konflikten* (Item 9) (Tabelle 5.6). Selten wird erwartet, dass *die Eltern mehr für das Kind da sind* (Item 14) oder *dem Kind mehr Anerkennung entgegen bringen* (Item 22). Unmittelbar nach dem Treatment (Post) wird vor allem als eingetroffen bewertet (87-90%): *erfahren zu haben, wo das eigene Verhalten und das der Eltern verändert werden sollte* (Item 6, 18 und 19) – ein Hinweis auf eine zielgenaue Intervention. Daneben fühlen sich viele *von ihren Eltern besser verstanden* (Item 17) und bekamen das *Gefühl, mit den Problemen nicht allein dazustehen* (Item 5). Zur Entlassung überwiegt das Gefühl, *von den anderen gelernt zu haben* (Item 3) und *nicht alleine mit den Problemen zu sein* (Item 5). Die Katamnesebefragung ergab prozentual gesehen, dass die Patientinnen nach mind. einem halben Jahr mehr Verständnis von ihren Eltern für die Essstörung wahrnehmen (Item 2). Auch hier sind das *Erfahren von Verhaltensänderungen* (Item 6 und 8) und *sozialer Unterstützung* (Item 3 und 4) sehr präsent (jeweils 73,8% Zustimmung).

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Tabelle 5.6: Erwartungen an das Treatment (Prä) und Erwartungserfüllungen unmittelbar nach dem Treatment (Post), zur Entlassung und ca. ein halbes Jahr nach Entlassung (Katamnese).

Patienten/-innen	Prä (n =163)		Post (n =161)		Entlassung (n =102*)		Katamnese (n =42)			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Zustimmungsanteil										
Autonomie										
6)	...ich erfahre, wo ich mein Verhalten verändern sollte		142	87,1	137	85,1	85	62,5	31	73,8
8)	...ich erfahre, ob und wie meine Eltern an der Entstehung der Essstörung beteiligt sind		131	80,4	111	68,9	73	53,7	31	73,8
21)	...ich eine gesunde Distanz zu meinen Eltern aufbauen kann		127	77,9	106	65,8	65	47,8	26	61,9
Veränderungen in der Familie										
18)	...ich erfahre, was sich in den familiären Beziehungen verändern muss		147	90,2	133	85,6	88	64,7	29	69,0
19)	...meine Eltern erfahren, was sich in unserer Beziehungen verändern müsste		150	92,0	137	85,1	82	60,3	28	66,7
20)	...ich erfahre, was sich in der Beziehung zu meinen Eltern/Elternteil verändern muss		140	85,9	120	74,5	81	59,6	27	64,3
Veränderungen bei den Eltern										
2)	...meine Eltern mehr Verständnis für meine Essstörung bekommen		135	82,8	135	83,9	82	60,3	34	81,0
9)	...Konflikte geklärt werden können		145	89,0	105	65,2	64	47,1	25	59,5
17)	...meine Eltern mich besser verstehen können		154	94,5	137	85,1	81	59,6	30	71,4
Unterstützung durch die Eltern/Verbesserung der Beziehung										
10)	...meine Eltern mich mehr unterstützen gesund zu werden		94	57,7	112	69,6	63	46,3	25	59,5
13)	...wir wieder mehr Respekt voreinander haben		94	57,7	90	55,9	50	36,8	18	42,9
14)	...meine Eltern mehr für mich da sind		60	36,8	82	50,9	50	36,8	18	42,9
22)	...ich mehr Anerkennung von meinen Eltern bekomme		62	38,0	62	38,5	36	26,5	18	42,9
Besserung für die Eltern										
11)	...meine Eltern nicht nur an die Essstörung denken		116	71,2	86	53,4	53	39,0	22	52,4
12)	...sich meine Eltern weniger Sorgen machen		121	74,2	83	51,6	48	35,3	25	59,5
15)	...meine Eltern mir mehr zutrauen		104	63,8	84	52,2	55	40,4	21	50,0
Soziale Unterstützung von außen										
3)	...ich von den Erfahrungen anderer lernen kann		130	79,8	136	84,5	91	66,9	31	73,8
4)	...ich Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekomme		92	56,4	104	64,4	74	54,4	31	73,8
5)	...ich das Gefühl bekomme, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen		129	79,1	144	89,4	89	65,4	33	78,6
Öffnen für andere Dinge										
7)	...ich mehr Distanz zu der Essstörung bekomme		112	68,7	77	47,8	49	36,0	18	42,9
23)	...ich mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann		106	65,0	81	50,3	54	39,7	25	59,5
24)	...ich neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann		76	46,6	73	45,3	48	35,3	23	54,8

*von den 136 Pat. bei Entlassung sind aus verschiedenen Gründen die Erwartungserfüllungsangaben nur von n =102 vorhanden.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Die Erwartungs- und Bewertungs-Items der Eltern wurden zu fünf Faktoren zusammengefasst: *Änderung bei mir selbst, Änderung in der Paarbeziehung, Verbesserung der Beziehung zur Tochter, soziale Unterstützung von außen und Öffnen für andere Dinge*. Item 7 („*die Auswirkungen der Essstörung auf meine anderen Kinder besser nachvollziehen kann*“) konnte keinem Faktor zugeordnet werden und ist daher in der Tabelle nicht dargestellt.

Nahezu alle Mütter stimmen fast allen Erwartungsitems zu (Tabelle 5.7). Mit 95% erwarten fast alle, *Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Essstörung zu erhalten* (Item 8). Außerdem erwarten weit über 90% aus dem Bereich Beziehung, *das essgestörte Kind besser verstehen zu lernen* (Item 6), *zu erfahren, wo Verhalten* (Item 9) oder *Einstellungen* (Item 11) *verändert werden sollten und zu erfahren, was sich in den familiären Beziehungen verändern müsste* (Item 13). Am wenigsten erwartet wird von 39%, *Bestätigung für Ansichten und Verhaltensweisen zu bekommen* (Item 5), und von 35%, *neue Personen außerhalb der Familie kennen zu lernen* (Item 17).

Eine Woche später, unmittelbar nach dem Treatment, werden die meisten Erwartungen als erfüllt angesehen. So haben über 90% der Mütter gelernt *ihre Tochter besser zu verstehen* (Item 6), *erfahren, wo Verhalten verändert werden sollte* (Item 9), *Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Essstörung erhalten* (Item 8) und *mehr Informationen über die Essstörung, ihre Hintergründe und Folgen bekommen* (Item 12). Zudem werden *soziale Unterstützung durch die Gruppe* erfahren. Vor allem das Gefühl, *nicht alleine mit den Problemen zu sein* (Item 1), *sich mit anderen über diese Probleme auszutauschen* (Item 2) und von deren *Umgang damit zu lernen* (Item 3). Auch zum Zeitpunkt der Katamnese sehen weit über zwei Drittel der Mütter die Erwartungen als erfüllt. Hier spielt ebenfalls die soziale Komponente eine wichtige Rolle (Item 1). Mit über 50% trifft für deutlich mehr Mütter ein, als es erwartet hatten, *Bestätigung für ihre Ansichten und Verhaltensweisen zu bekommen* (Item 5) und *neue Menschen kennen zu lernen* (Item 17).

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Tabelle 5.7: Erwartungen an das Treatment (Prä) und Erwartungserfüllung, unmittelbar nach dem Treatment (Post) und ca. ein halbes Jahr nach Entlassung der Patientinnen (Katamnese).

Mütter	Prä (n =168)		Post (n =158)		Katamnese (n =39)	
	n	%	n	%	n	%
Zustimmungsanteil						
Änderungen bei mir selbst						
9) ...erfahre, wo ich mein Verhalten verändern sollte	157	93,5	146	92,4	31	79,5
10) ...erfahre, ob und wie ich an der Entstehung der Ess-Störung beteiligt bin	148	88,1	128	81,0	28	71,8
11) ...erfahre, wo ich meine Einstellungen verändern müsste	155	92,3	141	89,2	29	74,4
Änderungen in der Partnerschaft						
13) ...erfahre, was sich in unseren familiären Beziehungen verändern müsste	152	90,5	138	87,3	33	84,6
14) ...erfahre, was sich in der Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verändern müsste	101	60,1	106	67,1	21	53,8
Verbesserung der Beziehung zur Tochter						
6) ...meine essgestörte Tochter/Sohn besser verstehen kann	155	92,3	152	96,2	32	82,1
8) ...Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Essstörung erhalte	159	94,6	145	91,8	32	82,1
12) ...mehr Informationen über die Essstörungen, ihre Hintergründe und ihre Folgen bekomme	144	85,7	144	91,1	29	74,4
Soziale Unterstützung von außen						
1) ...das Gefühl bekomme, mit meinen Problemen nicht allein zu sein	129	76,8	151	95,6	36	92,3
2) ...mich mit anderen Eltern über Sorgen und Schwierigkeiten austauschen kann	139	82,7	148	93,7	33	84,6
3) ...erfahre, wie andere mit der Problematik umgehen	143	85,1	145	91,8	34	87,2
4) ...von den Erfahrungen anderer lernen kann	140	83,3	139	88,0	31	79,5
5) ...Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekomme	61	36,3	76	48,1	20	51,3
17) ...neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann	56	33,3	126	79,7	24	61,5
Öffnen für andere Dinge						
15) ...mehr Distanz zu der Essstörung bekomme	103	61,3	76	48,1	17	43,6
16) ...mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann	94	56,0	79	50,0	21	53,8

Die Väter haben ähnlich hohe Erwartungen an die Therapiewoche. Auch sie versprechen sich vor allem psychoedukative Unterstützung und haben diese auch ausreichend erhalten (Item 8). Sie erwarten *zu erfahren und bestätigen* nach der Woche, *erfahren zu haben, wo eigenes Verhalten und Einstellungen verändert werden müssten* (Item 9, 11). Ein halbes Jahr später sind die Väter hier etwas kritischer (Rückgang der Zustimmung zum Katamnesezeitpunkt auf 79% und 74%). Auf der Beziehungsebene erwarten und bestätigen die meisten Väter, ihr *Kind besser zu verstehen* (Item 6). Soziale Unterstützung erwarten die Väter weniger, beschreiben es aber größtenteils als eingetroffen (Item 1 und 2).

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Zusammenfassend sind neben den psychoedukativen Bestandteilen der Therapiewoche und der sozialen Unterstützung durch die Gruppe sowohl bei den Patientinnen wie auch bei den Eltern die Bildung und Anerkennung von Veränderungszielen wichtigster Bestandteil der Eltern-Kind-Therapiewoche.

Tabelle 5.8: Erwartungen an das Treatment (Prä) und Erwartungserfüllung unmittelbar nach dem Treatment (Post) und ca. ein halbes Jahr nach Entlassung der Patientinnen (Katamnese) bei den Vätern.

Väter	Prä (n =118)		Post (n =112)		Katamnese (n =26)	
	n	%	n	%	n	%
Zustimmungsanteil						
Änderungen bei mir selbst						
9) ...erfahre, wo ich mein Verhalten verändern sollte	111	94,1	101	90,2	20	76,9
10) ...erfahre, ob und wie ich an der Entstehung der Ess-Störung beteiligt bin	104	88,1	85	75,9	16	61,5
11) ...erfahre, wo ich meine Einstellungen verändern müsste	108	91,5	102	91,1	17	65,4
Änderungen in der Paarbeziehung						
13) ...erfahre, was sich in unseren familiären Beziehungen verändern müsste	101	85,6	95	84,8	19	73,1
14) ...erfahre, was sich in der Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verändern müsste	76	64,4	77	68,8	16	61,5
Verbesserung der Beziehung zur Tochter						
6) ...meine essgestörte Tochter/Sohn besser verstehen kann	113	95,8	105	93,8	16	61,5
8) ...Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Essstörung erhalte	109	92,4	106	94,6	23	88,5
12) ...mehr Informationen über die Essstörungen, ihre Hintergründe und ihre Folgen bekomme	100	84,7	99	88,4	23	88,5
Soziale Unterstützung von außen						
1) ...das Gefühl bekomme, mit meinen Problemen	61	51,7	103	92,0	24	92,3
2) ...mich mit anderen Eltern über Sorgen und Schwierigkeiten austauschen kann	85	72,0	103	92,0	23	88,5
3) ...erfahre, wie andere mit der Problematik umgehen	106	89,8	98	87,5	22	84,6
4) ...von den Erfahrungen anderer lernen kann	104	88,1	92	82,1	19	73,1
5) ...Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekomme	30	25,4	53	47,3	11	42,3
17) ...neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann	20	16,9	68	60,7	11	42,3
Öffnen für andere Dinge						
15) ...mehr Distanz zu der Essstörung bekomme	45	38,1	44	39,3	9	34,6
16) ...mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann	34	28,8	42	37,5	8	30,8

5.2.2 Prä-Post-Vergleiche

Die Veränderungen von vor dem Treatment (Prätest) bis unmittelbar nach der Therapiewoche (Posttest) (**F2**) wurden anhand von *t*-Tests und varianzanalytischen Verfahren überprüft und zweiseitig berichtet.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

5.2.2.1 Veränderungen bei den Patientinnen durch die Eltern-Kind-Therapiewoche

Der Erfolg im Prätest-Posttest-Rechendesign (unmittelbar vor und unmittelbar nach der Eltern-Kind-Therapiewoche) der Patientinnen der Treatmentgruppe (**H2.1**) wurde mit *t*-Tests für abhängige Daten bewertet. Die Ergebnisse für die wesentlichen Skalen der Fragebögen zeigt Tabelle 5.9-10. Im EDI-2 nehmen die Werte aller Skalen bis auf *Perfektionismus* signifikant ab, d.h. die Essstörungssymptomatik der Patientinnen hat sich nach der Therapiewoche deutlich gebessert. Die Effektstärken sind mit $d < .50$ klein.

Tabelle 5.9: Vergleich der Symptome-Skalen der Patientinnen vor (Prä) und nach (Post) dem Treatment. *t*-Test für abhängige Daten.

Patienten		Prä		Post		t-Test		Effektstärke
		n	M (SD)	M (SD)	t (df=n-1)	p _{2t}	d _w	
Fragebogen								
EDI-2	SS	158	28,46 (8,9)	27,60 (9,4)	3.13	.002	.24	
	B	155	13,34 (8,0)	12,49 (7,7)	4.13	.001	.33	
	UK	156	41,00 (9,4)	40,42 (9,8)	2.06	.041	.16	
	I	155	37,17 (10,1)	35,83 (10,4)	4.04	.001	.32	
	P	158	21,85 (5,9)	21,69 (6,2)	.68	.493	--	
	M	151	24,45 (6,0)	23,79 (6,1)	2.59	.011	.21	
	IW	157	34,75 (8,8)	33,25 (9,6)	4.52	.001	.30	
	AE	149	28,28 (7,2)	27,57 (6,7)	2.71	.007	.22	
SCL-90-R	SOM	158	0,83 (0,6)	0,73 (0,6)	3.25	.001	.25	
	ZWANG	157	1,30 (0,8)	1,13 (0,8)	4.77	.001	.38	
	UNSI	157	1,63 (0,9)	1,47 (1,0)	3.55	.001	.28	
	DEPR	155	1,54 (0,9)	1,34 (0,9)	4.96	.001	.39	
	ANGS	156	1,00 (0,8)	0,97 (0,8)	1.06	.289	--	
	AGGR	157	1,12 (0,8)	1,11 (0,9)	.25	.797	--	
	PHOB	156	0,46 (0,6)	0,39 (0,6)	2.63	.009	.21	
	PARA	157	1,12 (0,8)	1,10 (0,9)	.55	.579	--	
	PSYC	157	0,74 (0,6)	0,68 (0,7)	2.01	.046	.16	
	GSI	157	1,12 (0,6)	1,01 (0,7)	4.19	.001	.33	
AFKA*	Familie	154	0,92 (0,9)	1,18 (0,8)	-4.03	.001	-.32	
	Selbst**	154	1,32 (0,9)	1,24 (0,8)	1.23	.221	--	
	Eltern	151	0,28 (1,1)	0,31 (1,0)	-.50	.612	--	
	Stress	155	0,72 (1,0)	0,70 (1,0)	.18	.857	--	
	Finanzen	148	-0,76 (0,9)	-0,78 (0,8)	.25	.798	--	
	Schicksal	148	-0,48 (1,0)	-0,47 (1,0)	-.08	.931	--	
	Körper	149	-0,13 (1,1)	-0,35 (0,9)	2.75	.007	.22	
	Sucht	150	-1,34 (0,7)	-1,36 (0,7)	.44	.656	--	

* Items ipsatiert. **Skala „Selbst“ meint die Patientin.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Die psychischen und psychosomatischen Beschwerden (SCL-90-R) der Patientinnen bessern sich ebenfalls fast alle mit kleinen Effekten. Nach der Eltern-Kind-Therapiewoche sehen die Patientinnen die Familie signifikant stärker an der Verursachung ihrer Beschwerden mitverantwortlich (AFKA). Körperliche Faktoren hingegen werden signifikant geringer als Ursache für die Erkrankung angesehen, als vor der Therapiewoche.

Tabelle 5.10: Vergleich der familiären Beziehungs-Fragebögen-Skalen der Patientinnen vor (Prä) und nach (Post) dem Treatment. t-Test für abhängige Daten.

Patientinnen			Prä		Post		t-Test		Effektstärke
Fragebogen			n	M (SD)	M (SD)	t (df=n-1)	p _{2t}	d _w	
FB-A (Familien-Bogen)	AE	159	6,28 (2,6)	5,88 (2,4)	2.56	.011	.20		
	RV	158	6,10 (2,7)	5,97 (2,6)	.86	.390	--		
	KOM	157	5,15 (2,8)	4,94 (2,7)	1.30	.192	--		
	E	158	5,37 (2,4)	5,13 (2,3)	1.67	.097	--		
	AB	158	4,23 (2,9)	4,28 (2,9)	-.33	.737	--		
	K	158	5,06 (2,4)	5,13 (2,4)	-.39	.692	--		
	WN	158	4,40 (2,4)	4,35 (2,3)	.33	.738	--		
	Summe	158	36,56 (14,7)	35,69 (14,7)	1.21	.225	--		
SFB (Subjektives Familienbild)	Potenz	KM	140	2,62 (3,5)	3,45 (3,5)	-3.33	.001	-.28	
		KV	137	2,40 (3,5)	3,14 (3,7)	-3.13	.002	-.26	
		VK	138	4,27 (4,4)	4,99 (4,0)	-3.01	.003	-.25	
		VM	133	4,40 (4,5)	5,08 (4,1)	-2.59	.011	-.22	
		MK	139	3,01 (4,6)	3,62 (4,4)	-2.26	.025	-0.19	
		MV	133	4,18 (4,2)	4,57 (3,9)	-1.63	.105	--	
		FaSu	133	20,93 (13,2)	24,79 (13,9)	-4.69	.001	-.40	
	Valenz	KM	140	4,51 (3,6)	4,98 (3,4)	-2.01	.045	-0.17	
		KV	137	3,33 (4,2)	3,85 (4,0)	-1.99	.048	-0.17	
		VK	138	3,21 (4,4)	4,56 (3,9)	-5.09	.001	-.43	
		VM	133	2,72 (5,0)	3,57 (4,5)	-3.47	.001	-.30	
		MK	139	5,31 (3,7)	6,03 (3,3)	-2.86	.005	-.24	
		MV	132	3,37 (4,7)	4,00 (4,4)	-3.19	.002	-.27	
	FaSu	133	22,41 (17,6)	26,78 (16,7)	-5.08	.001	-.44		

Der Familienbogen zeigt kaum Veränderungen innerhalb dieser einen Woche (Tabelle 5.10). Lediglich die Skala *Aufgabenerfüllung* bessert sich statistisch signifikant. Diese beschreibt die Fähigkeit, entwicklungsbedingte Anforderungen auch in stressigen Situationen zu lösen, sowie die Verteilung der Aufgaben im Einvernehmen der Familie. Das subjektive Familienbild hingegen zeigt in allen Beziehungseinschätzungen bis auf das Autonomiestreben (Potenz) von *Mutter*→*Kind* signifikante Besserungen. Die Effektstärken sind zwar auch hier klein,

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

nähern sich aber der moderaten Stärke von $d = .50$ an.

Insgesamt sind also deutliche Besserungen innerhalb dieser nur einen Woche zu verzeichnen.

5.2.2.2 Veränderungen bei den Eltern durch die Eltern-Kind-Therapiewoche

Zur Analyse der Prä-Post-Veränderungen der Eltern (**H2.2**) wurden Varianzanalysen mit dem messwiederholten Faktor Zeit und dem Geschlecht (M, V) gerechnet. In den Tabelle 5.11-12 sind die Ergebnisse dargestellt. Das Modul 3 erhebt die Einstellungen und den Umgang zum Körper und Essen auf Seiten der Eltern (s. Kap. 4.2.). Für die Analyse wurden anhand von Faktorenanalysen die drei Skalen „Sorge dick zu werden“⁶, „Essen positiv belegt“⁷ und „Essen negativ belegt“⁸, gebildet. Je höher die Werte, desto stärker wird der Skala zu gestimmt. Also je höher die Werte in „Sorge dick zu werden“, je stärker die Sorgen und je höher die Werte in „Essen positiv belegt“, je positiver ist das Essen für die Person. Einen Unterschied zwischen den Erhebungen konnte aber nicht festgestellt werden. Der Haupteffekt Geschlecht in „Sorge dick zu werden“ zeigt, dass die Mütter diese Sorgen stärker haben, als die Väter. Die Interaktion Zeit*Geschlecht in der *negativen Einstellung zum Essen* kommt zudem durch eine Zunahme dieser bei den Müttern und eine leichte Abnahme bei den Vätern zustande.

Die psychischen und psychosomatischen Beschwerden (SCL-90-R) der Eltern nahmen von Prä nach Post ab. Eine signifikante Besserung kann in den somatischen Beschwerden, der Zwanghaftigkeit, Aggressionen, Phobischen Ängste und dem gesamt Belastungs-Score GSI festgestellt werden. In einigen Skalen zeigt sich ein Geschlechterunterschied: die Mütter fühlen sich zu beiden Erhebungen

⁶ Items: „Ich habe wegen des Essens häufig Schuldgefühle“, „Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil sie "dick" machen“, „Wegen meines Übergewichts habe ich viel an Selbstsicherheit verloren“, „Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben“, „Wie wichtig ist es Ihnen, Ihr genaues Gewicht zu kennen?“, „Schenken Sie Ihrer Figur größere Bedeutung?“, „Haben Sie zur Zeit das Gefühl, dass Teile Ihres Körpers zu dick sind?“, „Halten Sie Diät?“.

⁷ Items: „Essen gehört zu den schönsten Seiten des Lebens“, „Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr“, „Ich esse meistens zu viel, wenn ich in Gesellschaft bin, bei Festen und Ausflügen“, „Das Essen beeinflusst bei mir Stimmung und Laune“, „Ich esse, wenn ich eine schwierige Situation zu meistern habe“, „Ich habe so häufig Hunger, dass ich öfter als dreimal am Tag esse“, „Es gibt beim Essen einen Punkt, bei dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann“.

⁸ Items: „Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde“, „Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen zu essen“.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

stärker belastet als die Väter und bessern sich etwas stärker als die Väter. Auch die Eltern sehen nach der Therapiewoche die *Familie* signifikant stärker an der Erkrankung beteiligt (AFKA) und die Faktoren *Stress, Schicksal, körperliche Probleme* und *Sucht* signifikant weniger an der Krankheitsentstehung beteiligt.

Sowohl die Mütter als auch die Väter beurteilen die Familienbeziehungen im Familienbogen nach dem Treatment als dysfunktionaler als vor der Eltern-Kind-Therapiewoche (Tabelle 5.12). Die Familie wurde anscheinend vor dem Treatment als funktional dargestellt, während in der Therapiewoche auch die dysfunktionalen Aspekte reflektiert wurden. Diese Veränderung schlägt sich in allen Bereichen bis auf *Emotionalität* und *Werte & Normen* signifikant nieder. Der Haupteffekt Geschlecht in der *Aufgabenerfüllung* und die Interaktion *Zeit*Rollenverteilung* zeigen, dass die Mütter die Familie jeweils dysfunktionaler als die Väter sehen. Die soziale Eingebundenheit (F-SozU) und erfahrende soziale Unterstützung verändert sich innerhalb der Therapiewoche nicht. Die beiden signifikanten Interaktionen zeigen, dass die Mütter sich in den Bereichen *Emotionale Unterstützung* („von anderen gemocht und akzeptiert werden; Gefühle mitteilen können; Anteilnahme erleben“ (Fydrich et al., 2007, S. 33)) und *soziale Belastung* („die Wahrnehmung potentiell negativer und belastender Merkmale bzw. Verhaltensweisen von Personen des sozialen Umfelds.“ (Fydrich et al., 2007, S. 33)) stärker sozial eingebunden fühlen als die Väter.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Tabelle 5.11: Vergleich der Symptome-Skalen der Eltern vor (Prä) und nach (Post) dem Treatment. *d*: Effektstärke.

	Mütter					Väter					Zeit			M/V			Zeit x M/V		
	Aufnahme		Entlassung			Aufnahme		Entlassung			F	<i>p</i> _{2t}	<i>d</i>	F	<i>p</i> _{2t}	<i>d</i>	F	<i>p</i> _{2t}	<i>d</i>
	n	M	(SE)	M	(SE)	n	M	(SE)	M	(SE)									
Modul 3																			
Sorge_dick	157	-0,67	(0,05)	-0,66	(0,06)	109	-0,99	(0,06)	-0,95	(0,07)	1.46	.227	--	13.60	.001	2.44	.15	.692	--
Ess_pos.	157	-0,08	(0,06)	-0,15	(0,06)	109	-0,21	(0,07)	-0,20	(0,07)	1.70	.193	--	1.05	.304	--	2.35	.126	--
Ess_neg.	156	-1,82	(0,04)	-1,70	(0,05)	108	-1,82	(0,04)	-1,84	(0,06)	2.32	.128	--	1.48	.224	--	4.44	.036	.26
SCL-90-R																			
SOM	157	0,49	(0,04)	0,40	(0,03)	111	0,39	(0,04)	0,30	(0,04)	24.34	.001	.60	4.20	.041	.25	.00	.931	--
ZWANG	157	0,68	(0,05)	0,54	(0,04)	111	0,51	(0,05)	0,47	(0,05)	14.99	.001	.47	3.58	.060	--	5.63	.018	.29
UNSI	157	0,60	(0,05)	0,57	(0,05)	110	0,46	(0,06)	0,48	(0,06)	.04	.829	--	2.99	.085	--	1.13	.288	--
DEPR	157	0,80	(0,05)	0,71	(0,05)	110	0,48	(0,06)	0,50	(0,06)	1.36	.244	--	13.73	.001	.45	5.02	.026	.27
ANGS	157	0,43	(0,04)	0,41	(0,03)	111	0,30	(0,04)	0,31	(0,04)	.03	.848	--	5.76	.017	.29	.86	.354	--
AGGR	157	0,47	(0,04)	0,39	(0,03)	110	0,36	(0,04)	0,32	(0,04)	6.06	.014	.30	3.44	.064	--	1.02	.311	--
PHOB	157	0,19	(0,03)	0,13	(0,02)	111	0,15	(0,03)	0,12	(0,02)	20.17	.001	.55	.54	.462	--	2.07	.151	--
PARA	157	0,49	(0,04)	0,43	(0,04)	111	0,41	(0,05)	0,39	(0,05)	2.86	.092	--	.97	.324	--	.89	.346	--
PSYC	156	0,23	(0,03)	0,24	(0,03)	111	0,24	(0,03)	0,24	(0,03)	.39	.533	--	.00	.933	--	.09	.760	--
GSI	157	0,52	(0,03)	0,46	(0,03)	111	0,38	(0,03)	0,37	(0,04)	6.48	.011	.31	5.67	.018	.29	2.60	.107	--
AFKA*																			
Familie	149	0,83	(0,08)	1,08	(0,07)	109	0,55	(0,09)	1,01	(0,08)	26,82	.001	.64	3.58	.059	--	2.52	.113	--
Selbst**	148	1,05	(0,08)	0,91	(0,07)	106	0,76	(0,09)	0,84	(0,08)	.22	.634	--	3.41	.066	--	3.17	.076	--
Eltern	144	-0,05	(0,09)	0,07	(0,09)	105	0,08	(0,11)	0,07	(0,10)	.52	.469	--	.28	.596	--	.85	.356	--
Stress	148	0,81	(0,08)	0,74	(0,08)	105	0,79	(0,10)	0,51	(0,09)	7.65	.006	.35	1.48	.224	--	2.81	.094	--
Finanzen	148	-0,82	(0,07)	-0,79	(0,07)	106	-0,76	(0,08)	-0,75	(0,09)	.12	.721	--	.23	.630	--	.02	.887	--
Schicksal	146	-0,49	(0,09)	-0,56	(0,08)	102	-0,23	(0,11)	-0,46	(0,10)	4.31	.039	.26	2.46	.118	--	1.23	.267	--
Körper	149	0,15	(0,09)	0,13	(0,08)	104	0,37	(0,10)	0,10	(0,09)	4.66	.032	.27	.70	.402	--	3.54	.061	--
Sucht	150	-1,23	(0,05)	-1,39	(0,05)	106	-1,22	(0,07)	-1,23	(0,06)	4.65	.032	.27	1.38	.241	--	2.96	.087	--

* Items ipsatiert. **Skala „Selbst“ meint die Patientin.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Tabelle 5.12: Vergleich der familiären Beziehungs-Fragebögen-Skalen der Eltern vor (Prä) und nach (Post) dem Treatment. d: Effektstärke.

	Mütter				Väter				Zeit			M/V			Zeit x M/V				
	Aufnahme		Entlassung		Aufnahme		Entlassung		F	p _{2t}	d	F	p _{2t}	d	F	p _{2t}	d		
	n	M	(SE)	M	(SE)	n	M	(SE)										M	(SE)
FB-A (Familienbogen)																			
AE	157	4,92	(0,19)	5,48	(0,18)	108	4,89	(0,23)	4,96	(0,22)	6.28	.013	.30	1.06	.303	--	3.71	.055	.23
RV	156	5,30	(0,20)	5,50	(0,17)	110	4,46	(0,23)	4,81	(0,21)	5.37	.021	.28	8.52	.004	.35	.39	.532	--
KOM	157	3,70	(0,18)	4,07	(0,17)	110	3,62	(0,21)	4,10	(0,20)	16.82	.001	.50	.01	.916	--	.29	.589	--
E	157	3,92	(0,17)	4,00	(0,15)	110	4,25	(0,20)	4,30	(0,18)	.38	.533	--	1.98	.160	--	.01	.898	--
AB	157	3,40	(0,17)	3,76	(0,17)	109	3,15	(0,20)	3,38	(0,20)	7.88	.005	.34	1.87	.172	--	.40	.527	--
K	157	4,01	(0,18)	4,37	(0,18)	110	3,91	(0,22)	4,46	(0,21)	13.77	.001	.45	.00	.995	--	.60	.439	--
WN	157	3,44	(0,15)	3,29	(0,15)	110	3,56	(0,18)	3,54	(0,18)	.62	.432	--	.81	.369	--	.29	.589	--
Summe	157	28,65	(1,00)	30,48	(0,91)	110	27,85	(1,14)	29,49	(1,09)	22.44	.001	.41	.44	.508	--	.03	.854	--
F-SozU																			
EEU	157	4,13	(0,05)	4,11	(0,05)	110	3,94	(0,06)	4,00	(0,06)	.92	.336	--	4.00	.046	.24	2.89	.090	--
EPU	157	3,96	(0,06)	3,98	(0,06)	110	3,83	(0,07)	3,87	(0,07)	1.76	.186	--	2.14	.144	--	.09	.756	--
ESI	157	3,81	(0,05)	3,76	(0,05)	110	3,72	(0,06)	3,73	(0,06)	.79	.375	--	.60	.438	--	1.60	.207	--
EWasU	157	0,32	(0,00)	0,31	(0,00)	110	0,30	(0,01)	0,31	(0,01)	.33	.563	--	2.53	.113	--	1.25	.263	--
EBel	157	1,99	(0,05)	2,03	(0,05)	110	1,83	(0,06)	1,89	(0,06)	3.65	.057	--	4.36	.038	.25	.05	.809	--
ERez	157	3,56	(0,05)	3,57	(0,05)	110	3,64	(0,06)	3,63	(0,06)	.00	.966	--	.84	.359	--	.01	.907	--
EVert	157	4,23	(0,06)	4,22	(0,06)	110	4,13	(0,08)	4,24	(0,07)	1.84	.175	--	.14	.701	--	2.85	.092	--
EZuf	157	3,68	(0,06)	3,61	(0,06)	110	3,78	(0,07)	3,74	(0,08)	2.68	.102	--	1.63	.202	--	.32	.569	--

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Fazit zu Abschnitt 5.2.2: Obwohl zwischen der Prä- und Post-Messung nur eine (Eltern-Kind-Therapie)-Woche verging, sind signifikante Verbesserungen in der psychischen Belastung bei allen Beteiligten und eine kritischere Sicht der Eltern auf die Familie nachweisbar.

5.2.3 Patientinnen-Eltern-Paare

5.2.3.1 Bessern sich bestimmte Familien stärker?

In dem Triaden-Rechendesign aus Patienten mit je zwei teilnehmenden Eltern (n = 97 Familien) können mehrere Fragen beantwortet werden. Die wichtigste Frage ist, ob bzw. wie stark die Familienmitglieder (Vater, Mutter, Patientin) in ihren Einschätzungen z.B. der Familienfunktionalität übereinstimmen (**H2.1a**). Ist der Konsens hoch, dann kann die „Besserung“ durch das Treatment auf Ebene der Familie betrachtet werden. Neben einem stabilen Konsens (über die Zeitpunkte direkt vor und direkt nach dem Treatment hinweg) kann das Treatment aber auch zu mehr Übereinstimmung oder zu weniger Übereinstimmung in der Familie führen. Wenn sich ein zeitspezifischer Konsens (**H2.1b**) zeigen lässt (Übereinstimmung vor dem Treatment, die nicht mit derjenigen nach dem Treatment korreliert sind und umgekehrt), dann haben sich einige Familien deutlich mehr gebessert als andere, so dass es lohnt, Prädiktoren des Ausmaßes der Besserung auf Familienebene zu suchen (**H2.1b-I**).

Die Größe relevanter Prädiktoren des Ausmaßes der Besserung kann mit SPSS durch mittlere Korrelationen berechnet werden. Eine Übersicht über die so geschätzten Varianzquellen gibt Tabelle 5.13. Es gibt größtenteils einen stabilen Familienkonsens („g“), der zwischen 30% und 48% der Varianz ausmacht. Am höchsten ist die stabile Übereinstimmung der drei Familienmitglieder im Summen-Score des Familienbogens (48%).

Für den zeit- und personenspezifischen Konsens wurden die Variablen pro Person und Zeit (Vprä, Vpost, Mprä, Mpost, Kprä, Kpost) jeweils ipsatiert und von den ipsatierten Werten die Inter-Item-Korrelationen für Zeit und Person anhand von Reliabilitätsanalysen ermittelt.

Einen zusätzlichen prätest-spezifischen Konsens, der auf familienspezifische Prädiktoren hinweist, gibt es nicht. Ein zusätzlich durch das Treatment aufgebauter

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

posttest-spezifischer Konsens, der einige Familien als besonders stark gebessert ausweisen würde, konnte ebenfalls nicht gefunden werden. Damit gibt es keine Hinweise darauf, dass sich in dieser Stichprobe einige Familien mit bestimmten Voraussetzungen stärker bessern als andere. Erwartungskonform gibt es personenspezifische (Mutter, Vater, Patientin) Stabilitäten über die beiden Erhebungszeitpunkte. Am höchsten sind sie für den Belastungsscore des SCL, da hier jede Person ihren eigenen Zustand bewertet – erstaunlich, dass hier überhaupt 34% Familienkonsens besteht („belastetere Familien“ und „weniger belastete Familien“). In der Zuschreibung der Krankheitsursache zeigen die Patientinnen stabile spezifische Varianz in der Zuschreibung auf sich *Selbst* (44%), die *Sucht* (39%), die *Eltern* (35%) oder das *Schicksal* (31%). Mütter unterscheiden sich ob sie die Ursache über beide Erhebungen konstant eher in *finanziellen Problemen* (23%) sehen oder nicht und einige Väter halten die Erkrankung eher für einen *Schicksalsschlag* (30%).

Tabelle 5.13: Schätzung der Varianzanteile durch mittlere Korrelationen (ipsatierte Variablen Person x Zeitpunkt). Vollständige Vater-Mutter-Kind-Triaden. SE: soziale Erwünschtheit; Abw: Abwehr.

Skala	Triaden n	g = Stabiler Konsens	T1 spez. Konsens	T2 spez. Konsens	Spez. Stabilität Mutter	Spez. Stabilität Vater	Spez. Stabilität Patientin
Familien- konflikte							
FB-A Summe	81	.48	< 0	< 0	.48	.48	.48
FB-A SE	79	.41	< 0	< 0	.53	.56	.59
FB-A Abw	78	.38	< 0	< 0	.31	.28	.34
Belastung							
SCL-90-R GSI	80	.34	< 0	< 0	.69	.75	.74
Krankheitsursachen- Zuschreibung							
Afka Familie	74	.20	< 0	< 0	< 0	< 0	.14
Afka Selbst	70	.30	< 0	< 0	< 0	< 0	.44
Afka Eltern	69	.35	< 0	< 0	< 0	.07	.35
Afka Stress	74	.31	< 0	< 0	.14	< 0	.18
Afka Finanzen	69	.30	< 0	< 0	.23	.17	.17
Afka Schicksal	70	.23	< 0	< 0	< 0	.30	.31
Afka Körper	66	.31	< 0	< 0	.03	< 0	.11
Afka Sucht	71	.31	< 0	< 0	< 0	.26	.39

In Tabelle 5.14 wurden die mittleren Korrelationen von Variablen untersucht, die entweder nur vor oder nur nach dem Treatment erhoben wurden. Der Body-Mass-Index aller drei Familienmitglieder korreliert im Mittel zu .13 ($p_{1t} = .12$), schwach aber über null. Die Übereinstimmung in Zufriedenheit mit und Weiterempfehlung des Treatments sind nicht höher.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Zusammenfassend festhalten lässt sich, dass zwar die Personen unterschiedlich profitieren, die Familien aber nicht. Eine Suche nach Prädiktoren auf Ebene der Familie erweist sich damit als nicht zielführend.

Tabelle 5.14: Mittlere Korrelationen der Vater-Mutter-Kind-Triaden für Variablen, die nur zu Prä (vor dem Treatment oder Post (nach dem Treatment) erhoben wurden.

	Inhalt	Skala	Triaden n	Konsens
nur zu Prä erhoben	Körper	BMI	89	.129
nur zu Post erhoben	Treatment	Zufriedenheit	84	.081
		Weiterempfehlend	84	.147

In dieser Datenstruktur „vollständiger Triaden“ wurde eine Varianzanalyse mit den Messwiederholungsfaktoren Zeit (Prä-Post) und Person (Mutter-Vater-Patientin) gerechnet, um Veränderungen, die alle Familienmitglieder gleichmäßig angeben (Haupteffekt Zeit), aufzudecken (**H2.1c**). In Tabelle 5.15 sind die Ergebnisse einiger Skalen des Familienbogens, des Symptomschwerebogens SCL-90-R und des Krankheitsattributions-Fragebogens AFKA dargestellt. Der Summenscore der Familienbögen weist einen signifikanten Unterschied zwischen den drei Personen auf und ändert sich durch das Treatment unterschiedlich: während die Eltern etwas mehr Konflikte angeben, nehmen die Patientinnen ihre kritische Sicht etwas zurück (Abbildung 5.3). Familienübergreifende Änderungen durch das Treatment in der Einschätzung der Familienbeziehungen (T2-Konsens in Tabelle 5.13) gibt es nicht. Die Familienbogen Kontroll-Skala *Soziale Erwünschtheit* zeigt ebenfalls einen Interaktionseffekt. Dieser kommt zustande, weil die Soziale Erwünschtheit in den Antworten der Eltern abnahm und die der Patientinnen leicht zunahm. Die psychische und psychosomatische Belastung der Familienmitglieder weist natürlich einen signifikanten Personenunterschied zu Ungunsten der Patientinnen auf. Da die Interaktion von Person und Zeitpunkt signifikant ist, aber der Zeitpunkt keinen Haupteffekt erreicht (Tabelle 5.15), haben sich also nicht alle drei Personen gebessert, sondern (Abbildung 5.3) wohl nur die Patientinnen. Die Krankheitsursache wird nach dem Treatment von allen drei Familienmitgliedern signifikant stärker „der Familie“ zugeschrieben (hier gibt es einen Haupteffekt des Messzeitpunkts), wobei die Patientinnen am deutlichsten und die Väter die Familie am wenigsten verantwortlich sehen (Abbildung 5.3).

Bis auf die Zuschreibung der Krankheitsursache auf die Familie konnte kein

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Haupteffekt Erhebungszeitpunkt festgestellt werden.

Tabelle 5.15: ANOVA im 2x3 Messwiederholungsdesign (prä-post; Mutter-Vater-Patientin). Für den Summenscore, der sozialen Erwünschtheit und Abwehr der Familienbögen, den Gesamtbeschwerdescore GSI des SCL-90-R und der Krankheitsursachen-Zuschreibung Afka.

FB-Skala	Quelle	F	Hypothese df	Fehler df	p
FB-A Summe	Person	10,95	2	79	.001
	Prä-Post	0,00	1	80	.959
	Person*Prä-Post	7,10	2	79	.001
FB_A SE	Person	1,17	2	77	.315
	Prä-Post	0,28	1	78	.597
	Person*Prä-Post	5,16	2	77	.008
FB_A Abw	Person	8,35	2	76	.001
	Prä-Post	0,05	1	77	.820
	Person*Prä-Post	2,21	2	76	.116
SCL-90-R GSI	Person	41,43	2	78	.001
	Prä-Post	17,60	1	79	.820
	Person*Prä-Post	4,96	2	78	.009
Afka Familie	Person	7,35	2	72	.001
	Prä-Post	37,00	1	73	.001
	Person*Prä-Post	2,25	2	72	.113
Afka Selbst	Person	17,61	2	68	.001
	Prä-Post	0,00	1	69	.998
	Person*Prä-Post	0,64	2	68	.529
Afka Eltern	Person	0,42	2	67	.655
	Prä-Post	0,09	1	68	.755
	Person*Prä-Post	1,74	2	67	.182

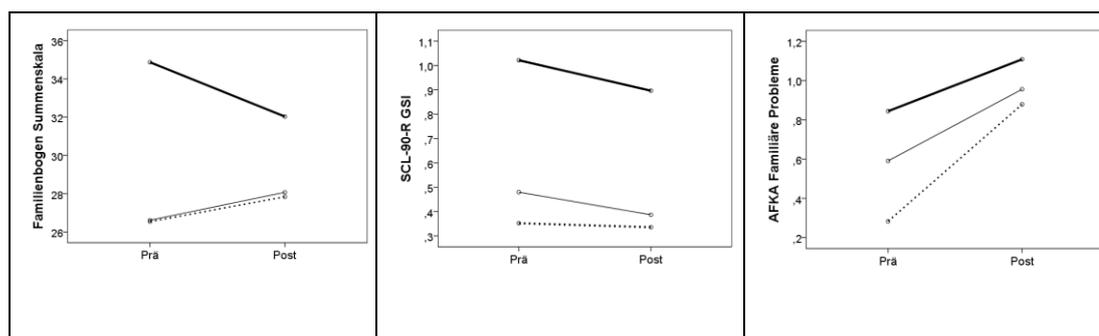


Abbildung 5.3: Graphische Darstellung zu der Messwiederholungs-ANOVA in Tabelle 4.10. Für den Summenscore der Familienbögen, den Gesamtbeschwerdescore GSI des SCL-90-R und der Skala Familie der Krankheitsursachen-Zuschreibung. — Patientinnen, — Mütter Väter

5.2.3.2 Welche Patientinnen profitieren mehr?

In dem vorangegangenen Abschnitt wurde nach Hinweisen gesucht, die anzeigen, ob bestimmte Familien stärker von dem Treatment profitieren als andere.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Auf Familienebene konnte hierzu nichts gefunden werden (Kap. 5.2.2.1), dafür aber auf Personenebene. In dem folgenden Abschnitt soll nun genauer betrachtet werden, welche Faktoren zu einer stärkeren Besserung bei den Patientinnen führen (**F2.2**).

Hierzu wurden die Fragebogen-Skalen, die essstörungstypische Symptome messen, vor dem Treatment (Prä) und unmittelbar danach (Post) mit verschiedenen möglichen Prädiktoren kombiniert (Tabelle 5.16). D.h. es wurden Varianzanalysen mit Messwiederholungen mit jeweils einem Prädiktor gerechnet und die Interaktionen des Zeit(Prä-Post)-Faktors mit diesem Prädiktor angeschaut. Es wurden Prädiktoren gesucht, die anzeigen, wie viel Einfluss die Familie auf die Patientin haben müsste (sieben Prädiktoren) (**H2.2.1**) und wie sehr das Treatment der Mutter half (fünf Prädiktoren) (**H2.2.2**). Tabelle 5.16 zeigt nur die abhängigen Variablen, auf die mindestens ein Prädiktor einen solchen moderierenden Effekt hat.

Der Prädiktor „*psychische und psychosomatische Belastung in der Familie*“ beruht auf Patientenangaben und beinhaltet Essstörungen, Übergewicht, Sucht, seelische Erkrankungen, Suizid(-versuch), Diäten und psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen der Eltern (leibliche, Stief-, Adoptiv- oder Pflegeeltern) und Partner. Die Variable wurde effektkodiert mit „-1 = keine dieser Personen ist belastet“.

Die Interaktion *Erhebungszeitpunkt*Belastung-in-der-Familie* ist mit $p = .024$ signifikant und zeigt eine stärkere Besserung der *Interozeptiven Wahrnehmung* für diejenigen Patientinnen an, deren Angehörige nicht zusätzlich belastet sind (Abbildung 5.4). Die Einschätzung der *Familienfunktionalität* durch Patientinnen und Eltern aggregiert zeigt eine Korrektur von ursprünglich funktional ins dysfunktionale, die aber für die Patientinnen hilfreich zu sein scheint: je dysfunktionaler die Familie nach der Therapiewoche von allen zusammen eingeschätzt wird, je stärker bessern sich die Patientinnen in *Depressivität* (Tendenz, $p < .071$) und den EDI-Skalen *Bulimie* (Tendenz mit $p < .054$), *Unzufriedenheit mit dem Körper* und *Schlankheitsstreben* (Tabelle 5.16, Abbildung 5.6).

Mehr oder weniger kritische Bemerkungen der Familie über Aussehen oder die Figur der Patientin in der Kindheit oder Jugend (Patientinnenangabe) haben keinen Einfluss auf die Besserung der Beschwerden. Aber die Bedeutung des *eigenen Aussehens für die Mutter* hat Einfluss auf die Besserung der *misstrauischen* Haltung gegenüber Beziehungen: Misstrauen der Patientin verringert sich mehr,

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

wenn für die Mutter das eigene Äußere weniger wichtig ist (Patientinnenangabe, Abbildung 5.4). Wie wichtig die Einstellungen der Mutter für die Patientinnen sind, zeigt auch der stärkere Rückgang der *depressiven Symptomatik* bei denjenigen Patientinnen, denen die *Meinung der Mutter* wichtig ist ($p = .038$). Außerdem nimmt entgegen den Erwartungen die *Depressivität* tendenziell und die *Angst vor dem Erwachsenwerden* signifikant stärker ab, wenn die Patientinnen nicht *bei den Eltern leben* (Tabelle 4.15 und Abbildung 5.4). Allerdings sind die bei *den Eltern lebenden* Patientinnen auch vor dem Treatment deutlich weniger belastet (Depressivität: Haupteffekt „Wohnen“ signifikant).

Da die Mutter, ihre Einstellungen und ihr Befinden, eine bedeutsame Rolle für die Patientin einnimmt (s.o.), soll auch geprüft werden, welchen Einfluss eine Besserung bei der Mutter (Angaben der Mütter) auf die Genesung der Tochter hat. Hierzu wurde zunächst die Zufriedenheit der Mütter mit dem Treatment als Prädiktor der Veränderung bei den Patientinnen untersucht. Da keine der Mütter unzufrieden ist (s. Kap. 5.2.1, Tabelle 5.4), wurde zwischen „zufrieden“ und „sehr zufrieden“ unterschieden. Dies hat aber keinen Effekt auf die Besserung der Patientinnen.

Aus der Literatur (s. Kap. 2.2) ist bekannt, dass Angehörige von essgestörten Patienten/-innen häufig selbst Beschwerden haben, und auch in dieser Stichprobe wurde ein Konsensanteil im GSI und im Familienbogen gefunden (Kap. 5.2.3.1, Tabelle 5.13). Daher soll der Einfluss der Besserung der Beschwerden der Mütter durch das Treatment (in Form der Residuen der aus den Prä-Werten vorhergesagten Post-Werte) auf die Veränderungen bei den Patientinnen untersucht werden. Es zeigen sich hier schwache Tendenzen: je mehr die somatischen Beschwerden der Mütter zurückgehen, desto mehr bessern sich die Patientinnen in der *Unzufriedenheit mit dem Körper* und im *Perfektionismus* (Abbildung 5.6). D.h. die Beschwerden der Mütter wirken sich auf bestimmte Symptome der Töchter aus und wenn es der Mutter wieder besser geht, geht es tendenziell auch der Tochter besser vice versa⁹.

Auch die Einschätzung der mittleren *Familienfunktionalität* der Eltern und Patientinnen wurde bereits besprochen (Tabelle 5.16). Da gerade die Mutter eine wichtige Rolle für die Patientin zu spielen scheint, wird der Einfluss der

⁹ Umgekehrt gerechnet (ANCOVA mit AV = Somatische Beschwerden der Mütter) zeigen sich ähnliche Tendenzen (p etwas $> .05$). Also beeinflussen sich die Besserungen gegenseitig.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Veränderung der Einschätzung der Mutter auf die Patientin gesondert überprüft. Zwei Ergebnisse resultieren: je *dysfunktionaler die Mütter die Familie* nach dem Treatment einschätzen, desto stärker bessern sich die Patientinnen in ihrer *Zwanghaftigkeit* und tendenziell auch in der *Interozeptiven Wahrnehmung* (Abbildung 5.6). D.h. die Einsicht der Mütter, dass die Familie nicht so funktioniert, wie sie vorher angenommen hatten, hilft den Patientinnen sich, in einen Teil ihrer Symptomatik zu bessern.

Tabelle 5.16: ANOVA bzw. ANCOVA mit Messwiederholungsfaktor Zeit(Prä/Post) und je einem between subject Prädiktor. Nominale Prädiktoren sind effektkodiert, metrische Prädiktoren sind z-transformiert. *p*: Signifikanzwert der Zeit*Prädiktor-Interaktionen; es sind nur $p < .10$ aufgeführt. In den „b“-Spalten wird das Vorzeichen des Interaktionsparameters angegeben.

	n = 159	SCL-90-R		EDI-2		P	M	AE	SS	B
		Zwan.	Depr.	IW	UK					
Prädiktoren	df	p	p	p	p	p	p	p	p	p
Familie hat Einfluss										
Psych./psychosom. Belastung in Fam. hoch (df=152)	152			.024						
Bez. Veränderung (FB-A Eltern-Pat.)	138/ 139/ 141/ 138		.071		.026				.054	.047
Kritik gegenüber Pat. (Kritik an Figur u. Aussehen)										
Eigenes Aussehen für M. wichtig	147						.050			
Meinungen der Mutter wichtig	147		.038							
Pat. noch in Fam. lebend	147/ 142		.075					.041		
Jüngere Pat.										
Treatment half der Mutter										
Zufriedenheit der M										
Gesamtbeschwerdescore GSI der M gebessert										
Somatisierung der M gebessert	128/ 130				.098	.083				
Fam. Bez.(FB-A) aus Sicht der M gebessert	128/ 129	.037		.072						

IW: interozeptive Wahrnehmung; UK: Unsicherheit im Sozialkontakt; P: Perfektionismus; M: Misstrauen; AE: Angst vorm Erwachsenwerden. df: Freiheitsgrade; b: Regressionskoeffizient.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es begünstigend für die Wirkung des Treatments bei den Patientinnen ist, wenn die Familie Einfluss auf die Patientin hat (Meinung der Mutter wichtig, Mutter nicht übermäßig aufs Äußere bedacht, nicht in der Familie lebend, Beziehungseinschätzung Richtung dysfunktional korrigiert, Angehörige gesund), wenn das Treatment der Mutter half (somatische Beschwerden gebessert) und die Mutter die Familie kritischer sieht als zuvor

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

(Familieneinschätzung dyfunktionaler).

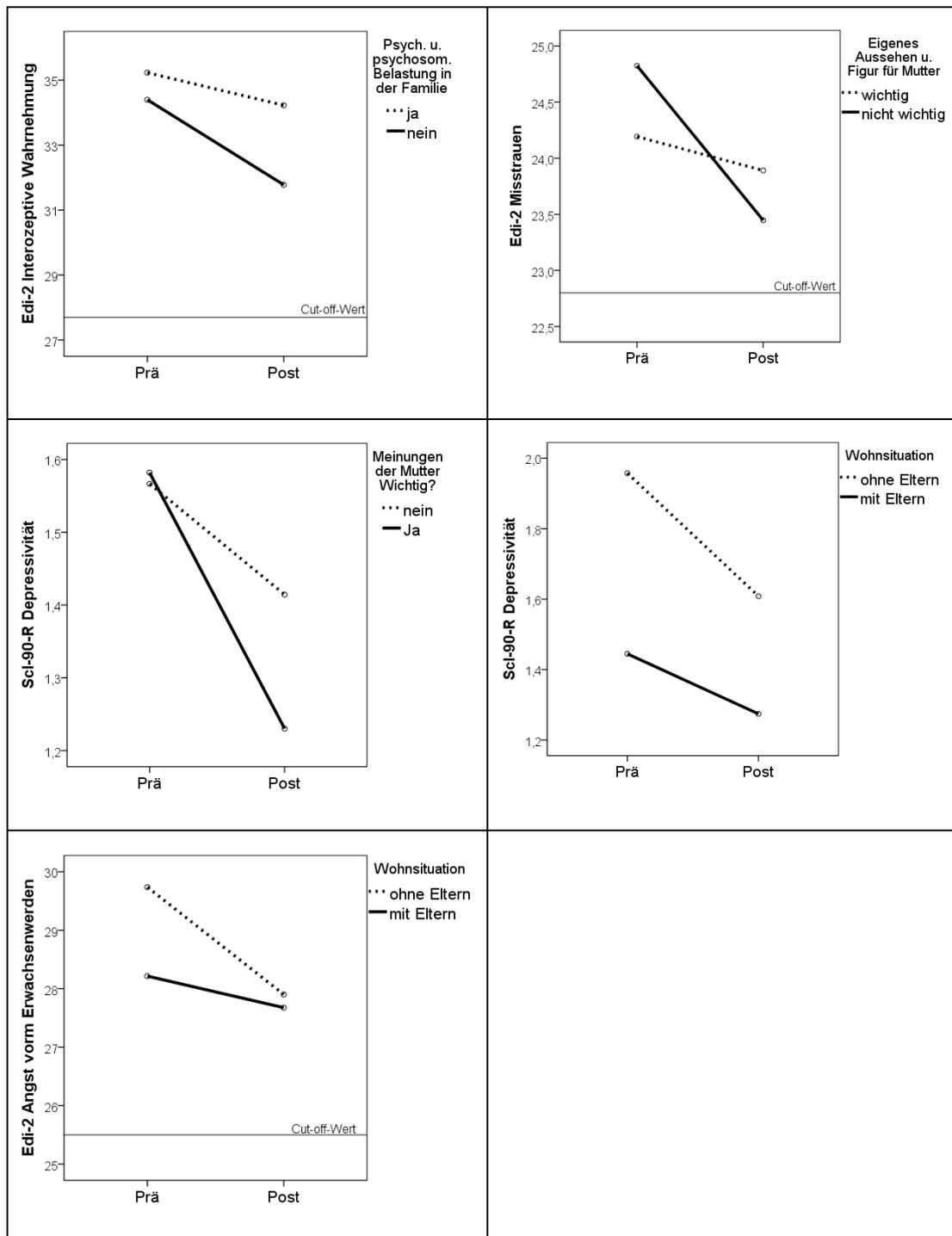


Abbildung 5.4: Graphische Darstellung der signifikanten nominalen Prädiktoren aus Tabelle 5.16. Für die EDI-Skalen sind die Cut-Off-Werte ($M + SD$ der weiblichen gesunden Kontrollgruppe aus dem EDI-2-Manual), berechnet nach Jacobson und Truax (1991), angegeben.

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

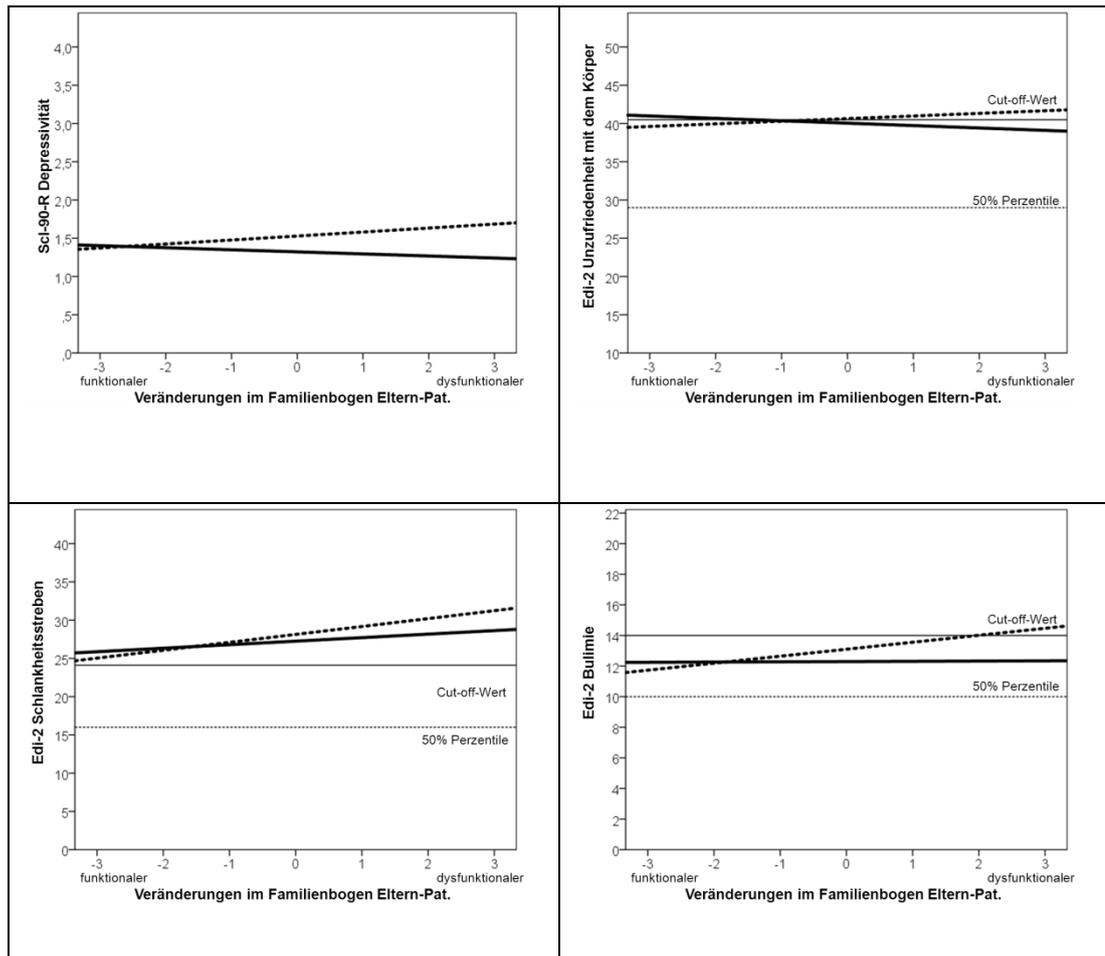


Abbildung 5.5: Graphische Darstellung der signifikanten metrischen Prädiktoren aus Tabelle 5.16 „Familie hat Einfluss“. Alle Variablen der x-Achse sind z-transformiert. Für EDI-Skalen wird die 50% Perzentile und Cut-Off-Wert ($M + SD$) aus der weiblichen Referenzgruppe des EDI-2 eingeblendet. $\cdots\cdots$ Prä (vor dem Treatment); — Post (unmittelbar nach dem Treatment).

5.2 Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

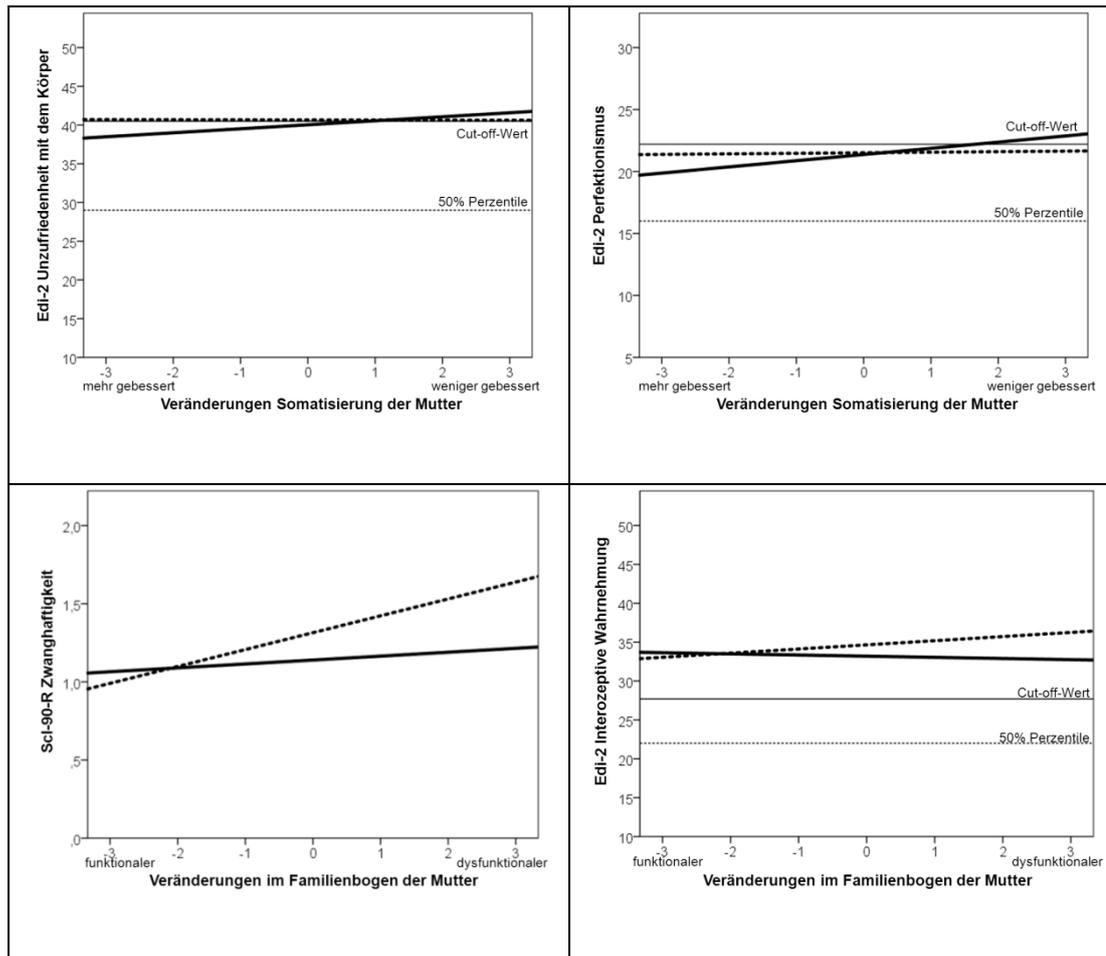


Abbildung 5.6: Graphische Darstellung der signifikanten metrischen Prädiktoren aus Tabelle 5.16 „Treatment half der Mutter“. Alle Variablen der x-Achse sind z-transformiert. Für EDI-Skalen wird die 50% Perzentile und Cut-Off-Wert ($M + SD$) aus der weiblichen Referenzgruppe des EDI-2 eingeblendet. ···· Prä (vor dem Treatment); — Post (unmittelbar nach dem Treatment).

Insgesamt erreicht die Eltern-Kind-Therapiewoche eine hohe Zufriedenheit und größtenteils erfüllte Erwartungen bei den Teilnehmern. Eine schwache aber überwiegend signifikante Beschwerde-Verbesserung innerhalb nur dieser einen Woche konnte sowohl bei den Patientinnen als auch bei den Eltern nachgewiesen werden. Die Familien stimmen zwar größtenteils in ihren Einschätzungen überein (stabiler Familienkonsens), aber Hinweise auf eine familienpezifische Veränderung gibt es nicht. D.h. es haben sich nicht bestimmte Familien stärker gebessert als andere. Personenspezifische Verbesserungen aber lassen sich finden: Patientinnen, deren Familien Einfluss auf sie nehmen konnten und deren Mütter sich durch das Treatment besserten, profitierten von diesem Behandlungsangebot stärker. Da es sich um ein familientherapeutisches Angebot handelt, stimmt dieses Ergebnis mit den Erwartungen überein.

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Neben den unmittelbaren Veränderungen während der Therapiewoche gilt ein besonderes Interesse dem Outcome der Treatmentgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe (**F3**). In einem ersten Schritt wurden dazu Aufnahme-Entlassungs-Vergleiche der beiden Gruppen mittels Kovarianzanalysen gerechnet, gefolgt von einem Aufnahme-Katamnese-Vergleich, dem die Analyse des Katamnese-Rücklaufes voraus geht.

In die Auswertung gehen nur Daten von Patientinnen ein, die zum Zeitpunkt der Therapiewoche einen stationären Aufenthalt machten (es gab Vereinzelte, die früher stationär behandelt wurden und jetzt nur zum Treatment kamen) und bei denen in der Klinik entweder eine Anorexie oder Bulimie diagnostiziert wurde (einige wenige hatten eine „sonstige Essstörung“).

5.3.1 Aufnahme-Entlassung

Zur Ermittlung der Zeit- und Gruppen-Unterschiede wurden Varianzanalysen mit den Messwiederholungsfaktor Zeit (Aufnahme und Entlassung) und dem Faktor Treatment (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) gerechnet. Dabei wurden die in Kapitel 5.1 als bedeutsam ermittelten Gruppenwahl-Prädiktoren *Wohnen* (mit Eltern vs. ohne Eltern), *Alter* und *Aufenthaltslänge* (standardisiert), und der Interaktionseffekt *Alter*Aufenthaltslänge* kontrolliert.

Es konnten zunächst Haupteffekte der Verbesserung von Aufnahme zu Entlassung festgestellt werden, die für beide Gruppen (Treatment und Kontrolle) gelten. Sie zeigen sich in nahezu allen Belastungs-Skalen (Tabelle 5.17-19). Am Interessantesten sind hier allerdings die Interaktionseffekte (Zeit*Treatment), die eine stärkere Besserung in der Treatmentgruppe zeigen müssen, um die Wirkung des Treatments nachzuweisen.

Es konnten drei Interaktionseffekte gefunden werden. Und zwar in der Veränderung des objektiven *Körpergewichtes* (Fremdeinschätzung aus der Klinikakte) bzw. des *Body-Mass-Indexes (BMI)* (**H3.1**) und in der EDI-2-Skala Ineffektivität (**H3.2**) sowie der Krankheitsursachenzuschreibung der Familie (**H3.3**).

Der Anfangswert des in der Varianzanalyse kontrollierten mittleren BMI aus der Klinikakte ist mit 15,3 zu 16,2 in der Treatmentgruppe kleiner. Beide Gruppen

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

nehmen während des Klinikaufenthaltes signifikant an Gewicht zu, die Differenz ist mit 8,4 Kg in der Treatmentgruppe deutlich größer als in der Kontrollgruppe mit 6,1 Kg Gewichtszunahme. Das Treatment führt somit zu einer stärkeren Gewichtszunahme, womit es eines der wichtigsten Ziele in der Behandlung von Essstörungen erreicht (Abbildung 5.8). Dass an dem Treatment prozentual eher jüngere Patientinnen teilnehmen (Abbildung 4.3), wurde hier statistisch kontrolliert. Die ungleiche Verteilung der Krankheitsbilder in den beiden Untersuchungsgruppen hat keinen Einfluss auf die Ergebnisse und muss daher nicht kontrolliert werden (Kap. 5.1).

Dennoch wurde in einer weiteren ANCOVA zusätzlich zu den bereits erwähnten Kovariaten die Diagnose kontrolliert, um auch den Verlauf des BMIs nach Anorexie und Bulimie getrennt zeigen zu können (Abbildung 5.8). Hier wird deutlich, dass in beiden Krankheitsbildern die Treatmentgruppe stärker an Gewicht zunimmt und bei Entlassung das Gewicht der Kontrollgruppe erreicht hat.

Patientinnen-Angaben zum Gewicht (Gewicht in Kg subjektiv bzw. BMI subjektiv) vom Aufnahmezeitpunkt gibt es sehr viel weniger ($n = 77$ bzw. $n = 53$), da diese Frage teilweise nicht beantwortet wurde und in der Kontrollgruppe Anfangs im Fragebogen fehlte.

Der zweite Interaktionseffekt zeigt sich im Ineffektivitätsgefühl (EDI-2). Hier schafft es das Treatment die signifikant ($p = .014$) stärker als in der Kontrollgruppe belasteten Patientinnen auf die Krankheitsstärke der Kontrollgruppe bei Aufnahme zu bringen.

Die dritte Interaktion betrifft die Krankheitsattribution (Abbildung 5.9). Erwartungskonform wird nach dem Treatment der Familie deutlich mehr zugeschrieben für die Krankheitsentstehung mitverantwortlich zu sein (**H3.3**). Vor dem Treatment sehen aber die Patienten/-innen der Kontrollgruppe die Familie stärker in der Verantwortung als die der Treatmentgruppe.

In der Einschätzung der familiären Beziehungen (**H3.4**) lassen sich keine Effekte feststellen (Tabelle 5.19). Es gibt nur vereinzelte signifikante Aufnahme-Entlassungs-Veränderungen (*Emotionalität, Affektive Beziehungen, Werte & Normen, Summe*), die alle eine dysfunktionalere Einschätzung der Familie zum Zeitpunkt der Entlassung wiedergeben. Allerdings hat sich das Autonomieerleben (SFB) der Patientinnen gegenüber der Mutter statistisch signifikant gebessert.

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

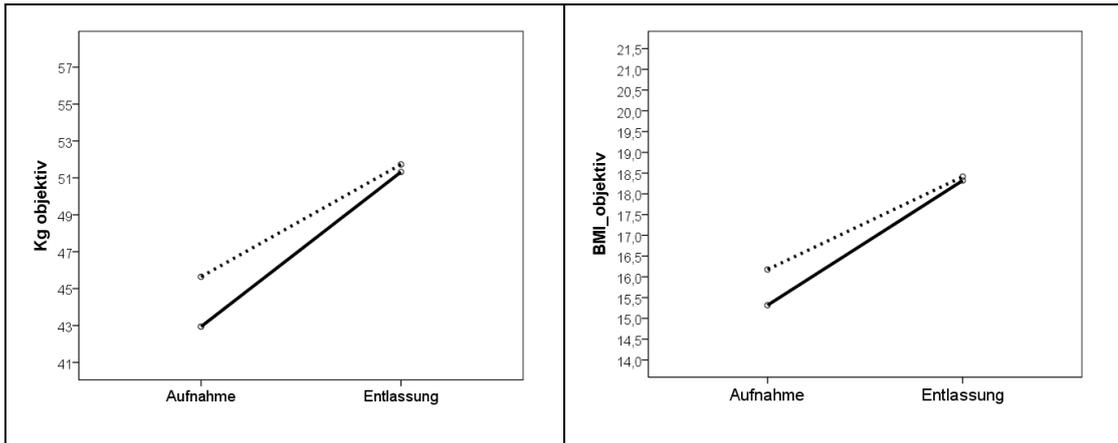


Abbildung 5.7: Zeit*Körpergewicht bzw. zeit*Body-Mass-Index Interaktion aus der ANCOVA. Kontrollierte Mittelwerte durch Wohnen (mit Eltern vs. ohne), Alter, Aufenthaltslänge und den Interaktionseffekt Alter*Aufenthaltslänge. ···· Kontrollgruppe — Treatmentgruppe

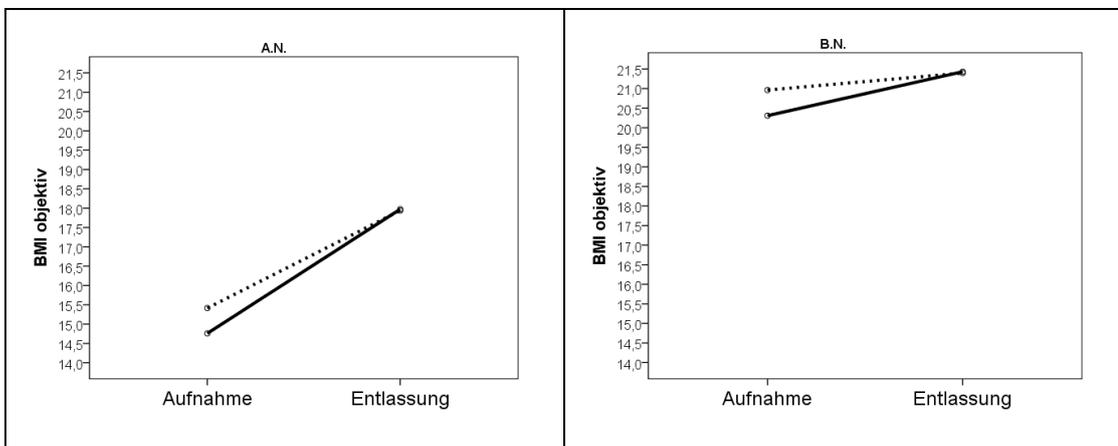


Abbildung 5.8: Zeit*Körpergewicht bzw. zeit*Body-Mass-Index Interaktion aus der ANCOVA. Kontrollierte Mittelwerte durch Wohnen (mit Eltern vs. ohne), Alter, Aufenthaltslänge und den Interaktionseffekt Alter*Aufenthaltslänge. Zum Zwecke der Darstellung wurde hier auch nach Diagnose (Anorexie vs. Bulimie) kontrolliert. ···· Kontrollgruppe — Treatmentgruppe

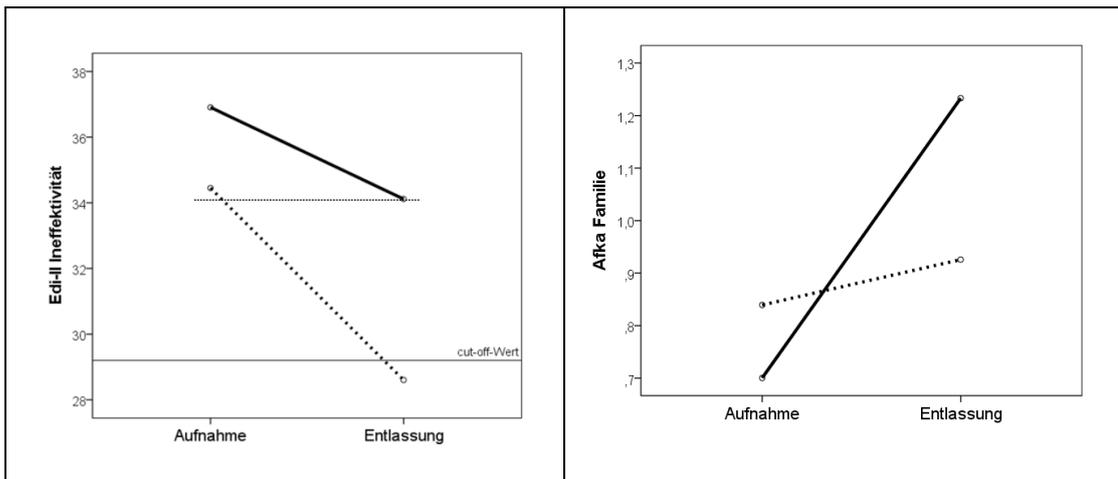


Abbildung 5.9: Zeit-Interaktionseffekte aus der ANCOVA für EDI-2-Skala Ineffektivität und AFKA-Skala Familie. Kontrollierte Mittelwerte durch Wohnen (mit Eltern vs. ohne), Alter, Aufenthaltslänge und den Interaktionseffekt Alter*Aufenthaltslänge. ···· Kontrollgruppe — Treatmentgruppe

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Die durchschnittliche Effektstärke der Veränderungen von Aufnahme bis Entlassung liegt bei $d = .96$ und wird damit als großer Effekt bezeichnet.

Die höchsten Effektstärken werden mit $d > 2.0$ in den Gewichtsveränderungen erreicht. Die Abnahme essstörungstypischen Verhaltens zeigt sich vor allem im *Auslassen von Mahlzeiten, Kalorienarmen Essen* und *Sport* mit Effektstärken von über $d = 1.0$ (Tabelle 5.17). In den klinischen Fragebögen zeigen sich die größten Effekte ($d = 1.0$) in den EDI-2 Skalen *Schlankheitsstreben, Bulimie* und *Introzeptive Wahrnehmung*, sowie in den SCL-90-R Skalen *Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressionen* und im Gesamtschwere-Score *GSI*.

Die niedrigsten Effektstärken liegen bei $d = .35$ und $d = .33$ für die SCL-90-R Skalen *Angst* und *Aggressivität*. Diese gelten laut Cohen (1992) als kleine Effekte.

Auch die Effektstärken der Interaktionen ergeben mit $d = .31$ bis $d = .47$ kleine Effekte.

Eine Tabelle mit den Haupteffekte (F ; p) der Prädiktoren befindet sich im Anhang (Anhang I).

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Tabelle 5.17: Aufnahme-Entlassung-TG/KG-Design Varianzanalysen mit kontrollierten Mittelwerten(Wohnen mit/ohne Eltern (effektkodiert); Alter (z-transformiert), Aufenthaltsdauer (z- u. wurzel-transformiert) und Interaktion: Alter*Aufenthaltsdauer) zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt. Essstörungsspezifische Angaben und dem Eating Disorder Inventory-2(EDI-2). d: Effektstärke nach Cohen.

		Treatmentgruppe (TG)				Kontrollgruppe (KG)				Zeit			TG/KG			Zeit x TG/KG		
		Aufnahme		Entlassung		Aufnahme		Entlassung		F	p _{2t}	d	F	p _{2t}	d	F	p _{2t}	d
		n	M (SE)	M (SE)	n	M (SE)	M (SE)											
Gewicht in Kg	objektiv	165	42,9 (0,8)	51,3 (0,6)	83	45,6 (1,1)	51,7 (0,9)	360.65	.001	2.43	1.47	.225	--	7.86	.005	.35		
	subjektiv	77	42,4 (1,0)	50,5 (0,8)	53	44,3 (1,3)	50,6 (1,0)	178.43	.001	2.39	.41	.521	--	2.43	.121	--		
BMI	objektiv	165	15,3 (0,2)	18,3 (0,2)	83	16,2 (0,3)	18,4 (0,2)	373.46	.001	2.48	1.94	.164	--	6.93	.009	.33		
	subjektiv	77	15,3 (0,3)	18,2 (0,2)	53	15,8 (0,4)	18,0 (0,3)	174.46	.001	2.37	.17	.676	--	2.55	.113	--		
Essverhalten																		
<i>(letzte 3 Monate):</i>																		
	Essanfälle	77	1,24 (0,3)	0,49 (0,2)	61	2,33 (0,4)	0,98 (0,2)	14.38	.001	.65	3.96	.048	.34	1.44	.231	--		
	Erbrechen	76	1,36 (0,4)	0,45 (0,2)	62	2,40 (0,4)	0,73 (0,2)	19.31	.001	.76	2.54	.113	--	1.87	.174	--		
	Abführmittel	76	0,60 (0,2)	0,16 (0,1)	61	0,59 (0,2)	0,38 (0,2)	4.72	.032	.38	.21	.647	--	.31	.573	--		
	Entwässerungsmittel	76	0,17 (0,2)	0,05 (0,1)	62	0,38 (0,2)	0,13 (0,1)	.17	.678	--	.83	.363	--	.14	.703	--		
	Auslassen von Mahlz.	77	4,99 (0,4)	1,78 (0,3)	62	5,18 (0,5)	1,81 (0,4)	102.96	.001	1.75	.05	.823	--	.05	.824	--		
	Kalorienarm	76	5,88 (0,4)	1,78 (0,4)	62	6,25 (0,5)	1,93 (0,4)	113.57	.001	1.85	.31	.574	--	.06	.796	--		
	Planessen	73	5,43 (0,4)	7,35 (0,3)	60	4,90 (0,5)	6,07 (0,4)	17.48	.001	.74	3.25	.074	--	.86	.354	--		
	Fasten	76	1,08 (0,3)	0,14 (0,1)	62	1,32 (0,3)	0,21 (0,1)	21.33	.001	.80	.36	.547	--	.13	.713	--		
	Sport	77	4,20 (0,4)	1,63 (0,3)	62	3,03 (0,5)	1,44 (0,4)	37.43	.001	1.06	1.74	.189	--	1.85	.175	--		
EDI-2	SS	139	29,79 (0,8)	25,74 (0,8)	82	29,16 (1,1)	22,67 (1,1)	74.75	.001	1.17	1.80	.181	--	3.77	.053	--		
	B	136	15,41 (0,8)	12,19 (0,5)	81	15,08 (1,1)	10,78 (0,7)	53.26	.001	1.00	.60	.438	--	.96	.327	--		
	UK	139	39,57 (0,9)	36,81 (1,0)	80	39,93 (1,3)	34,69 (1,4)	34.65	.001	.80	.29	.585	--	2.85	.093	--		
	I	135	36,91 (1,0)	34,12 (0,9)	79	34,45 (1,4)	28,61 (1,3)	45.07	.001	.93	6.11	.014	.34	5.02	.026	.31		
	P	136	22,36 (0,6)	21,70 (0,6)	81	21,49 (0,8)	19,77 (0,8)	10.50	.001	.44	2.16	.143	--	2.01	.157	--		
	M	139	23,97 (0,6)	22,96 (0,6)	82	23,15 (0,8)	21,63 (0,8)	13.71	.001	.50	1.32	.250	--	.36	.546	--		
	IW	137	36,14 (0,9)	32,68 (0,9)	81	33,26 (1,2)	27,90 (1,2)	54.83	.001	1.01	6.47	.012	.35	2.19	.140	--		
	AE	134	29,21 (0,7)	26,7 (0,6)	78	26,86 (1,0)	24,16 (0,9)	41.96	.001	.90	4.73	.031	.30	.02	.868	--		

* Eine Tabelle über die F- und p-Werte der Haupteffekte der Prädiktoren befindet sich im Anhang.

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Tabelle 5.18: Aufnahme-Entlassung-TG/KG-Design. Varianzanalysen mit kontrollierten Mittelwerten (Wohnen mit/ohne Eltern (effektkodiert); Alter (z-transformiert), Aufenthaltsdauer (z- u. wurzel-transformiert) und Interaktion: Alter*Aufenthaltsdauer) zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt. Psychische und psychosomatische Belastung (SCL-90-R) und Krankheitsursachen-Zuweisung (AFKA). *d*: Effektstärke nach Cohen.

		Treatmentgruppe				Kontrollgruppe				Zeit			TG/KG			Zeit x TG/KG				
		Aufnahme		Entlassung		Aufnahme		Entlassung		F	p _{2t}	d	F	p _{2t}	d	F	p _{2t}	d		
		n	M	(SE)	M	(SE)	n	M	(SE)										M	(SE)
SCL-90-R																				
	SOMA	124	1,00	(0,1)	0,70	(0,1)	81	0,94	(0,1)	0,68	(0,1)	23.40	.001	.68	.11	.731	--	.04	.831	--
	ZWANG	124	1,39	(0,1)	1,00	(0,1)	81	1,27	(0,1)	0,82	(0,1)	51.24	.001	1.01	1.48	.225	--	.19	.658	--
	UNSI	123	1,62	(0,1)	1,19	(0,1)	79	1,51	(0,1)	1,00	(0,1)	49.78	.001	1.00	1.52	.219	--	.47	.492	--
	DEPR	124	1,72	(0,1)	1,16	(0,1)	80	1,61	(0,1)	0,97	(0,1)	84.85	.001	1.30	1.32	.251	--	.30	.582	--
	ANGS	124	1,01	(0,1)	0,82	(0,1)	81	1,01	(0,1)	0,85	(0,1)	6.14	.014	.35	.02	.885	--	.04	.834	--
	AGGR	125	1,00	(0,1)	0,90	(0,1)	80	0,92	(0,1)	0,69	(0,1)	5.57	.019	.33	1.19	.276	--	1.19	.277	--
	PHOB	125	0,54	(0,1)	0,36	(0,1)	81	0,56	(0,1)	0,33	(0,1)	22.96	.001	.67	.00	.954	--	.29	.585	--
	PARA	124	1,08	(0,1)	0,87	(0,1)	81	1,02	(0,1)	0,73	(0,1)	17.42	.001	.59	.73	.391	--	.45	.500	--
	PSYC	121	0,83	(0,1)	0,57	(0,1)	72	0,79	(0,1)	0,51	(0,1)	26.62	.001	.75	.22	.633	--	.04	.826	--
	GSI	124	1,20	(0,1)	0,87	(0,1)	81	1,13	(0,1)	0,77	(0,1)	54.91	.001	1.04	.78	.377	--	.15	.692	--
AFKA																				
	Familie	50	0,70	(0,2)	1,23	(0,1)	61	0,84	(0,1)	0,93	(0,1)	14.36	.001	.73	.21	.648	--	5.91	.017	.47
	Selbst	51	1,38	(0,1)	1,44	(0,1)	61	1,08	(0,1)	0,85	(0,1)	1.45	.230	--	6.28	.014	.48	2.01	.159	--
	Eltern	49	0,05	(0,2)	0,38	(0,2)	58	-0,02	(0,1)	-0,04	(0,1)	2.02	.157	--	1.51	.221	--	2.17	.143	--
	Stress	50	0,79	(0,1)	0,74	(0,2)	59	1,02	(0,1)	0,78	(0,1)	.07	.787	--	.47	.494	--	.79	.374	--
	Finanzen	47	-0,56	(0,1)	-0,80	(0,2)	59	-0,39	(0,1)	-0,45	(0,1)	3.27	.074	--	1.75	.189	--	.76	.385	--
	Schicksal	50	-0,52	(0,2)	-0,75	(0,1)	57	-0,24	(0,2)	-0,26	(0,1)	1.55	.215	--	3.79	.054	--	.72	.396	--
	Körper	49	-0,02	(0,2)	-0,08	(0,2)	58	-0,30	(0,1)	-0,14	(0,1)	.01	.897	--	.83	.363	--	.75	.388	--
	Sucht	48	-1,39	(0,1)	-1,46	(0,1)	57	-1,32	(0,1)	-0,10	(0,1)	2.15	.145	--	3.21	.076	--	2.44	.121	--

* Eine Tabelle über die F- und p-Werte der Haupteffekte der Prädiktoren befindet sich im Anhang.

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Tabelle 5.19: Aufnahme-Entlassung-TG/KG-Design. Varianzanalysen mit kontrollierten Mittelwerten (Wohnen mit/ohne Eltern (effektkodiert); Alter (z-transformiert), Aufenthaltsdauer (z- u. wurzel-transformiert) und Interaktion: Alter* Aufenthaltsdauer) zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt. Einschätzung der Familienbeziehungen. *d*: Effektstärke nach Cohen.

		Treatmentgruppe					Kontrollgruppe					Zeit		TG/KG			Zeit x TG/KG			
		Aufnahme		Entlassung			Aufnahme		Entlassung			<i>F</i>	<i>p</i> _{2t}	<i>d</i>	<i>F</i>	<i>p</i> _{2t}	<i>d</i>	<i>F</i>	<i>p</i> _{2t}	
		<i>n</i>	<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>n</i>	<i>M</i>	(<i>SE</i>)	<i>M</i>	(<i>SE</i>)									
FB	AE	52	6,37	(0,5)	6,15	(0,4)	61	4,93	(0,4)	5,43	(0,4)	1.72	.192	--	3.20	.076	--	1.86	.175	
	RV	51	6,06	(0,4)	6,35	(0,4)	61	5,02	(0,4)	5,02	(0,4)	.90	.343	--	4.83	.030	.42	.31	.576	
	KOM	51	5,33	(0,5)	5,00	(0,4)	61	3,93	(0,4)	4,45	(0,4)	.54	.462	--	2.66	.105	--	2.37	.126	
	E	51	5,21	(0,4)	5,38	(0,4)	61	4,22	(0,4)	4,85	(0,4)	8.73	.004	.57	2.04	.155	--	1.06	.305	
	AB	51	4,40	(0,5)	4,70	(0,5)	61	3,35	(0,4)	3,74	(0,4)	3.97	.049	.38	2.57	.112	--	.03	.846	
	K	51	4,48	(0,4)	5,20	(0,3)	61	4,35	(0,3)	4,32	(0,3)	3.12	.080	--	1.30	.256	--	1.94	.166	
	WN	51	4,32	(0,4)	4,53	(0,4)	61	4,11	(0,3)	4,60	(0,4)	5.63	.019	.45	.02	.889	--	.40	.526	
	Summe	51	36,12	(2,5)	37,28	(2,5)	61	29,86	(2,3)	32,38	(2,3)	4.95	.027	.43	2.72	.102	--	.26	.607	
SFB	Potenz	KM	49	2,88	(0,5)	3,49	(0,5)	58	4,46	(0,5)	5,35	(0,5)	9.46	.003	.64	6.18	.015	.51	.19	.657
		KV	49	3,13	(0,5)	3,55	(0,6)	51	2,92	(0,5)	3,66	(0,6)	1.95	.166	--	.00	.948	--	.22	.639
		VK	49	4,74	(0,6)	4,89	(0,6)	51	6,17	(0,6)	6,00	(0,6)	.53	.467	--	2.32	.131	--	.31	.578
		VM	46	4,22	(0,6)	4,65	(0,7)	50	5,51	(0,6)	6,14	(0,7)	1.32	.253	--	2.33	.130	--	.06	.801
		MK	49	3,59	(0,7)	3,91	(0,6)	57	4,75	(0,7)	4,71	(0,6)	.19	.664	--	1.19	.277	--	.19	.664
		MV	47	4,22	(0,7)	4,61	(0,6)	50	4,62	(0,7)	5,26	(0,7)	1.14	.288	--	.31	.574	--	.12	.726
		FaSu	50	21,78	(2,1)	23,80	(2,2)	58	26,32	(2,0)	28,91	(2,1)	3.17	.078	--	2.77	.099	--	.05	.813
	Valenz	KM	49	4,34	(0,6)	4,55	(0,6)	57	5,48	(0,6)	5,53	(0,5)	.02	.870	--	1.89	.172	--	.05	.822
		KV	49	3,28	(0,6)	3,28	(0,6)	51	3,92	(0,7)	4,85	(0,6)	.94	.333	--	1.57	.212	--	1.46	.229
		VK	49	3,21	(0,6)	4,02	(0,4)	51	3,49	(0,6)	3,98	(0,7)	1.49	.224	--	.02	.886	--	.13	.715
		VM	46	2,35	(0,7)	2,25	(0,8)	50	3,36	(0,8)	4,19	(0,8)	.03	.864	--	1.76	.188	--	1.39	.241
		MK	49	4,71	(0,6)	5,43	(0,5)	57	5,96	(0,6)	5,71	(0,5)	.00	.954	--	.98	.324	--	1.70	.194
		MV	47	2,95	(0,7)	3,17	(0,8)	50	4,88	(0,8)	4,75	(0,8)	.00	.933	--	2.72	.102	--	.166	.684
		FaSu	50	19,50	(2,6)	21,53	(2,8)	58	25,37	(2,4)	26,44	(2,6)	.27	.603	--	2.16	.144	--	.12	.729

* Eine Tabelle über die F- und p-Werte der Haupteffekte der Prädiktoren befindet sich im Anhang.

5.3.2 Aufnahme-Katamnese

Bevor die Katamneseergebnisse mit dem Aufnahmezeitpunkt und der Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe berichtet werden (**F3**), soll untersucht werden, ob die zahlenmäßig kleine Katamnese Stichprobe repräsentativ für die hier untersuchten Patientinnen ist, oder ob spezifische Eigenschaften wie bspw. höhere Anfangsbelastung oder geringere Besserung zum Entlassungszeitraum die Selbstselektion (drop outs) bestimmen. Dazu werden die Anfangs- und Entlassungswerte der Patienten/-innen, die an der Katamnese teilgenommen haben, mit denen, die dem Katamnese-Aufruf nicht gefolgt sind, verglichen.

Wer nimmt an der Katamnese teil?

In Tabelle 5.20 sind einige Eckdaten beider Teilstichproben aufgeführt. Hier variiert die Stichprobengröße stark, weil nicht von allen die erfragten Daten vorhanden sind. Im Alter unterscheiden sich die beiden Teilstichproben gar nicht. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer bis zum Klinikaufenthalt hat eine so hohe Streuung, dass ein Unterschied erst spät nachweisbar ist. Der Body-Mass-Index der Patienten/-innen, die an der Katamnese teilgenommen haben, ist während des Klinikaufenthaltes um 0,5 Punkte mehr angestiegen als bei den Patientinnen ohne Katamnese. Dies deutet darauf hin, dass Patienten/-innen, die mehr profitiert haben – zumindest was das lebenswichtige Kriterium Gewicht angeht – eher bereit sind, auch die Folgerhebung zu beantworten.

Tabelle 5.20: Vergleich der Katamnese Stichprobe mit den Patienten/-innen, die nicht an der Katamnese teilgenommen haben.

	Katamnese vorhanden			Katamnese nicht vorhanden		
	n	M	(SD)	n	M	(SD)
Alter	65	19,6	(4,4)	213	19,2	(6,1)
Erkrankungsdauer (in Monaten)	64	36,1	(36,6)	191	40,3	(50,0)
Aufnahme-BMI _{obj}	63	15,9	(3,0)	212	15,8	(3,0)
Entlassungs-BMI*	63	18,9	(1,5)	212	18,3	(2,0)
Zufriedenheit Entlassung	29	2,2	(0,5)	83	2,3	(0,6)

*T(273) = 2.122; p < .05

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Tabelle 5.21: Die Essstörungen-Diagnosen der Katamnese-Stichprobe und der Patienten/-innen, die nicht an der Katamnese teilgenommen haben.

	Katamnese vorhanden (n = 65; 23%)		Katamnese nicht vorhanden (n = 213)	
Anorexia nervosa	57	87,7%	181	85%
Bulimia nervosa	7	10,8%	28	13,1%
Sonstige Essstörungen	1	1,5%	4	1,9%

Prozentual gesehen sind etwas mehr Patienten/-innen der Katamnese-Stichprobe an Anorexia nervosa erkrankt und etwas mehr der Nichtteilnehmerinnen an einer Bulimia nervosa erkrankt (Tabelle 5.21).

Der Vergleich der Fragebogen-Daten ergibt nur in der EDI-2-Skala Perfektionismus einen bedeutsamen Unterschied zwischen den Katamnese-Teilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen (Tabelle 5.22). Und zwar ist das *Perfektionismus-Streben* in der Katamnese-Teilgruppe signifikant größer ($F_{1,213} = 7.98$; $p < .05$), was die Teilnahmebereitschaft mit erklären kann.

Tabelle 5.22: Vergleich der Standardisierten Fragebogendaten der Patientinnen mit und ohne Katamnese-Teilnahme.

K:	Katamnese vorhanden					Katamnese nicht vorhanden					Haupteffekt K		Interaktion AE * K	
	Anfangswerte			Entlasswerte		Anfangswerte			Entlasswerte					
AE:	n	M	SE	M	SE	n	M	SE	M	SE	F	p _{2t}	F	p _{2t}
Sci-90-R														
GSI	54	1,19	0,1	0,98	0,1	165	1,14	0,1	0,76	0,0	2,07	.151	4.11	.044
EDI-2														
SS	58	30,4	1,2	26,4	1,2	178	29,2	0,7	23,8	0,7	2,57	.110	2.04	.154
B	58	16,0	1,2	13,0	0,8	174	15,1	0,7	11,2	0,4	1,68	.195	n.s.	n.s.
I	57	35,8	1,5	33,8	1,4	172	36,0	0,8	31,0	0,8	n.s.	n.s.	7.05	.008
P*	58	23,5	0,8	22,9	0,8	174	21,4	0,5	20,2	0,5	7.98	.005	n.s.	n.s.
M	58	24,3	0,8	23,6	0,8	178	23,5	0,5	21,9	0,5	1,96	.162	2.78	.097
FB-A														
Summe	30	32,5	3,2	38,6	3,1	89	33,3	1,7	33,1	1,8	n.s.	n.s.	6.22	.014
SFB														
KM-Pot	29	3,8	0,7	4,6	0,7	85	3,6	0,4	4,6	0,4	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
KV-Pot	24	3,5	0,7	4,0	0,8	82	3,1	0,4	3,6	0,4	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
KM-Val	29	5,7	0,7	5,6	0,7	84	4,7	0,4	5,0	0,4	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
KV-Val	24	4,6	0,9	5,0	0,9	82	3,4	0,5	3,9	0,5	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

K: Katamnese (nicht) / vorhanden; AE: Aufnahme-Entlassung.

*Effektstärke für Haupteffekt K: $d = 3.99$.

Außerdem konnten drei Aufnahme-Entlassung*Katamnese-Teilnahme/Nichtteilnahme Interaktionseffekte festgestellt werden. An der Katamnese teilgenommen hat, wer sich während des Klinikaufenthaltes im Vergleich zu denen, die nicht teilgenommen haben, in den Beschwerden (*GSI*) weniger stark gebessert hat, wer seine Familie zum Zeitpunkt der Entlassung deutlich als dysfunktionaler eingeschätzt

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

hat als bei Aufnahme (s.a. Abbildung 5.10) und wer ein stärkeres *Perfektionismus-Streben* und eine geringere Besserung im *Ineffektivitätsgefühl* hat. D.h. hier gilt – entgegen der üblichen Zufriedenheits-Selbstreduktion –: je höher die Beschwerden und das *Perfektionismus-Streben* bei Entlassung, umso eher wird an der Katamnese teilgenommen.

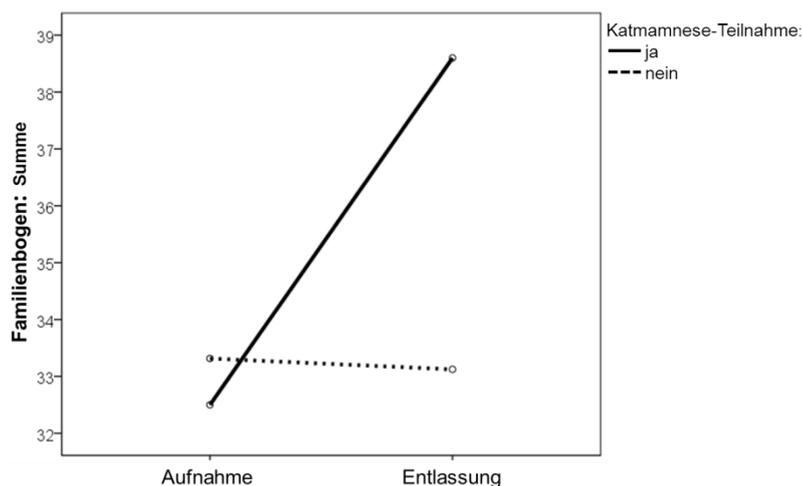


Abbildung 5.10: Katamnese-Teilnehmer vs. -Verweigerer: Summe der Skalen des Familienbogens zur Aufnahme und Entlassung.

Veränderungen im Aufnahme-Katamnese-Zeitraum

Auch in dem Aufnahme-Katamnese-Vergleich wurden von den 65 Katamnese Patientinnen-Daten (s. Kap. 4.4, Tabelle 4.10) diejenigen herausgenommen, die die Klinik nur für die Therapiewoche besuchten, aber ansonsten zu dieser Zeit nicht stationär aufgenommen waren, und die mit „Sonstigen Essstörungen“ diagnostiziert wurden waren. Dies betrifft zwei Fälle.

Der mittlere Katamnesezeitraum – von der Entlassung bis zum Ausfüllen des Katamnese-Bogens – beträgt 8,08 Monate (*SD*: 3,6; Min: 2; Max: 19).

Die Tabelle 5.23 zeigt den Aufnahme-Katamnese-Vergleich. Es wurde, wie auch schon in der Aufnahme-Entlassungs-Berechnung, eine messwiederholte Varianzanalyse mit den in Kap. 5.1 herausgefundenen, bedeutsamen Prädiktoren *Alter*, *Wohnen mit/ohne Eltern*, *Aufenthaltslänge* und *Alter*Aufenthaltslänge* durchgeführt. Dass die Anzahl an Patienten/-innen mit Katamneseangaben hier teilweise noch kleiner wird, geht auf unvollständig ausgefüllte Fragebögen zurück. In den Beziehungsfragebögen bleiben nur noch weniger als 10 Fälle übrig, weswegen eine aussagekräftige Auswertung nicht möglich ist.

5.3 Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Die Analyse zeigt, dass nicht alle Veränderungen auch längerfristig als bedeutsam nachweisbar sind. Signifikante Symptom-Besserungen über beide Gruppen (Treatment- und Kontrollgruppe) können vor allem in der Zunahme an *Körpergewicht* (Kg_subjektiv bzw. BMI_subjektiv, objektive Gewichtsangaben nach der Entlassung liegen nicht vor) (**H3.5**) festgestellt werden (Tabelle 5.23). Hier sind die Effektstärken mit $d > 2.0$ groß. Außerdem zeigen sich signifikante Symptom-Besserungen in der Abnahme von gegensteuernden Maßnahmen, wie *Erbrechen*, *Auslassen von Mahlzeiten* ($d = 1.07$), *kalorienarmem Essen* ($d = .94$), oder *Sport*. In dem Essstörungen-Fragebogen können mit mindesten mittleren Effektstärken in den EDI-2-Skalen *Schlankheitsstreben*, *Unzufriedenheit mit dem Körper* ($d = 1.32$), und *Angst vor dem Erwachsenwerden* deutliche Besserungen festgestellt werden. Außerdem kann eine Tendenz zur Besserung in der *Interozeptive Wahrnehmung* gezeigt werden. In den psychischen und psychosomatischen Belastungen (SCL-90-R) zeigen sich keine signifikanten Veränderungen.

Der für die Treatment-Evaluation relevante Interaktionseffekt (**H3.6**) zeigt sich nur noch im Körpergewicht (Abbildung 5.11): Auch im Aufnahme-Katamnese-Vergleich nehmen die, Anfangs etwas weniger wiegenden, Patientinnen der Treatmentgruppe signifikant stärker zu als die der Kontrollgruppen (mittlere Effektstärke, $d > .50$).

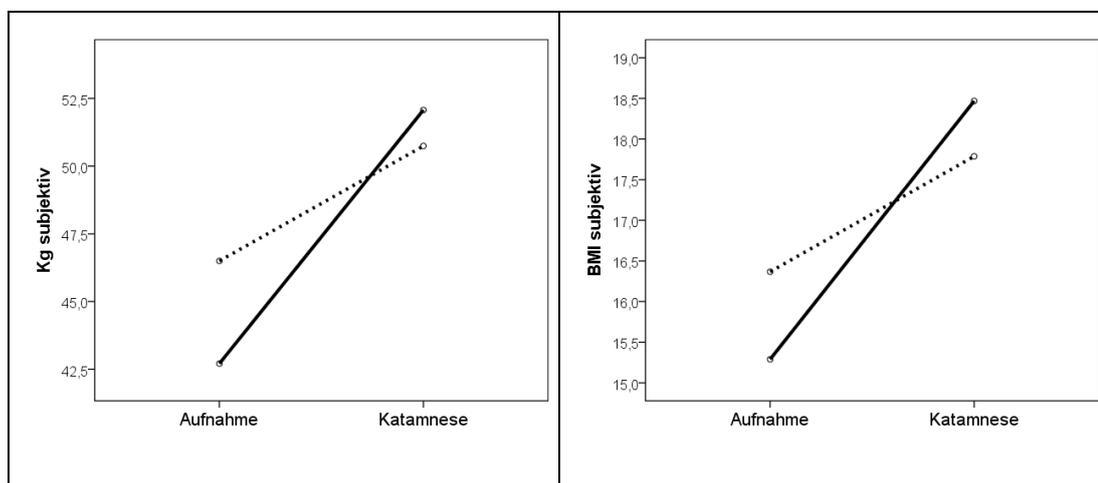


Abbildung 5.11: Gewicht in Kg und BMI (subjektive Angaben) in der Treatment- und Kontrollgruppe (kontrolliert um Alter, Wohnsituation, Aufenthaltslänge und Alter* Aufenthaltslänge). Kontrollgruppe — Treatmentgruppe

5. Ergebnisse

Tabelle 5.23: Aufnahmen-Katamnese-TG/KG-Vergleich. Varianzanalysen mit kontrollierten Mittelwerten (Wohnen mit/ohne Eltern (effektkodiert); Alter (z-transformiert), Aufenthaltsdauer (z- u. wurzel-transformiert) und Interaktion: Alter*Aufenthaltsdauer) zum Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt.

		Treatmentgruppe (TG)				Kontrollgruppe (KG)				Zeit			TG/KG		Zeit x TG/KG				
		Aufnahme		Katamnese		Aufnahme		Katamnese		F	p _{2t}	d	F	p _{2t}	F	p _{2t}	d		
		n	M	(SE)	M	(SE)	n	M	(SE)									M	(SE)
Gewicht in Kg	subjektiv	38	42,71	(1,5)	52,07	(1,5)	19	46,50	(2,2)	50,74	(2,2)	59.23	.001	2.15	.22	.635	6.80	.012	.73
BMI	subjektiv	38	15,29	(0,4)	18,47	(0,3)	19	16,37	(0,6)	17,79	(0,5)	53.06	.001	2.04	.09	.758	6.23	.016	.69
Essverhalten (letzte 3 Monate):																			
	Essanfälle	39	1,64	(0,4)	1,72	(0,4)	20	1,46	(0,6)	1,54	(0,6)	.00	.980	--	.08	.778	.00	.997	--
	Erbrechen	40	2,00	(0,5)	1,17	(0,4)	20	2,41	(0,7)	1,02	(0,5)	7.99	.007	.76	.04	.834	.40	.529	--
	Abführmittel	39	0,62	(0,3)	0,22	(0,1)	20	0,78	(0,4)	0,39	(0,2)	1.66	.203	--	.31	.576	.00	.986	--
	Entwässerungsmittel	39	0,32	(0,2)	0,12	(0,2)	20	0,28	(0,4)	0,72	(0,3)	.35	.552	--	.66	.417	1.22	.274	--
	Auslassen von Mahlz.	40	4,69	(0,5)	3,54	(0,5)	20	6,47	(0,7)	3,52	(0,7)	15.51	.001	1.07	1.51	.223	2.51	.118	--
	Kalorienarm	40	5,10	(0,5)	3,75	(0,4)	20	6,86	(0,8)	3,88	(0,7)	11.96	.001	.94	1.92	.171	1.69	.198	--
	Planessen	40	5,40	(0,6)	4,59	(0,6)	20	5,43	(0,9)	3,96	(0,9)	2.29	.136	--	.10	.743	.24	.621	--
	Fasten	39	1,09	(0,4)	0,77	(0,3)	20	1,81	(0,5)	0,98	(0,4)	1.45	.233	--	1.01	.319	.45	.504	--
	Sport	40	3,55	(0,5)	2,35	(0,5)	20	4,45	(0,8)	3,34	(0,7)	4.61	.036	.58	1.54	.219	.00	.935	--
EDI-2	SS	35	30,60	(1,6)	26,65	(1,5)	20	30,74	(2,2)	27,99	(2,1)	6.56	.014	.73	.09	.764	.22	.640	--
	B	35	16,06	(1,6)	15,52	(1,3)	20	14,27	(2,1)	14,81	(1,8)	.03	.847	--	.28	.597	.29	.592	--
	UK	33	43,46	(1,6)	27,53	(1,9)	20	41,69	(2,1)	35,96	(2,5)	20.48	.001	1.32	.36	.548	.00	.939	--
	I	34	37,03	(1,9)	35,22	(1,9)	20	33,90	(2,6)	35,14	(2,5)	.54	.463	--	.29	.588	.90	.347	--
	P	35	24,34	(1,0)	24,23	(1,0)	20	21,97	(1,4)	23,41	(1,4)	.65	.424	--	.99	.323	.82	.369	--
	M	35	24,80	(1,1)	24,58	(1,1)	20	22,69	(1,5)	24,79	(1,4)	.19	.661	--	.32	.572	1.42	.238	--
	IW	34	37,84	(1,9)	34,94	(1,7)	20	36,15	(2,5)	35,06	(2,3)	3.11	.084	.50	.07	.786	.46	.501	--
	AE	34	30,39	(1,3)	27,72	(1,4)	20	26,50	(1,7)	25,46	(1,8)	4.42	.041	.60	2.01	.162	.85	.359	--
SCL-90-R	SOMA	33	0,91	(0,1)	0,79	(0,1)	19	0,93	(0,1)	1,05	(0,2)	.00	.955	--	.56	.456	1.15	.288	--
	ZWANG	33	1,48	(0,1)	1,24	(0,1)	19	1,19	(0,2)	1,33	(0,2)	.32	.574	--	.24	.625	1.93	.171	--
	UNSI	32	1,71	(0,2)	1,63	(0,2)	19	1,34	(0,2)	1,57	(0,2)	.00	.925	--	.60	.441	1.00	.320	--
	DEPR	31	1,73	(0,2)	1,52	(0,2)	19	1,55	(0,2)	1,43	(0,2)	1.57	.216	--	.33	.564	.06	.796	--
	ANGS	32	1,12	(0,1)	1,05	(0,1)	19	1,00	(0,2)	0,99	(0,2)	.10	.747	--	.17	.681	.05	.809	--
	AGGR	31	1,09	(0,2)	1,29	(0,2)	19	1,03	(0,2)	1,13	(0,2)	1.14	.291	--	.16	.687	.11	.731	--
	PHOB	32	0,59	(0,1)	0,46	(0,1)	19	0,66	(0,2)	0,74	(0,2)	.16	.683	--	.91	.345	.65	.424	--
	PARA	30	1,06	(0,1)	1,24	(0,2)	19	1,06	(0,2)	1,16	(0,2)	.99	.324	--	.02	.876	.08	.770	--
	PSYC	32	0,99	(0,1)	0,80	(0,1)	19	0,76	(0,2)	0,68	(0,2)	2.22	.143	--	.74	.393	.20	.655	--
	GSI	31	1,25	(0,1)	1,15	(0,1)	19	1,13	(0,2)	1,15	(0,2)	.32	.573	--	.10	.753	.29	.593	--

6. Diskussion

Untersucht wurde die Wirkung der Integration der Eltern in die stationäre Behandlung ihrer essgestörten Kinder. Dazu wurden Patientinnen¹⁰ und ihre Eltern, die gemeinsam an einer Eltern-Kind-Therapiewoche teilnahmen untersucht und mit Patientinnen derselben Klinik verglichen, die nicht an der Therapiewoche teilnahmen.

Es gibt drei inhaltliche Schwerpunkte. Im ersten wurden nach Gründen für die Wahl des Treatments gesucht (Frage 1). Der zweite Schwerpunkt der Arbeit befasste sich im Vorher-nachher-Vergleich mit der Evaluation des Treatments durch die Patientinnen und ihre Eltern (Frage 2) und der Dritte zog einen Vergleich zu Kontrollgruppenpatientinnen von Aufnahme bis Entlassung bzw. von Aufnahme bis zur Katamnese (Frage 3).

Zunächst werden die Fragestellungen beantwortet und die Ergebnisse bewertet und in einem weiteren Abschnitt in die empirische Datenlage eingeordnet. Dem folgt die Diskussion der Einschränkungen der Studie. Abgerundet wird dieses Kapitel durch ein Fazit und Ausblick für zukünftige Untersuchungen.

6.1 *Bewertung der Ergebnisse*

F1: Welche Faktoren führen dazu, dass sich die Patientinnen für das Treatment entscheiden?

Diese Fragestellung ist den beiden zentralen Fragestellungen vorangestellt, weil sie überprüfen soll, welche Einflussgrößen in der Beantwortung der anderen Fragestellungen berücksichtigt werden müssen. Da es sich bei der Gruppenaufteilung um eine Selbstselektion handelt, ist es für die Auswertung wichtig zu analysieren, wieso sich einige Patientinnen für und andere gegen das Treatment entschieden haben (Kap. 5.1). Die Untersuchung dieser Fragestellung ergibt vier Einflussgrößen: Aufenthaltslänge, Alter, „noch bei den Eltern lebend“ und Alter*Aufenthaltslänge. Den größten Einfluss hat die Länge des Aufenthaltes. Je länger sich die Patientinnen

¹⁰ Auch im Diskussionsteil wird, weil die Mehrzahl weibliche Patienten sind, nur die weibliche Form verwendet. Die männlichen Patienten sind selbstverständlich mit inbegriffen.

in der Klinik befinden, desto eher nehmen sie am Treatment teil. Man könnte mutmaßen, dass ganz allgemein die Wahrscheinlichkeit, ein Angebot wahrzunehmen mit der Länge des Aufenthaltes steigt. Es lässt sich also vermuten, dass dieser Effekt nicht spezifisch für dieses Treatment ist, sondern ein allgemeines Phänomen ist. Allerdings ist die Aufenthaltslänge nicht der einzige Selektionsfaktor. Auch das Alter der Patientinnen beeinflusst die Wahl des Treatments. Jüngere entscheiden sich eher für das Treatment. Dies ist nicht weiter verwunderlich, weil es sich um ein familientherapeutisches Angebot handelt und jüngere Patientinnen noch stärker in die Familie eingebunden sind bzw. noch mit ihr zusammen leben, weswegen die Wohnsituation ein weiterer Einflussfaktor ist. Beide Faktoren wirken auch zusammen: junges Alter und ein langer Aufenthalt steigern gemeinsam die Wahrscheinlichkeit der Treatmentwahl. Häufig ist es aber auch so, dass gerade die jungen Patientinnen länger in stationäre Behandlung gehen, um sie z. B. möglichst lang aus dem familiären bisher nicht heilungsfördernden bzw. sogar Symptom stützenden Umfeld heraus zu nehmen. Massing und Kollegen (2006) befürworten in ihrer klinischen Arbeit die (vorübergehende) Trennung der Patientin von der Familie und ihren krankmachenden Strukturen, vor allem dann, wenn keine Familientherapie stattfindet. Zwar würde die Familie krank bleiben und sich einen neuen Symptomträger suchen, aber der jetzigen Inpatientin ist damit geholfen. Die vier ermittelten Faktoren, die dazu führten, dass die Patientinnen sich für das Treatment entschieden haben, wurden in den zur Beantwortung der folgenden Fragen durchgeführten Berechnungen statistisch kontrolliert.

F2: Welchen unmittelbaren Einfluss hat die Eltern-Kind-Therapiewoche auf die Teilnehmenden und ihre Beschwerden, gemessen an der Zufriedenheit, Erwartungserfüllung und klinischen Symptomen im Prä-Post-Vergleich? Und bessern sich bestimmte Familien und Patientinnen stärker?

Evaluation

Die Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche ist der zweite Schwerpunkt der Arbeit (F2). Die positive Wirkung der Therapiewoche konnte an der hohen Zufriedenheit und Erwartungserfüllung von Patientinnen und Eltern festgemacht werden.

Innerhalb von nur einer Woche konnten bei den Patientinnen in fast allen

Bereichen signifikante Symptombesserungen (EDI-2 u. SCL-90-R) nachgewiesen werden mit teilweise sogar kleinen ($d < .50$) Effektstärken (**H2.1**). Führt man sich die Schwere der Erkrankung einer Anorexie oder Bulimie vor Augen, ist es sehr erstaunlich, dass gerade die Essstörungsspezifischen Symptome (EDI-2) in einer so kurzen Zeit deutlich zurückgehen. Von daher können diese kleinen Effektstärken als klinisch durchaus bedeutungsvoll angesehen werden. Natürlich wird sich diese Erstbesserung wieder etwas angleichen und der für viele nach der Therapiewoche weitergehende Alltag seines dazu beitragen, dass sich dieser Effekt etwas verringert. Nichts desto trotz spiegelt sich die hohe Zufriedenheit der Teilnehmer auch in den klinischen Daten wieder.

Die Selbstzuweisung der Krankheitsursache (AFKA) ist nach der Eltern-Kind-Therapiewoche zu Gunsten der Familie etwas gewichen: Nach dem Treatment weisen signifikant mehr Patientinnen der Familie eine Mitverursachung zu. Auch dies kann als ein Fortschritt angesehen werden, wenn berücksichtigt wird, dass an Anorexie Erkrankte zur Beschönigung neigen und sich unter den Teilnehmenden vor allem Anorexie-Patientinnen befinden.

Die Veränderungen im familiären Bereich (**H2.1**) zeigen sich im Familienbogen (FB-A) kaum. Lediglich die Skala *Aufgabenerfüllung* hat sich signifikant gebessert. D.h. die Patientinnen können sich besser entwicklungsbedingten Anforderungen anpassen, in Stresssituationen Muster zur Aufgabenerfüllung einhalten und die Aufgabenverteilung mehr in Übereinstimmung mit der Familie festlegen.

Da sich aber in der Erwartungserfüllung (Tabelle 5.6: Veränderungen in der Familie) und im Subjektiven Familienbild (SFB) Verbesserungen im familiären Bereich zeigen, könnte gemutmaßt werden, dass der Familienbogen diese Veränderungen nicht gut abbildet, zumindest nicht in dieser kurzen Zeit von einer Woche. Im SFB hingegen zeigen sich signifikante Besserungen in dem subjektiven *Autonomieerleben* (Potenz), vor allem vom und zum Vater. Und auch das *Verbundenheitsgefühl* (Valenz) in der Familie nimmt deutlich zu. Die Familie scheint also in dieser Woche gelernt zu haben, der Patientin auf der einen Seite mehr Selbstständigkeit und Eigenverantwortung zu zutragen, auf der anderen Seite aber auch ein stärkeres Zusammenhaltsgefühl zu entwickeln.

Insgesamt kann die Hypothese **H2.1** also angenommen werden.

Die Eltern weisen weniger bedeutsame Veränderungen auf, allerdings befinden sie sich mit ihren Beschwerden auch weniger stark im klinisch auffälligen Bereich (**H2.2**). Bei den Eltern zeigt der Familienbogen Veränderungen auf.

Ein signifikanter Rückgang der Beschwerden konnte in der *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Aggressivität*, *phobischen Angst* und im Gesamtbeschwerdescore *GSI* festgestellt werden. Vereinzelt lassen sich auch Geschlechtsunterschiede feststellen, welche stärkere Beschwerden bei den Müttern als bei den Vätern aufweisen.

Auch die Eltern sahen nach der Therapiewoche mehr Beteiligung an der Krankheitsentstehung bei der Familie und weniger im Faktor Stress (AFKA). Diese kritischere Einschätzung der Familie ist ein wichtiger Schritt zur Veränderung der krankheitsfördernden Strukturen. Genauso kann die Einschätzung der Familie, die von den Müttern und Vätern nach der Therapiewoche als dysfunktionaler (FB-A) angesehen wird als vorher, als heilungsfördernd gedeutet werden. Denn nicht nur die Anorexie-Patientinnen selbst sondern auch ihre Familien neigen häufig zur Harmonisierung der Beziehungen und Konfliktverleugnungen. Dies zeigt auch der stabile familiäre Konsens (41% Varianzaufklärung) in der Sozialen Erwünschtheit (FB-A SE) im Kap. 5.2.3.1 (Tabelle 5.13).

Insgesamt konnte also nachgewiesen werden, dass die Eltern-Kind-Therapiewoche auch auf die Eltern eine positive Wirkung hat und psychischen und psychosomatischen Stress abbaut. Die Hypothese **H2.2** kann also als angenommen gelten, weil sich in allen Bereichen positive Veränderungen zeigen, die allerdings nicht immer statistische Signifikanz aufweisen.

F2.1: Gibt es bestimmte Familien, die sich stärker bessern als andere?

Der familiäre Konsens – die übereinstimmende Sicht auf die Familie durch die Familienmitglieder – ist ausreichend ausgeprägt, um Treatment bedingte Besserungen auf Ebene der Familien zu interpretieren (Kap. 5.2.3.1). Die Hypothese **H2.1** ist also angenommen. Allerdings gibt es keinen zeitspezifischen Konsens, weder zu Prä (vor dem Treatment) noch zu Post (nach dem Treatment). Die Hypothese **H2.1b** muss daher abgelehnt werden und auf die Suche nach Prädiktoren, die eine unterschiedliche Besserungen zwischen den Familien vorhersagen würden, verzichtet werden (**H2.1b-I**).

Es scheint also keine Familien zu geben, die auf Grund bestimmter Voraussetzungen oder Eigenschaften einen besseren Heilungserfolg durch dieses Treatment haben als andere. Die Eltern-Kind-Therapiewoche scheint also nicht in ihrer Wirkung zwischen bestimmten Familien zu diskriminieren, sondern ein Angebot für jede Familien – sofern indiziert – zu sein. Sicherlich lässt sich dies auch auf gruppendynamische Effekte zurückführen, denn durch die gegenseitige Beeinflussung der Teilnehmer werden sehr unterschiedliche Familien angesprochen. Das Lernen von und durch die Probleme anderer Familien, das entlastenden Gefühl, nicht die einzige Familie mit solchen Problemen zu sein, hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entwicklung und Besserung jeder einzelnen Familie. Dies spiegelt die hohe familiäre Zustimmung der Items zur *sozialen Unterstützung von außen* wider (Tabelle 5.6-8).

Wie zu erwarten gibt es allerdings einen personenspezifischen Konsens, der bei den Patientinnen auch stark genug ist, um nach Prädiktoren, die diese Unterschiede vorhersagen, zu suchen. Dies wird im nächsten Abschnitt diskutiert.

Von Interesse ist hier noch, ob es Veränderungen gibt, die Vater, Mutter und Patientin gleichermaßen wahrnehmen und angeben (**H2.1c**). Die hierfür durchgeführte Varianzanalyse mit den Faktoren Zeit und Person für insgesamt sieben Skalen aus den Fragebögen FB-A, SCL-90-R und AFKA ergab einen Haupteffekt Zeit (Tabelle 5.15). Dieser liegt in der Krankheitsursachenzuschreibung: hier haben alle drei Familienmitglieder gleichermaßen der Familie nach der Therapiewoche stärker eine Mitverursachung zugeschrieben als vor dieser (Abbildung 5.3). Die Hypothese **H2.1c** ist daher angenommen. Dieses Ergebnis ist als positiv zu werten, da häufig eine starke Verleugnung (Vandereycken & Van Humbeeck, 2008) von Konflikten in Familien mit Essstörungen vorherrscht. Das Eingeständnis aller drei Familienmitglieder, dass auch die Familie oder deren Dynamik an der Entstehung der Krankheit beteiligt und nicht die Patientin alleine krank ist, ist eine wichtige Einsicht, um die krankmachenden Strukturen zu verändern. Aus Systemtherapeutischer Sicht zeigt die Erkrankung an, dass das System Familie in ein Ungleichgewicht geraten ist. Die Patientin wird lediglich als Anzeiger dieser Systemstörung verstanden. Natürlich spielen auch in der Sicht der Systemtheorien weitere Faktoren eine Rolle. Es werden die verschiedenen (Sub)Systeme und deren Wechselwirkungen der Patientin berücksichtigt. So bringt das intraindividuelle

System der Patientin eine gewisse Vulnerabilität und Voraussetzung zur Entwicklung einer Essstörung mit sich.

Interessant sind auch die deutlich unterschiedlichen Veränderungen in der Einschätzung der Familienfunktionalität: Die Eltern schätzen die Familie nach der Therapiewoche etwas kritischer ein, die Patientinnen hingegen sehen die Familie nach der Therapiewoche etwas weniger kritisch (Abbildung 5.3). Dies könnte durch die stationäre Vorbehandlung der Patientinnen erklärt werden, die bereits zu einer kritischeren Sicht auf die Familie geführt hat. Die Eltern gehen hingegen wahrscheinlich noch mit dem konfliktvermeidenden, harmonisierenden Verständnis über ihre Familien in die Therapiewoche. Das erklärt auch die Abnahme des Bedürfnisses nach sozialer Erwünschtheit der Eltern (Kap. 5.2.3.1). Dieses ist bei Familien von Anorexie-Erkrankten häufig sehr ausgeprägt. Werte, Normen und soziales Ansehen werden allem übergeordnet. Die Abnahme der *sozialen Erwünschtheit* sollte hier also als ein stärkeres „Ankommen bei sich selbst“ interpretiert werden. Bei den Patientinnen hingegen nimmt die soziale Erwünschtheit nach dem Treatment wieder etwas zu; sie scheinen diese Veränderung in der Familie wieder ausgleichen zu müssen.

F2.2: Gibt es bestimmte Patienten/-innen, die sich stärker bessern als andere?

Ein patientenspezifischer Konsens konnte in Kap. 5.2.3.1 nachgewiesen werden (Tabelle 5.13). Auf der Suche nach Prädiktoren (Kap. 5.2.3.2), die eine Vorhersage über die Stärke der Besserung zulassen, wurden wie erwartet der Einfluss der Familie (**H2.2.1**) und eine Symptom-Besserung der Mütter (**H2.2.2**) gefunden. Die Hypothesen **H2.2.1** und **H2.2.2** gelten also als angenommen.

Der Einfluss der Familie zeigt sich in seiner Bedeutung u. a. in einer stärkeren Besserung in der *Interozeptiven Wahrnehmung* der Patientinnen, wenn keine psychischen und psychosomatischen Belastungen in der Familie angegeben wurden. Auch hat es einen Einfluss auf die Besserung des Misstrauens-Empfinden der Patientinnen, ob die Mütter ihr eigenes Aussehen für wichtig halten oder nicht. Sind die Mütter nicht so stark fokussiert auf ihr Aussehen und ihre Figur, bessern sich die Patientinnen stärker. D.h. die Einstellungen der Mutter zum Körper übertragen sich auf die Patientinnen in negativer Art und Weise. Würde die Mutter also lernen zufriedener mit sich selbst zu sein, wäre der Umgang mit der Tochter wahrscheinlich

entspannter, was sich wiederum auf das Misstrauen dieser positiv auswirken würde. Ebenso hat die Meinung der Mutter eine Bedeutung. Ist diese den Patientinnen wichtig, sind sie auch stärker dadurch beeinflussbar oder vereinnahmbar. Dies wirkt sich positiv auf die *Depressivität* der Patientinnen aus: Wenn ihnen die *Meinung der Mutter* wichtig ist, bessern sie sich stärker. Dies liegt wahrscheinlich daran, dass einer Tochter, der die Meinung der Mutter wichtig ist, in einem wie auch immer definierten Kontakt zu dieser steht.

Dem gegenüber steht, das Ergebnis, dass sich die *Depressivität* der Patientinnen auch stärker bessert, wenn die Patientinnen nicht mehr mit den Eltern zusammen wohnen, also ein geringerer Kontakt vorhanden ist. Allerdings sind die Patientinnen, die nicht mehr bei ihren Eltern leben, von vornerein stärker depressiv als die, die noch bei ihren Eltern leben (Abbildung 5.4). Es könnte also auch sein, dass der Unterschied dadurch zu Stande kommt, dass höhere Anfangswerte auch mehr Veränderungspotenzial mit sich bringen. Das gleiche zeigt sich in der *Angst vor dem Erwachsenwerden*: Auch hier haben *ohne Eltern wohnende* Patientinnen zu Beginn deutlich mehr Angst, bauen dieser aber stärker ab, als jene, die bei ihren Eltern wohnen.

Die Einschätzung der Familienfunktionalität von Patientinnen und Eltern zusammen genommen zeigt das oben schon diskutierte Phänomen, dass die Patientinnen von einer dysfunktionaleren Einschätzung der Familie stärker profitieren (Abbildung 5.5). Ihre *Depressivität*, *Unzufriedenheit mit dem Körper*, *Schlankheitsstreben* und *Bulimisches Verhalten* gehen stärker zurück, wenn nach der Therapiewoche kritischer auf die Funktionalität der Familie geblickt wird, als zuvor. Dies lässt sich wie bereits erläutert durch die Verleugnungstendenz anorektischer Familien erklären.

Der Rückgang der Beschwerden der Patientinnen durch das Profitieren der Mütter zeigt sich in einer gebesserten *Somatisierung* (SCL-90-R) der Mütter und auch hier in der dysfunktionaleren Einschätzung (FB-A) der Familie durch die Mütter (Abbildung 5.6). Je stärker sich die Mütter durch die Therapiewoche im Bereich *Somatisierung* gebessert haben, desto mehr nahm die *Unzufriedenheit mit dem Körper* und der *Perfektionismus* der Patientinnen ab. Dieser Einfluss gilt allerdings auch umgekehrt: Eine Symptombesserung der Patientinnen führt auch zur

Beschwerdeabnahme bei den Müttern. Es handelt sich also um eine wechselseitige Einflussnahme, was auch nicht weiter verwunderlich ist, wird davon ausgegangen, dass die Patientin eben nicht isoliert von der Familie betrachtet und behandelt werden kann.

Die Besserungen der Patientinnen durch eine kritischer Sicht auf die Familie der Mütter, liegen in der Abnahme der *Zwanghaftigkeit* – welche aber auch zu Beginn stärker ausgeprägt ist, wenn die Mütter die Familie als dysfunktionaler einschätzen – und in der Besserung der *interozeptiven Wahrnehmung*.

F3: Wie sind die Veränderungen der Beschwerden während des Klinikaufenthaltes der Patienten/-innen, die den untersuchten Therapiebaustein bekommen haben, im Vergleich zu denen, die diesen nicht bekamen und wie ist die längerfristige Auswirkung des Treatments?

Das bedeutsamste Ergebnis dieser Untersuchung stellt die stärkere Gewichtszunahme der Patientinnen mit Treatment gegenüber der Kontrollgruppe dar (**H3.1**). Die Eltern-Kind-Therapiewoche bewirkt, dass weniger wiegende Patientinnen dasselbe Entlassungsgewicht erreichen, wie nicht ganz so stark abgemagerte es durch das „treatment as usual“ der Klinik schaffen (Abbildung 5.7). Bei den Angaben zur Größe und Gewicht handelt es sich um objektive Daten, gemessen durch das Klinikpersonal. Verfälschungen auf Grund von Selbstangaben können daher ausgeschlossen werden. Das Argument, dass auf Grund des Gewichtsunterschieds zu Beginn, die Besserung nicht auf das Treatment zurückgeführt werden kann, wird durch die regressionsanalytischen Überprüfungen in Kap. 5.1 entkräftet. Die multifaktorielle Regressionsanalyse ergibt, dass der Gruppenunterschied im BMI keinen Einfluss mehr hat und daher noch nicht mal statistisch kontrolliert werden muss (Tabelle 5.2). Die Hypothese **H3.1** ist daher angenommen.

Die Hypothese **H3.2** muss größtenteils abgelehnt werden. Die erwarteten Interaktionen zeigen sich in der Kovarianzanalyse neben dem BMI in den klinischen Fragebogendaten nur noch im *Ineffektivitätsgefühl* (EDI-2). Dieses starke Gefühl der Unzulänglichkeit und das damit verbundenen ausgeprägte Selbstwertdefizit ist eines der heftigsten Merkmale gerade anorektischer Patientinnen – Hilde Bruch (Bruch, 1962, 1973) beschrieb das Ineffektivitätsgefühl sogar als der Essstörung zu Grunde

liegend. Dieses *Ineffektivitätsgefühl* nimmt entgegen den Erwartungen in der Kontrollgruppe stärker ab, als in der Treatmentgruppe. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass sich auch in diesem Bereich in der Treatmentgruppe die belasteteren Patientinnen befinden (Gruppenunterschied: $p = .014$). So bewirkt das Treatment immerhin eine Angleichung der Beschwerdestärke der Patientinnen auf die Belastungsstärke der Kontrollgruppe zu Beginn.

Die Zuschreibung der Krankheitsursache auf die *Familie* (AFKA) wird durch das Treatment stark beeinflusst: Die Multifamilientherapie bewirkt, dass bei Entlassung deutlich mehr Patientinnen ihre Familie in Mitverantwortung ziehen, als noch bei Aufnahme und als in der Kontrollgruppe. Dies ist ein positives Ergebnis der Therapiewoche, weil, wie oben bereits erwähnt, diese Erkenntnis ein wichtiger Schritt zur Besserung ist. Anscheinend ist die vor allem Anorexie-typische Harmonisierungstendenz zurückgegangen und die Patientinnen trauen sich, auch der Familie eine Mitverursachung zu zuschreiben. Nach dieser Erkenntnis können Heilungsprozesse folgen, bei denen die Familie nun eine entscheidende Rolle spielen kann. Dies unterstützt das Ergebnis der Prä-Post-Analyse (Kap. 5.2.2), in dem die Krankheitsursachenzuschreibung auf die Familie einen Haupteffektzeit erreicht, also nach der Therapiewoche signifikant zugenommen hat. Die Hypothese **H3.3**: ist also angenommen.

Die Hypothese, dass das Treatment dazu führt, dass die familiären Beziehungen funktionaler eingeschätzt werden (**H3.4**), wird abgelehnt. Im Vorher-Nachher-Vergleich in Kap. 5.2.2 wurde, wie bereits oben diskutiert, eine dysfunktionalere Einschätzung der Familie festgestellt. Dieser Effekt zeigt sich auch wieder in der Aufnahme-Entlassung-Analyse. Ein Unterschied zur Kontrollgruppe konnte allerdings nicht festgestellt werden. D.h. die dysfunktionalere Einschätzung der Familie kann nicht dem Treatment zugeschrieben werden. Dies überrascht etwas, könnte aber an dem nicht besonders Veränderungssensitiven Messinstrument liegen. In Folgeuntersuchungen könnte man unterschiedliche Messinstrumente zur Familienbeziehungen vergleichen.

Katamnese

Die stärkere Zunahme durch das Treatment (siehe oben), zeigt sich auch noch ein halbes Jahr nach dem Klinikaufenthalt (Abbildung 5.9). Hier sogar sehr viel

deutlicher als im Aufnahme-Entlassungs-Vergleich. Allerdings gibt es zur Katamnese keine objektiven Daten. D.h. die Gewichtsangaben sind Selbstangaben der Patientinnen. Im Nachhinein wäre es vielleicht sinnvoll gewesen, das Gewicht der Patientinnen durch den jeweiligen Hausarzt in Erfahrung zu bringen. Es bleibt aber nach den geschilderten Rekrutierungsproblemen sehr fragwürdig, ob dies funktioniert hätte. Aber auch die subjektiven Angaben zum Gewicht sind bedeutsam und erscheinen glaubwürdig, weil sie auch zu den vorherigen Erhebungen nicht stark von den objektiven Daten abwichen. Die Hypothese **H3.5** kann also angenommen werden.

Die Untersuchung der Daten zur psychischen und psychosomatischen Belastung und zur Familienfunktionalität (**H3.6**) ergab keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Hypothese **H3.6** ist daher abgelehnt.

Insgesamt sind die Ergebnisse der Nachuntersuchung mit Vorsicht zu interpretieren, weil der Rücklauf sehr klein ist (Kap. 5.3.2). Auch wenn die katamnestische Drop-out-Analyse keine Verzerrung durch positiv Selektion ergab und die Repräsentativität kaum angezweifelt werden müsste.

6.2 Einordnung der Ergebnisse in die empirische Datenlage

Um die Ergebnisse in die empirische Datenlage einordnen zu können, wurde für alle statistisch signifikanten Ergebnisse Prä-Post-Effektstärken (Aufnahme-Entlassung) nach Cohen (1992) berechnet. Die Effektstärke d ergibt sich aus der Differenz der Mittelwerte in Relation zur gepoolten Standardabweichung beider Erhebungen.

Im Outcome-Vergleich (Kap. 5.3) liegen die Effektstärken der Haupteffekt *Gruppe* und *Zeit*Gruppe* Interaktion zwischen $d = .30$ bis $d = .51$ und gelten somit als klein bis moderat (Cohen, 1992). Vergleichbarer Studien zu diesen Effekten, also Untersuchungen zu einem Behandlungsbaustein innerhalb der stationären Therapie, gibt es bisher nicht. Dieses Ergebnis sollte allerdings als gutes Resultat bewertet werden, da es sich um einen Vergleich zwischen zwei Gruppen handelt, die beide die stationäre Standardbehandlung bekommen haben und sich in der Behandlung nur durch einen einwöchigen Therapiebaustein unterscheiden. Dieser Therapiebaustein hat in dem „hard factor“ *Body-Mass-Index* zu statistisch signifikanten

Verbesserungen geführt und ist mit der immerhin kleinen Effektstärke von $d = .33$ nicht unbedeutend. Der Interaktionseffekt Zeit*Gruppe in der Skala *Ineffektivität* im EDI-2 erreicht eine Effektstärke von $d = .31$. Wie es in Abbildung 5.9 zu erkennen ist, bedeutet dies eine stärkere Verbesserung in der Kontrollgruppe. Es ist aber zu berücksichtigen, dass die Treatmentgruppe sich signifikant (Haupteffekt Gruppe: $p < .014$) stärker im Effektivitätsgefühl beeinträchtigt fühlt, als die Kontrollgruppe. Durch nur eine Woche zusätzliche Behandlung schafft es die Treatmentgruppe auf das Ausgangs-Belastungs-Niveau der Kontrollgruppe zu kommen.

Die Besserungen der Patientinnen über den gesamten Klinikaufenthalt (Haupteffekt *Zeit*) zeigen sich in fast allen Messinstrumenten größtenteils als große Effekte von $d = .80$ bis $d = 2.48$ oder als moderate Effekte. Kleine Effektstärken gibt es nur sehr vereinzelt. Damit sind die Forderungen zur Evaluation von Psychotherapie von Hiller und Kollegen (Hiller, Bleichhardt, & Schindler, 2009) bei Prä-Post-Analysen mindestens ein $d > .50$ zu erreichen, überwiegend deutlich erfüllt.

Zum Vergleich mit anderen Untersuchungen wurden die Effektstärken für den Aufnahme-Entlassung Zeitraum ohne die Kovariaten zu berücksichtigen, berechnet. Die durchschnittliche Effektstärke über alle signifikant gewordenen Skalen aller Messinstrumente hinweg liegt bei $d = 1.04$. Fichter und Kollegen haben 2006 in ihrer Studie zur stationären Behandlung von Anorexia nervosa in Deutschland einen starken Effekt von $d = 1.3$ für die Besserung in der EDI-2 Skala *Schlankheitsstreben* im Aufnahme-Entlassungs-Design gefunden (DGPM & DKPM, 2010). Auch in der vorliegenden Untersuchung erreicht die Abnahme des *Schlankheitsstrebens* die Effektstärke von $d = 1.3$.

Für den klinischen Fragebogen SCL-90-R lag die mittlere Effektstärke bei $d = .92$. Verglichen mit den Veränderungen in anderen wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie, sind diese Effekte als hoch zu bewerten (vgl. die Metaanalyse von Grawe, Donati, & Bernauer, 1994). Auch Franz und Kollegen (2000) konnten in ihrer Multizenterstudie in drei vorwiegend tiefenpsychologisch-psychodynamisch behandelnden Kliniken mit einer mittlere Effektstärke von $d = .84$ im SCL-90-R die Wirksamkeit von stationärer Psychotherapie belegen. Ein direkter Vergleich zu der berichteten Effektstärke von $d = .92$ in der vorliegenden Studie sollte aber nicht gezogen werden, weil in der Multizenterstudie nicht Adoleszente, sondern Erwachsene untersucht wurden, auch männliche Patienten teilnahmen und

vor allem, weil es sich nicht nur um an einer Essstörung erkrankte Patientinnen und Patienten handelte. Dennoch wird deutlich, dass die vorliegende Untersuchung auch im Vergleich mit anderen Studien zur stationären Psychotherapie gute Resultate erbracht hat. Da es bisher keine direkt vergleichbaren Untersuchungen von stationärer Behandlung der Essstörungen bzw. von einem einzelnen Behandlungsbaustein gibt, bieten die oben genannten Studien eine wichtige Orientierung.

In den S3 Leitlinien der DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und DKPM (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin) von 2010 werden die Schwierigkeiten in der wissenschaftlichen Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapiebehandlungen bei Essstörungen beschrieben. Ein großes Problem stellt die Unwägbarkeit unbehandelte Kontrollgruppen-Untersuchungen durchzuführen dar. Aus ethischen Gründen muss auf diesen Vergleich verzichtet werden. „Insgesamt ist die Effektivität praktisch aller Therapiemethoden bei AN nur eingeschränkt beurteilbar, da der Vergleich zu unbehandelten Gruppen bzw. Erkenntnisse über Spontanverläufe weitgehend fehlen“ (DGPM & DKPM, 2010, S. 90). Gowers und Bryant-Waugh (2004) diskutieren in ihrem Review den Stand von und die Schwierigkeiten bei Wirksamkeits-Studien zur Behandlung von Essstörungen und sprechen von „good quality of research is lacking“ (S. 78). Sie bemängeln, dass dafür, dass diese Erkrankung relativ häufig in der Adoleszenz vorkommt und schon lange behandelt wird, die Anzahl an Studien viel zu gering ist. Vor allem für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Das hängt mit den Essstörungsspezifischen Schwierigkeiten zusammen vor der die Wissenschaft hier steht. Neben den bereits erwähnten Schwierigkeiten kommen Rekrutierungsprobleme. Durch die Anorexie spezifische fehlende Krankheitseinsicht ist es schwierig, diese zur Teilnahme an einer Studie zu bewegen. Außerdem verleiten die schweren körperlichen Beschwerden dazu, die Aufmerksamkeit auf diese zu lenken und die psychischen Symptome zu vernachlässigt.

6.3 Einschränkungen der Untersuchungen

In diesem Kapitel sollen die Grenzen der vorliegenden Studie kritisch betrachtet werden und ggf. Verbesserungsvorschläge vorgenommen werden.

Zunächst wird das Studiendesign diskutiert, dann folgt die Diskussion der Rekrutierungsschwierigkeiten und des Datenverlustes und zum Schluss wird auf das teilweise Fehlen der Drop-out-Analyse eingegangen.

6.3.1 Studiendesign

In der vorliegenden Outcome-Evaluation wurde sich für ein 2-Gruppen-Design (Treatmentgruppe vs. Kontrollgruppe) mit Messwiederholung vor und nach dem Treatment, sowie bei Entlassung und ein halbes Jahr danach, entschieden. Die Möglichkeit eines randomisiert kontrollierten Studiendesigns (RCT) war aus verschiedenen Gründen nicht realisierbar. Zum Einen war die Forschungsförderung begrenzt, zum Anderen sprachen ethische Gründe dagegen.

Hätte man die Klinikpatientinnen zufällig der Eltern-Therapiewoche zugeteilt, wären in der Treatmentgruppe auch Patientinnen mit ihren Eltern gewesen, bei denen entweder ein Kontakt zu den Eltern nicht mehr sinnvoll war, oder schlichtweg kein familientherapeutischer Behandlungsbedarf bestand. Während in der Kontrollgruppe auch Patientinnen gewesen wären, die von dem Treatment sehr profitiert hätten, es aber nicht bekommen hätten. Bei Ersterem wäre es zudem äußerst schwierig gewesen, die Eltern zur Teilnahme zu motivieren, wenn weder Kontakt noch Behandlung erwünscht gewesen waren, was die Compliance erheblich erschwert, wenn nicht sogar unmöglich gemacht hätte. Das wiederum hätte zu verzerrten Behandlungserfolgen geführt. Natürlich hätte eine Vorauswahl getroffen werden und in den Randomisierungs-Ablauf nur Patientinnen und ihre Eltern aufgenommen werden können, bei denen die Eltern-Kind-Therapiewoche indiziert war. Aber auch dann hätte es Familien verweigert werden müssen, die diesen Therapiebaustein sehr benötigt hätten. Zudem handelt es sich bei den Eltern-Kind-Therapiewochen nicht um ein neu entwickeltes und zu etablierendes Therapiekonzept, sondern um einen schon seit einigen Jahren festen Bestandteil der Klinik, der von den Patientinnen bereits erwartet bzw. teilweise auch lange nach ihrem Aufenthalt (erneut) aufgesucht wird. Ein gleichwertiges Alternativprogramm eigens für die Studie konnte aus Kosten- und Zeitgründen nicht entwickelt werden.

Allerdings sind in der Literatur RCT-Designs durchaus umstritten. Revensdorf (2005) diskutiert in seinem Artikel zur Therapieforschung die Vor- und Nachteile von RCT-Studien. Dagegen spricht z.B. die mangelnde Repräsentativität der

Stichprobe: eine Übertragung auf tatsächliche, naturalistische Bedingungen und psychotherapeutische Abläufe ist wegen des Laborcharakters oft nur unter Einschränkungen möglich. Außerdem wird die für klinische Studien häufig sehr bedeutsame klinische Signifikanz nicht berücksichtigt und die Umsetzbarkeit in die Praxis ist oft schwierig.

Auch auf ein Wartegruppendesign wurde verzichtet, weil dann kein Vergleich zwischen einem Klinikaufenthalt mit vs. ohne das zusätzliche Treatment mehr möglich gewesen wäre und weil die längerfristige Wirkung (6-Monats-Katamnese) dann nicht hätte erfasst werden können. Und genau dies gehörte zur zentralen Fragestellung dieser Untersuchung.

Im Laufe der Untersuchung stellte sich heraus, dass das ursprünglich geplante Studiendesign (Patientinnen und ihre Eltern, die am Treatment teilnahmen vs. Patientinnen und Eltern, die nicht am Treatment teilnahmen) nicht eingehalten werden konnte, wie im Folgenden erläutert wird.

6.3.2 Rekrutierungsprobleme und Datenverlust

Die Datenerhebung gestaltete sich als schwierig, so dass die Rekrutierungsphase um 3,3 Jahre verlängert werden musste, um die nötige Teststärke zu erreichen.

Die Schwierigkeiten zeigten sich in unterschiedlichen Bereichen. Ungünstig an dem Studiendesign war, dass der zweite Erhebungszeitpunkt der Eltern in der Kontrollgruppe gleichzeitig den der Katamnese-Erhebung darstellte. Das führte dazu, dass von den ohnehin schon wenigen Prä-Daten etliche keine Verwendung mehr finden konnten, wenn nicht an der Katamnese teilgenommen wurde, weil kein Prä-Post-Vergleich möglich war. Es wäre allerdings wahrscheinlich auch sehr schwierig geworden, Post-Daten noch während des Klinikaufenthaltes des Kindes von den Eltern zu bekommen, da sich die Prä-Erhebung schon mühsam gestaltete. Dennoch sollte der Zeitpunkt der Post-Erhebung in Folgeuntersuchungen unbedingt im Studiendesign optimiert und die Schwierigkeit der Erreichbarkeit der Eltern der Kontrollgruppe berücksichtigt werden.

Das Problem bei der Rekrutierung der Eltern in der Kontrollgruppe war die fehlende Anwesenheit dieser in der Klinik. Während die Eltern der Treatmentgruppe für das

6. Diskussion

Treatment in die Klinik kommen mussten, erschienen die Eltern der Patientinnen in der Kontrollgruppe teilweise nur zum Elterngespräch am Ende der stationären Behandlung in der Klinik. Aber auch wenn die Eltern ihre Kinder zur Klinikaufnahme begleiteten – was in der Kontrollgruppe wegen des höheren Alters offensichtlich seltener vorkam – waren viele Eltern nicht bereit, an der Studie teilzunehmen. Vielleicht war die Motivation zur Studienteilnahme in der Treatmentgruppe bei den Eltern größer, weil diese durch die Therapiewoche einen eigenen Gewinn hatten. Trotz intensiver Bemühungen, die Eltern für eine Teilnahme zu gewinnen (zusätzliche Schreiben an die Eltern der Kontrollgruppe und persönliches Ansprechen dieser), konnte keine Erhöhung der Teilnehmerquote erreicht werden. Zwar konnten durch die Verlängerung der Rekrutierungsphase mehr Patientinnen-Daten für die Kontrollgruppe rekrutiert werden, es war aber nicht möglich, die Daten der Eltern der Kontrollgruppe zu erheben. Letztendlich konnten nur weniger als 10 Eltern in der Kontrollgruppe rekrutiert werden, so dass in dieser Untersuchung auf einen Vergleich zwischen den Eltern beider Gruppen verzichtet werden muss.

Außerdem stellte es sich heraus, dass der überwiegende Teil der Patientinnen im Laufe ihres Aufenthaltes an der Therapiewoche teilnahm und damit nicht in die Kontrollgruppe fallen konnte bzw. immer wieder aus der Kontrollgruppe heraus genommen werden musste. Dadurch brauchte es viel Zeit, bis ausreichend Patientinnen für die Kontrollgruppe rekrutiert werden konnten.

Hinzu kam, dass bei Entlassung viele Patientinnen nicht mehr bereit waren, das Fragebogenpaket erneut auszufüllen. Dies könnte daran liegen, dass die Fragebögenpakete zum Einen sehr umfangreich waren und zum Anderen einseitig bedruckt wurden, so dass allein der Stapel an Papieren abschreckend wirken konnte. Da gerade die erste Erhebung durch den 18 Seiten langen soziodemographischen Teil sehr umfassend ist, kann es gut sein, dass dies dazu führte, dass die Patientinnen nicht motiviert waren, bei Entlassung die Fragebögen erneut auszufüllen. In den nächsten Untersuchungen sollte sich daher auf wenige wichtige Fragen (Soziodemographie) und Fragebögen konzentriert werden.

Eine fehlende Erhebung bei Entlassung war vor allem in der Kontrollgruppe verheerend, weil es vom Studiendesign her die zweite Erhebung darstellte und auch ohne diese nicht einmal ein Prä-Post-Vergleich durchgeführt werden konnte. Auch

dies führte zur Verlängerung der Rekrutierungsphase, weil viele Aufnahme-Daten der Kontrollgruppen-Patientinnen ohne Entlassungsdaten nicht verwendet werden konnten. Diese Erfahrungen sollte unbedingt bei Folgeuntersuchungen schon in der Planung berücksichtigt werden, indem z.B. von vornerein mehr Zeit für die Rekrutierung eingeräumt oder nach anderen Motivierungsmöglichkeiten gesucht wird.

Durch die Probleme besonders bei der Rekrutierung der Kontrollgruppe, dauerte es am längsten, diese zu erheben. Daher gibt es in den beiden Vergleichsgruppen unterschiedliche Erhebungszeiten. Die Kontrollgruppe wurde noch erhoben, als die Rekrutierung der Treatmentgruppe bereits abgeschlossen war. Dies ist ein großes Defizit dieser effectiveness Studie. Ein anderes Vorgehen nach Beginn der Studie war aber auf Grund der genannten Schwierigkeiten nicht möglich. Durch diesen zusätzlichen Zeiteinfluss kann die interne Validität verletzt sein, weil es z.B. zu ungleichen Umweltbedingungen (aktuelle Medieneinflüsse, Veränderungen in der Klinik, Personalwechsel etc.) während der Erhebungen gekommen sein kann. So kann gerade bei Essstörungen eine neue Staffel von „Germanys next Topmodel“ und die dort diskutierten Themen bzw. Auseinandersetzung mit der Figur der Models die Patientinnen stark beeinflussen. Wie groß dieser Zeiteinfluss ist, kann hier nicht mehr bestimmt werden, sollte aber bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden. In Folgeuntersuchungen sollte diese unterschiedlichen Erhebungszeiten unbedingt verbessert werden.

Der Katamnese Zeitpunkt wurde für die vorliegende Studie mit etwa sechs Monaten nach Entlassung, recht zeitnah nach dem Klinikaufenthalt datiert. Dies wurde so gewählt, weil die Therapiewoche evaluiert werden sollte und ein längerer Zeitraum dies u. U. nicht mehr erfasst hätte, da viele essgestörte Patientinnen eine ganze Reihe an therapeutischen Angeboten innerhalb kürzester Zeit in Anspruch nehmen und so schnell nicht mehr klar gewesen wäre, welche Intervention zur Veränderung geführt hat. Das hätte dann keinen Rückschluss mehr auf die Therapiewoche erlaubt. Für die Untersuchung der tatsächlichen Langzeitwirkung wird selbstverständlich ein längerer Zeitraum benötigt (s. Morgan & Russell, 1975). Die Katamnese-Teilnehmerquote lag in der Treatmentgruppe bei Patientinnen und Eltern bei jeweils 23%. In der Kontrollgruppe lag sie bei 24%. Dieser sehr geringe Rücklauf konnte auch durch wiederholtes Anschreiben nicht verbessert werden und

lässt sich nur schwer erklären. Mögliche Gründe reichen von einer vollständigen Remission der Betroffenen und daraus folgend wenig Interesse an der vergangenen Behandlung der Essstörung, bis hin zu einem Rezidiv, das die Familie zu sehr beschäftigt, um auf die Befragung einzugehen, oder aber simples Aufschieben und Vergessen im Alltag. Hier kann nur spekuliert werden; auch bezüglich der Zahlen an Remissionen oder Rezidiven.

Um mögliche Hinweise auf die Gründe einer Teilnahme bzw. Nichtteilnahme zu bekommen, wurde eine Vergleichs-Analyse derjenigen, die an der Katamnese teilnahmen, mit denjenigen, die nicht teilnahmen, zum Entlassungszeitpunkt durchgeführt (Kap. 5.3.2). Es stellte sich heraus, dass an der Nachuntersuchung teilnahm, wer sich zum Zeitpunkt der Entlassung stärker belastet fühlte, die familiären Beziehungen schlechter einschätzte und stärkere perfektionistische Züge hatte. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Katamnese-Teilnehmer an einer stärker ausgeprägten Anorexie oder Bulimie litten als die Nichtteilnehmer. Daher scheint es sich nicht um eine positive Selektion zu handeln. Weiteres zur Repräsentativität kann allerdings auf Grund der geringen Anzahl an Daten der Katamnese-Stichprobe nicht gesagt werden.

Zukünftige Untersuchungen sollten zusätzlich telefonische Kurzinterviews enthalten, die zumindest die Frage nach Rezidiv, Remission, Wiederbehandlung, Mortalität und Grund für die Nichtteilnahme an der Katamnese erfassen. Man könnte auch ein Nachgespräch in der Klinik nach einem halben oder ganzen Jahr erwägen. Zu dem Gespräch könnte ein Fragebogen ausgefüllt werden oder die Fragen könnten durch ein Interview erfasst werden. Außerdem könnte es sinnvoller sein, wenn ein direkter Kontakt zwischen Wissenschaftler und Patient/in hergestellt wird, um so die Teilnehmerbindung zu verbessern. Dies war aus datenschutzrechtlichen Gründen in diesem Fall untersagt, könnte aber möglicherweise erweitert bzw. abgeändert werden, ohne die Persönlichkeitsrechte zu verletzen.

Neben den herausgestellten Problemen in Studiendesign und -durchführung führten in dieser komplexen Studie Kommunikationsschwierigkeiten und die örtliche Distanz zwischen Durchführungsort (Klinik) und Planungs- bzw. Auswertungsort (Universität) zu weiteren Herausforderungen, die die Rekrutierung erschwerten.

6.3.3 Drop-out-Analyse

Eine Dropout-Analyse für den Zeitraum von Aufnahme bis Entlassung konnte nicht durchgeführt werden, da nicht ausreichend Informationen zur Verfügung standen. Die Gründe für das Nichtausfüllen des Entlassungsbogens wurden nicht erfasst – die Patientinnen und Patienten gaben den Fragebogen nicht mehr ab. Einen offiziellen Rückzug der Einverständnis-Erklärung gab es nicht. So kann nicht unterschieden werden zwischen Therapieabbrechern und Studien-Verweigerern. Es hätte vielleicht ein kurzer Fragebogen zu den Gründen des Ausstieges vom Klinikpersonal ausgefüllt werden können. Allerdings hätte das im Klinikalltag einen nicht unerheblichen Aufwand nach sich gezogen.

Eine Drop-out-Analyse zur Katamnesestichprobe wurde anhand der Daten zur Entlassung durchgeführt (Kap. 5.3.2).

6.4 Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde ein schwieriges Klientel untersucht. Essstörungspatienten sind einer Behandlung gegenüber oft sehr ambivalent bis ablehnend mit hohen Abbruchtendenzen (Campbell, 2009; Keel & Brown, 2010; Reich & Cierpka, 2010b; Stice et al., 2009). Durch die störungstypische Krankheitsverleugnung wird auch das Antwortverhalten in den Messinstrumenten beeinflusst. Verschleierungen durch die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit und bewusste Falschantworten spielen bei diesen Patientinnen womöglich eine größere Rolle als bei anderen psychosomatischen Erkrankungen.

Eine Einschränkung dieser Arbeit ist, dass keine Drop-out-Analyse durchgeführt werden konnte, weil keine Informationen zu Behandlungsabbrüchen erhoben wurden. Dies stellt einen kritikwürdigen Punkt der Vorüberlegungen und des Studiendesigns dar. Neben den Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Patientinnen der Kontrollgruppe, muss die fehlende Erreichbarkeit der Eltern gründlich überdacht werden. Denn gerade zu den Einstellungen der Eltern, die nicht an einer Eltern-Kind-Therapiewoche teilnehmen, gibt es noch viele offene und wichtige Fragen. Ebenso kritisch muss der schlechte Rücklauf der Katamnese betrachtet werden, bei dem ebenfalls keine Gründe für die Nichtteilnahme (durch z.B. telefonische Nachfragen) erhoben wurden. Hier stellt sich die Frage, ob es an einer schlechten Teilnehmerbindung liegt, oder ob die Studie einfach zu umfangreich

war und die Stichprobe zu groß.

Außerdem sollte darüber nachgedacht werden, ob die Messinstrumente vorhandene Effekte gut genug abbilden. Das Instrument zur Familienfunktionalität (FB-A) – könnte angenommen werden – bildet die Effekte nicht gut ab, weil kaum Veränderungen zwischen den Erhebungen gemessen wurden.

Für zukünftige Folgeuntersuchung in diesem Forschungsbereich sollten nach den Erfahrungen in der vorliegenden Untersuchung verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Diese sehr umfassende Untersuchung kann als Basis gesehen werden, die aber durch weitere kleinere Studien mit spezifischeren Fragestellungen weiter geführt werden sollte. Die Stichproben sollten dann kleiner sein, um vollständigere Teilnahmen an der Studie zu erreichen, die Teilnehmerbindung zu erhöhen und die Rekrutierungsphase zu verkürzen. Außerdem sollten weniger Fragebögen pro Untersuchung eingesetzt werden. Es könnte auch über eine Ergänzung der Fragebogendaten durch Interviewdaten nachgedacht werden. Allerdings bringt dieser persönliche Kontakt auch Verzerrungen mit sich und Interviews sind deutlich kostenintensiver.

Für weiteren Untersuchungen zur Wirksamkeit der Einbeziehung von Eltern in die Behandlung ihrer essgestörten Kinder, könnte ein Wartegruppen-Design gewählt werden und die Ergebnisse mit der vorliegenden Studie, in der ja auch die längerfristige Wirkung untersucht wurde, verglichen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass diese Studie einen sehr umfassenden und noch zu spezifizierenden Einblick in die noch kaum untersuchte Thematik der Einbeziehung der Eltern in die stationäre Behandlung ihrer essgestörten Kinder gibt. Dabei wurde herausgefunden, dass mit zusätzlicher Eltern-Kind-Therapiewoche eine stärkere Gewichtszunahme erreicht werden kann, als nur mit dem „Treatment as usual“ der stationären Therapie.

7. Zusammenfassung

Das Einbeziehen der Eltern in die stationäre Therapie ihrer essgestörten Kinder ist in Deutschland noch relativ unüblich, zumindest wenn es über Psychoedukation hinausgehen soll. Dementsprechend gibt es bisher nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen zur Wirksamkeit der Einbeziehung der Eltern. Die vorliegende Arbeit untersucht Eltern-Kind-Therapiewochen im stationären Rahmen essgestörter Patientinnen. In einem Zwei-Gruppen-Studiendesign wurden Patientinnen, die gemeinsam mit ihren Eltern an der Therapiewoche teilnahmen, mit Klinikpatientinnen verglichen, die nicht an der Therapiewoche teilnahmen. Die drei zentralen Fragestellungen der Studie, die sich in verschiedene Hypothesen aufgliedern, wurden in drei inhaltlichen Schwerpunkten untersucht. Da es sich um eine Selbstzuweisung auf das Treatment handelt, wurde als erstes der Frage, wer sich überhaupt für das Treatment entscheidet, nachgegangen (**F1**). Dem folgt die Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche (**F2**). Im dritten inhaltlichen Schwerpunkt wurden die Unterschiede zur Kontrollgruppe im Aufnahme-Entlassungs- und Aufnahme-Katamnese-Vergleich analysiert (**F3**).

Für die Wahl des Treatment (**F1**) war die Länge des Aufenthaltes, ein junges Alter und „noch bei den Eltern lebend“ sowie die gemeinsame Wirkung von langer Aufenthaltsdauer und jungem Alter entscheidend.

Die Evaluation (**F2**) der Therapiewoche ergab eine hohe Zufriedenheit und Erwartungserfüllung bei den Patientinnen und deren Eltern. Außerdem konnten signifikante Symptombesserungen innerhalb des kurzen Zeitraums von dieser einen Woche nachgewiesen werden.

Innerhalb der Familien konnte eine hohe Übereinstimmung festgestellt werden, die sich aber nicht über die Zeit von unmittelbar vor bis nach dem Treatment bedeutsam verändert hat. Das Treatment scheint also nicht bestimmten Familien stärker zu helfen als anderen (**F2.1**). Allerdings ließen sich bestimmte Prädiktoren finden, die dazu führten, dass bestimmte Patientinnen stärker von dem Treatment profitierten (**F2.2**). Dazu gehörten Patientinnen, deren Familien Einfluss nehmen konnten und deren Mütter von dem Treatment profitierten.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe nahmen die Patientinnen signifikant stärker an Gewicht zu, schafften es, ihr Ineffektivitätsgefühl von einem deutlich kränkeren

7. Zusammenfassung

Anfangswert bis auf die Anfangs-Belastungsstärke der Kontrollgruppe zu bessern und erkannten stärker die Mitverantwortung ihrer Familie an der Erkrankung (**F3**). Insgesamt haben sich die Patientinnen während des Klinikaufenthaltes signifikant mit teils großen Effektstärken (im Mittel $d = .96$) in ihrer Symptomatik gebessert.

Die Halbjahres-Katamnese gibt auf Grund eines Rücklaufes von unter 25% nur wenig Aufschluss. Zwar konnte in der Drop-out-Analyse der Katamnese eine positive Selektion (nur wer profitiert hat, nimmt an der Katamnese teil) ausgeschlossen werden, die Repräsentativität muss aber wegen des geringen Rücklaufes in Frage gestellt werden.

Der einzige statistisch bedeutsame Unterschied zeigt sich auch in der Nachuntersuchung wieder in einer stärkeren Gewichtszunahme der Kontrollgruppe.

Die vorliegende Untersuchung konnte eine positive Wirkung von Eltern-Kind-Therapiewochen, die sich vor allem in einer stärkeren Gewichtszunahme zeigte, nachweisen. Es bedarf aber weiterer Folgeuntersuchungen, die diese Ergebnisse untermauern bzw. die vielen noch offenen Fragen untersuchen. Obwohl es Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung gibt (DGPM & DKPM, 2010), ist weitere Forschung für eine gute klinische Praxis unbedingt nötig.

8. Literaturverzeichnis

- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating Behaviours, 15*(3), 464–477.
- Asen, E., & Scholz, M. (2008). Multi-Familientherapie in unterschiedlichen Kontexten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 57*(5), 362–380.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders: A Replication. *The British Journal of Psychiatry, 121*(3), 241–258.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British journal of preventive & social medicine, 16*(2), 55–68.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine, 24*(2), 187–194.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig: Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bruch, H. (1991). *Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bühren, K., Hagenah, U., & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). Stationäre Therapie der adoleszenten Anorexia nervosa. Ein multimodales Konzept. *Psychotherapie im Dialog, 4*, 32–35.

- Campbell, M. (2009). Drop-out from treatment for the eating disorders: A problem for clinicians and researchers. *European Eating Disorders Review*, 17(4), 239–242.
- Cierpka, M., & Frevert, G. (1995). Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Cierpka, M., & Reich, G. (2010). Familientherapeutische Behandlung. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (3. Aufl., S. 181–194). Stuttgart; New York: Thieme.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Colahan, M., & Robinson, P. H. (2002). Multi-family groups in the treatment of young adults with eating disorders. *Journal of Family Therapy*, 24, 17–30.
- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11.
- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2012). A Summary Report of the Cost-Effectiveness of the Profession and Practice of Marriage and Family Therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34(2), 204–216.
- Dare, C., & Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8(1), 4–18.
- Derogates, L. R. (1977). SCL-90. Administration, Scoring & Procedures. Manual-I for the R(-evised) version; John Hopkins University School of Medicine, Baltimore.
- DGPM, & DKPM (Hrsg.). (2010). Diagnostik und Therapie der Essstörungen - S3 Leitlinien. AWMF online. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin.

- Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R., & Woodside, D. B. (2008). Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 739–747.
- Downs, K. J., & Blow, A. J. (2013). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research: Eating disorder treatment. *Journal of Family Therapy*, 35, 3–28.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 104–131.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(06), 727–736.
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G., & Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 552–560.
- Epstein, N. B., Sigal, J. J., & Rackoff, V. (1962). Family Categories Schema (unveröffentl. Manuskript). Jewish General Hospital, Montreal.
- Felker, K. R., & Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in Adolescents. *Adolescence*, 29(116), 821–34.
- Fichter, M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 87–100.

8. Literaturverzeichnis

- Franke, G. H. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Franke, G. H. (2002). Symptom-Checkliste SCL-90R. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 46(3), 242–258.
- Friedlander, M. L., & Siegel, S. M. (1990). Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 74.
- Friedrich, H.-C. (2014, März). *Die ANTOP-Studie – Implikationen für die Versorgungspraxis der Anorexiebehandlung*. Gehalten auf der 4. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen e. V. (DGESS), Leipzig. Abgerufen 15. Oktober 2014, von <http://www.egms.de/static/de/meetings/dgess2014/14dgess038.shtml>
- Friedrich, H.-C., Herzog, W., Wild, B., & Schauenburg, H. (2013). Fokale psychodynamische Psychotherapie der Anorexia nervosa. Ein Bahandlungsmanual für mehr Appetit aufs Leben. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 36–40.
- Fydrich, T., Sommer, G., & Brähler, E. (2007). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. F-SozU. Hogrefe-Verlag.
- Fydrich, T., Sommer, G., Menzel, U., & Höll, B. (1987). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform; SOZU-K-22). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 434–436.

- Gabel, K., Pinhas, L., Eisler, I., Katzman, D., & Heinmaa, M. (2014). The Effect of Multiple Family Therapy on Weight Gain in Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Data. *Journal Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 196–199.
- Garner, D. M. (1991). Eating Disorder Inventory-2 manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 2(2), 15–34.
- Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R., & Katzmann, D. (2000). Comparison of Family Therapy and Family Group Psychoeducation in Adolescents With Anorexia Nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 173–178.
- Gelin, Z., Fuso, S., Hendrick, S., Cook-Darzens, S., & Simon, Y. (2014). The Effects of a Multiple Family Therapy on Adolescents with Eating Disorders: An Outcome Study. *Family Process*.
- Goodman, A., Heshmati, A., & Koupil, I. (2014). Family History of Education Predicts Eating Disorders across Multiple Generations among 2 Million Swedish Males and Females. *PLOS ONE*, 9(8), 1–9.
- Gowers, S. G. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 236–242.
- Gowers, S. G., & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45(1), 63–83.

- Graap, H. (2013). Psychoedukative Unterstützung für Angehörige essgestörter Patientinnen. Schulterchluss gegen die Krankheit. *Psychotherapie im Dialog, 4*, 82–85.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (Auflage: 5., unveränd. A.). Göttingen; Seattle: Hogrefe Verlag.
- Groß, G., & Zipfel, S. (2013). Ambulante Behandlung von Essstörungen. Verhaltenstherapeutische Ansätze. *Psychotherapie im Dialog, 4*, 42–45.
- Hagenah, U., Blume, V., Flacke-Redanz, M., & Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 31*(1), 51–58.
- Hagenah, U., & Vloet, T. (2005). Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., (54)*, 303–317.
- Hantel-Quitmann, W. (2015). *Klinische Familienpsychologie: Familien verstehen und helfen* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hay, P. (2013). A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 462–469.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U., Vloet, T., & Holtkamp, K. (2005). Essstörungen in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 15*(4), 248–467.
- Hettinger, R., Jäger, B., & Munz, D. (1990). Fragebogen zur Symptomdiagnose von Essstörungen (FSE). Stuttgart.

- Hilbert, A., Pike, K., Goldschmidt, A., Wilfley, D., Fairburn, C., Dohm, F., Walsh, B. T., Striegel Weissman, R. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 500–506.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2006). *Eating Disorder Examination. Deutschsprachige Übersetzung*. Verlag für Psychotherapie.
- Hiller, W., Bleichhardt, G., & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57(1), 7–22.
- Humphrey, L. (1986). Structural analysis of parent–child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 395.
- Igoin-Apfelbaum, L. (1985). Characteristics of family background in bulimia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(3), 161–167.
- Jacobi, C., & Fittig, E. (2008). Psychosoziale Risikofaktoren. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 67–74). Heidelberg: Springer.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19.
- Kächele, H., Kordy, H., Richard, M., & Tr-Eat, R. G. (2001). Therapy Amount and Outcome of Inpatient Psychodynamic Treatment of Eating Disorders in Germany: Data From a Multicenter Study. *Psychotherapy Research*, 11(3), 239–257.
- Karwautz, A., Rabe-Hesketh, S., Hu, X., Zhao, J., Sham, P., Collier, D. A., & Treasure, J. (2001). Individual-specific risk factors for anorexia nervosa: a

- pilot study using a discordant sister-pair design. *Psychological Medicine*, 31(02), 317–329.
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 195–204.
- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *You have full text access to this content International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 11–23.
- Larson, B. J. (1991). Relationship of family communication patterns to eating disorder inventory scores in adolescent girls. *Journal of American Dietetic Association*, 91(9), 1065–1067.
- Lay, B., & Schmidt, M. H. (1999). Rückfälle im Krankheitsverlauf der Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(3), 207–219.
- Le Grange, D. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 727–740.
- Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 4(3), 142–146.
- Le Grange, D., & Eisler, I. (2008). Family Interventions in Adolescent Anorexia Nervosa. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, (18), 159–173.
- Leung, F., Schwartzman, A., & Steiger, H. (1996). Testing a Dual-Process Family Model in Understanding the Development of Eating Pathology: A Structural Equation Modeling Analysis. *international journal of Eating Disorders*, 20(4), 367–375.
- Lock, J. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach* (2. Aufl.). New York: The Guilford Press.

- Lock, J., & Le Grange, D. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025–1032.
- Massing, A., Reich, G., & Sperling, E. (2006). Anorexie oder: Warum muss ein Familienmitglied verhungern? In A. Massing, G. Reich, & E. Sperling (Hrsg.), *Die Mehrgenerationen-Familientherapie* (5. Aufl., S. 150–158, Kap. 7). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mattejat, F., & Scholz, M. (1994). Das subjektive Familienbild (SFB). Leipzig-Marburger Familientest. Hogrefe-Verlag.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge: MA: Harvard University Press.
- Morgan, H. G., & Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5(4), 355–371.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2004). Eating disorders core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. British Psychological Society: Gaskell. Abgerufen 12. September 2014, von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49304/>
- Neubauer, K., Weigel, A., Daubmann, A., Wendt, H., Rossi, M., Löwe, B., & Gumz, A. (2014). Paths to First Treatment and Duration of Untreated Illness in Anorexia Nervosa: Are There Differences According to Age of Onset?: Paths to First Treatment in Anorexia. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 292–298.

- Noel, L., & de Maynadier, L. (2014). La fratrie de l'enfant anorexique Siblings of prepubescent anorexic children. *Archives de Pédiatrie*, 21(10), 1149–1152.
- Padierna, A., Martín, J., Aguirre, U., González, N., Muñoz, P., & Quintana, J. M. (2013). Burden of caregiving amongst family caregivers of patients with eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 151–161.
- Palazzoli, S. M. (1978). *Self-Starvation: from Individuel tp Family Therapy in the Treatment of Anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Palazzoli, S. M. (1999). Ergebnisse der Follow-up-Studie. In S. M. Palazzoli, S. Cirillo, M. Selvini, & A. M. Sorrentino (Hrsg.), *Anorexie und Bulimie. Neue familientherapeutische Perspektiven* (S. 15–87). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Palfreyman, Z., Haycraft, E., & Meyer, C. (2014). Parental modelling of eating behaviours: Observational validation of the Parental Modelling of Eating Behaviours scale (PARM). *Appetite*, 86(3), 1–7.
- Paulson-Karlsson, G., Engström, I., & Nevonen, L. (2008). A Pilot Study of a Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa: 18- and 36-Month Follow-ups. *Eating Disorders*, 17(1), 72–88.
- Paul, T., & Thiel, A. (2005). *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe-Verlag.
- Pudel, V., & Westenhöfer, J. (1989). Fragebogen zum Eßverhalten FEV. Hogrefe-Verlag.
- Raenker, S., Hibbs, R., Goddard, E., Naumann, U., Arcelus, J., Ayton, A., Bamford, B., Boughton, N., Connan, F. ... Treasure, J. (2013). Caregiving and coping in carers of people with anorexia nervosa admitted for intensive hospital care. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 346–354.

- Reich, G. (im Druck). Familientherapie. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Reich, G. (1992). Identitätskonflikt bulimischer Patientinnen. Klinische Beobachtungen zur inter- und intrapersonellen Dynamik. *Forum Psychoanalyse*, (8), 121–133.
- Reich, G. (2003a). *Familienbeziehungen von Patientinnen mit Bulimia nervosa: Eine Vergleichs-Studie zu Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer nicht-erkrankten Kontrollgruppe*. Heidelberg und Kröning: Asanger.
- Reich, G. (2003b). *Familientherapie der Essstörungen* (1., Aufl.). Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Reich, G. (2005). Familienbeziehungen u. Familientherapie bei Essstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(4), 318–336.
- Reich, G. (2008). Ess-Störung – Einflüsse der Peergroup. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren. Risiken, Prävention, Hilfen* (S. 200–205). Stuttgart: Schattauer.
- Reich, G. (2010). Ambulante psychodynamische Therapie bei Bulimie und Anorexie. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend* (3. Aufl.). Stuttgart ; New York: Thieme.
- Reich, G., & Buss, C. (2002). Familienbeziehungen bei Bulimia und Anorexia nervosa. *Familiendynamik, Heft 03*(3), 231–258.
- Reich, G., & Cierpka, M. (2010a). Psychodynamische Aspekte von Bulimie und Anorexie. In G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der*

8. Literaturverzeichnis

- Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend* (3. Aufl.). Stuttgart ; New York: Thieme.
- Reich, G., & Cierpka, M. (Hrsg.). (2010b). *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend* (3. Aufl.). Stuttgart; New York: Thieme.
- Reich, G., Klütsch, V., Frost, U., & v. Boetticher, A. (2013). Essstörungen und komplexe Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse, & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 465–485). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Reich, G., & Rüger, U. (1994). Die Einbeziehung der Familie in die stationäre Psychotherapie. *Nervenarzt*, (65), 313–322.
- Reich, G., & v. Boetticher, A. (2013). Adoleszenz und Essstörungen – Psychodynamik und Therapie von Anorexie und Bulimie. *Die Psychodynamische Psychotherapie*, 12(4), 228–237.
- Reich, G., Witte-Lakemann, G., & Killius, U. (2005). *Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Eine Praxisstudie. Abschlussbericht* (1. Aufl.). V&R Unipress.
- Revensdorf, D. (2005). Das Kuckucksei. Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie*, 10(1), 22-31.
- Rhodes, P., Baillee, A., Brown, J., & Madden, S. (2008). Can parent-to-parent consultation improve the effectiveness of the Maudsley model of family-based treatment for anorexia nervosa? A randomized control trial. *Journal of Family Therapy*, 30(1), 96–108.

- Ronald, L., Butzlaff, A. M., & Hooley, J. M. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 55(6), 547–552.
- Salbach, H., Bohnkamp, I., Lehmkuhl, U., Pfeiffer, E., & Korte, A. (2006). Familienorientierte Gruppentherapie zur Behandlung von Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa - eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34(4), 267–274.
- Schmidt-Ott, G., Wiegand-Grefe, S., Jacobi, C., Paar, G., Meermann, R., & Lamprecht, F. (2008). *Rehabilitation in der Psychosomatik Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement* (1. Aufl.). Stuttgart; New York: Schattauer.
- Scholz, K., & Weiß, J. (2013). Multifamilientherapie bei Patienten mit Essstörungen. Die Ressourcen der Familie nutzen. *Psychotherapie im Dialog*, (4), 28–31.
- Scholz, M., Rix, M., Hegewald, K., & Gantchev, K. (2003). Multifamilientherapie bei anorektischen Kindern und Jugendlichen im tagesklinischen Setting – Das Dresdner Modell. In B. Steinbrenner & M. Schönauer-Cepjek (Hrsg.), *Essstörungen – Anorexie, Bulimie, Adipositas – Therapie in Theorie und Praxis*. Wien/München/Bern: Maudrich.
- Sepulveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2008). An examination of the impact of “the Maudsley eating disorder collaborative care skills workshops” on the well being of carers: A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 584–591.
- Smyth, J. M., Heron, K. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Thompson, K. M. (2008). The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 195–202.

- Spettigue, W., & Maras, D. (2014). A Psycho-Education Intervention for Parents of Adolescents With Eating Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Eating Disorders*, (4), 1–16.
- Stasch, M., & Reich, G. (2000). Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied - eine Interaktionsanalyse. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49(3), 157–175.
- Steinhauer, P. D., Santa-Barbara, J., & Skinner, H. A. (1984). The Prozess Model of Family Funktioning. *Canadian Journal of Psychiatry*, (29), 77–88.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848.
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Jaconis, M. (2009). An 8-year longitudinal study of the natural history of threshold, subthreshold, and partial eating disorders from a community sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 587–597.
- Strukturdaten zur Klinik Lüneburger-Heide. (2012). Abgerufen 12. Dezember 2014, von http://www.ktq.de/fileadmin/Q_Berichte/GeQB_1325.pdf
- Szmukler, G. I., Eisler, I., Russell, G. F., & Dare, C. (1985). Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. *The British Journal of Psychiatry*, 147(3), 265–271.
- Tagay, S., Schlegl, S., & Senf, W. (2010). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 124–132.
- Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D. O., & Schüßler, G. (1997). Eine deutschsprachige Version des Eating-Disorder-Inventory EDI-2. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, (47), 365–376.

- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, T., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(7), 343–347.
- Treasure, J., Whitaker, W., Todd, G., & Whitney, J. (2012). A description of multiple family workshops for carers of people with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e17–e22.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., & Weber, R. (o. J.). Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen psychotherapie -Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). Abgerufen 14. Februar 2015, von <http://www.psychotherapiewissenschaft.com/pdf/2010-TH-PTW-Tschuschke.pdf>
- Vandereycken, W., & Van Humbeeck, I. (2008). Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 109–114.
- v. Boetticher, A., Strack, M., & Reich, G. (2014). Autonomie und Verbundenheit in familiären Triaden von Töchtern mit Essstörungen. *Familiendynamik*, 1, 50–59.
- Vize, C. M., & Cooper, P. J. (1995). Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls. A comparative study. *The British Journal of Psychiatry*, 167(1), 80–85.
- Von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2008). Wie wirksam ist Systemische Psychotherapie/ Familientherapie? *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 8(1), 20–27.

8. Literaturverzeichnis

- Waller, G., Calam, R., & Slade, P. (1988). Family interaction and eating disorders. Do family members agree? *British Review of Bulimia & Anorexia Nervosa*.
- Wälte, D., & Kröger, F. (1995). Aachener Fragebogen zur Krankheitsattribution (AFKA). Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der RWTH Aachen.
- Whitney, J., & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and interpersonal maintenance factors. *Journal of Mental Health, 14*(6), 575–585.
- Whitney, J., Murphy, T., Landau, S., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2012). A Practical Comparison of Two Types of Family Intervention: An Exploratory RCT of Family Day Workshops and Individual Family Work as a Supplement to Inpatient Care for Adults with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 20*(2), 142–150.
- Williams, G.-J., Chamove, A. S., & Millar, H. R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology, 29*(3), 327–335.
- Woldt, L., Schneider, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2010). Psychiatrische Störungen bei Eltern essgestörter Patientinnen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 59*(4), 302–313.
- Wünsch-Leiteritz, W. (2013). Stationäres Therapieprogramm bei Essstörungen. Abgerufen 31. Oktober 2014, von http://www.kliniklueneburgerheide.de/tl_files/themes/klh/downloads/Schweinfurt_12102013.pdf
- Zabala, M. J., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burdens, expressed emotion and psychological distress in families of people with

8. Literaturverzeichnis

eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 17(5), 338–349.

Zitarosa, D., de Zwaan, M., Pfeffer, M., & Graap, H. (2012). Angehörigenarbeit bei essgestörten Patientinnen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 62(09/10), 390–399.

9. Anhang

Anhangsverzeichnis

<i>Anhang A: Ablaufplan der Untersuchten Intervention</i>	<i>A-2</i>
<i>Anhang B: Informationsschreiben.....</i>	<i>B-3</i>
<i>Anhang C: Einverständniserklärung</i>	<i>C-9</i>
<i>Anhang D: Modul 1</i>	<i>D-11</i>
<i>Anhang E: Modul 2 & 4</i>	<i>E-29</i>
<i>Anhang F: Modul 3</i>	<i>F-45</i>
<i>Anhang G: AFKA</i>	<i>G-48</i>
<i>Anhang H: Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche</i>	<i>H-50</i>
<i>Anhang I: Outcome-Unterschiede zw. Treatmentgruppe u. Kontrollgruppe</i>	<i>I-51</i>

Anhang A : Ablaufplan der Untersuchten Intervention

30.08.2008 12:08:12

Zeitplan / Eltern – Intensiv – Woche

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00 – 8:30		Betreutes Frühstück Gemeinsames Frühstück	Betreutes Frühstück Gemeinsames Frühstück	Betreutes Frühstück Gemeinsames Frühstück	Betreutes Frühstück Gemeinsames Frühstück
8:35 – 10:15		Therapiegruppe Kinder / GR 5	Therapiegruppe Kinder / GR 5	Therapiegruppe Kinder / GR 5	Therapiegruppe Kinder / GR 5
10:35- 11:30		Kunst- Therapie II Eltern / Kind GR 2	Kunst- Therapie II Eltern/Kind GR 2	Kunst- Therapie I Eltern/Kind GR 2	Kunst- Therapie I Eltern/Kind GR 2
11:30- 12:45		Betreutes Essen gem. Mittagessen	Lehrküche I A mit gemeinsamen Mittagessen	Lehrküche II A mit gemeinsamen Mittagessen	Lehrküche II B mit gemeinsamen Mittagessen
12:45- 13:15		Betreutes Essen gem. Mittagessen	Betreutes Essen gem. Mittagessen	Betreutes Essen gem. Mittagessen	Betreutes Essen gem. Mittagessen
13.30- 14:20		Eltern/Kind – Mittags-Esstörungsgruppe GR 1	Eltern/Kind – Mittags- Esstörungsgruppe GR 1	Eltern/Kind – Mittags- Esstörungsgruppe GR 1	13.30 – 15.00 Uhr Eltern/Kind – Mittags- Esstörungsgruppe u. Verabschiedung GR 1
15:30- 17:10	16:00-18:00 Begrüßung / Ziele / GR 1	Elterntherapiegruppe „Wie sind wir?“ GR 1	Elterntherapiegruppe „Wer sind wir?“ GR 1	Elterntherapiegruppe „Wer sind wir?“ GR 1	
18:30- 19:00	Betreutes Essen Gemeinsames Abendessen	Betreutes Essen Gemeinsames Abendessen	Betreutes Essen Gemeinsames Abendessen	Betreutes Essen Gemeinsames Abendessen	
19:10- 20:50	Großgruppe Eltern / Kind GR 1	Großgruppe Eltern / Kind GR 1	Großgruppe Eltern / Kind GR 1	Großgruppe Eltern / Kind GR 1	

Anhang B : Informationsschreiben

*Fragebogenuntersuchung der
Klinik Lüneburger Heide
Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen*

Universitätsmedizin Göttingen
*Abteilung für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie u. für Essstörungen*

Informationsschreiben

Fragebogenuntersuchung zur Behandlung von Essstörungen für Betroffene und ihre Familien

Forschungsstudie der Klinik Lüneburger Heide in Kooperation mit der Universität Göttingen

Liebe Patientinnen und Patienten,

mit diesem Anschreiben möchten wir Sie über eine wissenschaftlichen Studie zur Untersuchung der Behandlung von Essstörungen für Betroffene und ihre Familien in der Klinik Lüneburger Heide informieren und Sie um die freiwillige Teilnahme an dieser Studie bitten.

Die seelische und/oder körperliche Erkrankung eines Kindes lässt die Eltern nicht unberührt; sie fühlen und reagieren mit, sie werden versuchen, ihr Kind zu unterstützen und die Belastungen gemeinsam zu bewältigen.

Eine Essstörung belastet nicht nur die Betroffenen selbst sondern auch ihre Angehörigen und kann einen Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung, aber auch auf die Beziehung der Eltern untereinander haben. Zudem haben familiäre Beziehungen oft einen Einfluss auf die Entwicklung und den Verlauf von Essstörungen.

Um ein deutlicheres Bild von diesen Zusammenhängen und der Wirkung der Behandlung in der Lüneburger Heide zu bekommen, führen wir zurzeit in Kooperation mit der Universität Göttingen unter den Patientinnen und ihren Eltern eine Fragebogenuntersuchung durch. Die Forschungsgruppe der Universität Göttingen hat die vorliegenden Fragebögen in Absprache mit uns zusammengestellt. Sie hat des Weiteren die Aufgabe übernommen, die Ergebnisse statistisch auszuwerten und uns hinsichtlich der sich daraus ergebenden fachlichen Konsequenzen zu beraten.

Je mehr wir über diese Zusammenhänge erfahren, desto besser können wir Ihnen und allen Betroffenen jetzt und in der Zukunft helfend zur Seite stehen. Durch Ihre Teilnahme tragen Sie erheblich zur Vertiefung unsere Erkenntnisse bei.

Klinik Lüneburger Heide, Kompetenzzentrum für Essstörungen und ADHS,
Am Klaubusch 21,

29549 Bad Bevensen

Homepage: www.klinik-lueneburger-heide.de

Ansprechpartner: Chefarzt Dr. Med. Andreas Leiteritz, leitende Oberärztin Dr. Med. Wally Wunsch-Leiteritz, Tel. 05821/960-102

Informationsschreiben

Wir möchten Sie daher ganz herzlich bitten, sich Zeit zu nehmen und unsere Fragebögen auszufüllen. In den Fragebögen geht es um Ihre Erfahrungen mit der

Klinik, um Ihr psychisches und körperliches Befinden sowie um Ihre familiären Beziehungen.

Für die Untersuchung sind mehrere, aber je nach Gruppenzuteilung maximal vier Erhebungszeitpunkte vorgesehen. Die ersten beiden Erhebungen führen wir mit Ihnen und Ihren Eltern während Ihres Klinikaufenthaltes durch, eine dritte nur mit Ihnen zum Zeitpunkt Ihrer Entlassung und eine vierte auch mit Ihren Eltern nach sechs Monaten, um die längerfristige Wirkung zu erfassen.

Die erfassten Daten werden vollständig pseudonymisiert, also ohne Ihren Namen und Ihre Adresse ausgewertet. Deshalb erhält der Fragebogen eine Zählnummer ohne Personenbezug. So wird verhindert, dass jetzt oder später ein Bezug zu Ihrer Person hergestellt werden kann. In unserer Klinik wird eine Liste geführt, mit deren Hilfe sichergestellt wird, dass die zu einer Person gehörenden Fragebögen aus den verschiedenen Zeitpunkten einander zugeordnet werden können. Diese Zuordnungsliste wird weder der Universität Göttingen noch anderen Stellen bekannt gegeben. Wir versichern, dass wir die personenbezogenen Daten (Zuordnungsliste und Einverständniserklärung) am Ende der Datenerhebung uneingeschränkt vernichten.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Sie können also jederzeit, auch bei schon abgegebener Einwilligung, ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Die Teilnahme oder auch Nichtteilnahme an der Untersuchung hat auf die Durchführung Ihrer Therapien keinen Einfluss.

Wenn Sie zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Forschungsvorhaben ausscheiden möchten, teilen Sie das bitte schriftlich unserer Klinik mit. Wir werden dann Ihren Namen in der oben beschriebenen Liste unkenntlich machen und Sie nicht mehr anschreiben. Selbstverständlich hat auch dies keinen Einfluss auf die Durchführung der Therapie. Ihre Daten werden nur verwendet, wenn Sie eingewilligt haben.

Wenn Sie damit einverstanden sind, an der Studie teilzunehmen, möchten wir Sie bitten, die beiliegende Einverständniserklärung zu unterschreiben und in der Klinik abzugeben. Das zweite Exemplar der Einverständniserklärung ist für Ihre Unterlagen bestimmt, ebenso wie dieses Informationsschreiben.

*Fragebogenuntersuchung der
Klinik Lüneburger Heide
Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen*

Universitätsmedizin Göttingen
*Abteilung für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie u. für Essstörungen*

Informationsschreiben

Wir bedanken uns bereits im Voraus ganz herzlich für Ihre Kooperation und freuen uns auf Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. A. Leiteritz; Chefarzt
Dr. W. Wunsch-Leiteritz; Ltd. Oberärztin
Klinik Lüneburger Heide
Bad Bevensen

Prof. Dr. G. Reich
Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

Fragebogenuntersuchung zur Behandlung von Essstörungen für Betroffene und ihre Familien

Forschungsstudie der Klinik Lüneburger Heide in Kooperation mit der Universität Göttingen

Liebe Eltern,

mit diesem Anschreiben möchten wir Sie über eine wissenschaftliche Studie zur Untersuchung der Behandlung von Essstörungen für Betroffene und ihre Familien in der Klinik Lüneburger Heide informieren und Sie um die freiwillige Teilnahme an dieser Studie bitten.

Die seelische und/oder körperliche Erkrankung eines Kindes lässt die Eltern nicht unberührt; sie fühlen und reagieren mit, sie werden versuchen, ihr Kind zu unterstützen und die Belastungen gemeinsam zu bewältigen.

Eine Essstörung belastet nicht nur die Betroffenen selbst sondern auch ihre Angehörigen und kann einen Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung, aber auch auf die Beziehung der Eltern untereinander haben.

Zudem haben familiäre Beziehungen oft einen Einfluss auf die Entwicklung und den Verlauf von Essstörungen.

Um ein deutlicheres Bild von diesen Zusammenhängen und der Wirkung der Behandlung der erkrankten Kinder in der Klinik Lüneburger Heide zu bekommen, führen wir zurzeit in Kooperation mit der Universität Göttingen unter den Patientinnen und ihren Eltern eine Fragebogenuntersuchung durch. Die Forschungsgruppe der Universität Göttingen hat die vorliegenden Fragebögen in Absprache mit uns zusammengestellt. Sie hat des Weiteren die Aufgabe übernommen, die Ergebnisse statistisch auszuwerten und uns hinsichtlich der sich daraus ergebenden fachlichen Konsequenzen zu beraten.

Je mehr wir über diese Zusammenhänge erfahren, desto besser können wir Ihnen und allen Betroffenen jetzt und in der Zukunft helfend zur Seite stehen. Durch Ihre Teilnahme tragen Sie erheblich zur Vertiefung unsere Erkenntnisse bei.

Informationsschreiben

Wir möchten Sie daher ganz herzlich bitten, sich Zeit zu nehmen und unsere Fragebögen auszufüllen. In den Fragebögen geht es um Ihre Erfahrungen mit der Klinik, um Ihr psychisches und körperliches Befinden sowie um Ihre familiären Beziehungen.

Für die Untersuchung sind mehrere, aber je nach Gruppenzuteilung maximal vier Erhebungszeitpunkte vorgesehen. Die ersten beiden Erhebungen führen wir während des Klinikaufenthaltes Ihres Kindes durch. Dazu werden Sie jeweils von uns angeschrieben und bekommen die Fragebögen ausgehändigt. Eine dritte Erhebung findet nur mit den Patienten/-innen zum Zeitpunkt ihrer Entlassung statt und eine vierte (Patienten/-innen und Eltern) nach sechs Monaten, um die längerfristige Wirkung zu erfassen.

Die erfassten Daten werden vollständig pseudonymisiert, also ohne Ihren Namen und Ihre Adresse ausgewertet. Deshalb erhält der Fragebogen eine Zählnummer ohne Personenbezug. So wird verhindert, dass jetzt oder später ein Bezug zu Ihrer Person hergestellt werden kann. In unserer Klinik wird eine Liste geführt, mit deren Hilfe sichergestellt wird, dass die zu einer Person gehörenden Fragebögen aus den verschiedenen Zeitpunkten einander zugeordnet werden können. Diese Zuordnungsliste wird weder der Universität Göttingen noch anderen Stellen bekannt gegeben. Wir versichern, dass wir die personenbezogenen Daten (Zuordnungsliste und Einverständniserklärung) am Ende der Datenerhebung uneingeschränkt vernichten.

Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Sie können also jederzeit, auch bei schon abgegebener Einwilligung, ohne Angabe von Gründen ausscheiden. Die Teilnahme oder auch Nichtteilnahme an der Untersuchung hat auf die Durchführung der Therapien keinen Einfluss.

Wenn Sie zu einem späteren Zeitpunkt aus dem Forschungsvorhaben ausscheiden möchten, teilen Sie das bitte schriftlich unserer Klinik mit. Wir werden dann Ihren Namen in der oben beschriebenen Liste unkenntlich machen und Sie nicht mehr anschreiben. Selbstverständlich hat auch dies keinen Einfluss auf die Durchführung der Therapie. Ihre Daten werden nur verwendet, wenn Sie eingewilligt haben.

Wenn Sie damit einverstanden sind, an der Studie teilzunehmen, möchten wir Sie bitten, die beiliegende Einverständniserklärung zu unterschreiben und in der Klinik

*Fragebogenuntersuchung der
Klinik Lüneburger Heide
Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen*

Universitätsmedizin Göttingen
*Abteilung für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie u. für Essstörungen*

Informationsschreiben

abzugeben. Das zweite Exemplar der Einverständniserklärung ist für Ihre Unterlagen bestimmt, ebenso wie dieses Informationsschreiben.

Wir bedanken uns bereits im Voraus ganz herzlich für Ihre Kooperation und freuen uns auf Ihre Mitarbeit

Mit freundlichen Grüßen

Dr. A. Leiteritz; Chefarzt
Dr. W. Wunsch-Leiteritz; Ltd. Oberärztin
Klinik Lüneburger Heide
Bad Bevensen

Prof. Dr. G. Reich
Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie

Anhang C : Einverständniserklärung

*Fragebogenuntersuchung der
Klinik Lüneburger Heide
Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen*

Universitätsmedizin Göttingen
*Abteilung für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie u. für Essstörungen*

Informationsschreiben

Name: _____ Vorname: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG - PATIENTEN

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie „*Fragebogenuntersuchung zur Behandlung von Essstörungen für Betroffene und ihre Familien*“ an der Klinik Lüneburger Heide.

Ich bin darüber informiert, dass die Fragebogenerhebung von der Klinik und der Forschergruppe ausschließlich zu dem Zweck der Studie verwendet wird. Ich bin damit einverstanden, dass Klinikmitarbeiter meine Diagnosen aus der Klinikakte in der zugesicherten pseudonymisierten Form in die Forschungsunterlagen mit aufnehmen.

Die Mitarbeiter der Klinik Lüneburger Heide sowie die Forschergruppe der Universität Göttingen, mit der wir im Rahmen der Studie kooperieren, unterliegen der Schweigepflicht. Diskretion und Anonymität werden gemäß den Bestimmungen zum Datenschutz gewährt.

Mir wird zugesichert, dass keine personenbezogenen Angaben (Namen, Geburtsdatum, Adresse) oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden und dass im Zusammenhang mit dieser Untersuchung erhobene Daten gelöscht werden, sobald sie für die wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind.

Ich weiß, dass ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für meine medizinische Versorgung in der Klinik wieder zurücknehmen kann.

Unter den im Informationsschreiben genannten Voraussetzungen erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an dem Forschungsvorhaben.

Unterschrift:

Ort und Datum:

Informationsschreiben

Name: _____ Vorname: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG - ELTERN

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie „*Fragebogenuntersuchung zur Behandlung von Essstörungen für Betroffene und ihre Familien*“ an der Klinik Lüneburger Heide.

Ich bin darüber informiert, dass die Fragebogenerhebung von der Klinik und der Forschergruppe ausschließlich zu dem Zweck der Studie verwendet wird.

Die Mitarbeiter der Klinik Lüneburger Heide sowie die Forschergruppe der Universität Göttingen, mit der wir im Rahmen der Studie kooperieren, unterliegen der Schweigepflicht. Diskretion und Anonymität werden gemäß den Bestimmungen zum Datenschutz gewährt.

Mir wird zugesichert, dass keine personenbezogenen Angaben (Namen, Geburtsdatum, Adresse) oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben werden und dass im Zusammenhang mit dieser Untersuchung erhobene Daten gelöscht werden, sobald sie für die wissenschaftliche Auswertung nicht mehr erforderlich sind.

Ich weiß, dass ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für die medizinische Versorgung meiner Tochter / meines Sohnes in der Klinik wieder zurücknehmen kann.

Unter den im Informationsschreiben genannten Voraussetzungen erkläre ich mein Einverständnis für die Teilnahme an dem Forschungsvorhaben.

Unterschrift:

Ort und Datum:

Anhang D : Modul 1

Fragebogenuntersuchung der
Klinik Lüneburger Heide
Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen

Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie u. für Essstörungen

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

Fall-Kennnummer:

Kennnummer ist von der Therapeutin/ dem Therapeuten einzutragen.

DATUM: _____

MODUL 1:

GRUNDDATEN, VORHERGEHENDE UND AKTUELLE BEHANDLUNGEN, EINSTELLUNG ZU KÖRPER, ESSEN, AUSSEHEN, PROBLEMLISTE

1. GEBURTSDATUM

--	--	--	--	--	--

GESCHLECHT

männlich weiblich

2.1 WIE WURDEN SIE AUF IHRE ESS-STÖRUNG AUFMERKSAM?

- Selbst
- Durch Ihre Mutter
- Durch Ihren Vater
- Durch ein anderes Familienmitglied, und zwar: _____
- Durch ein krisenhaftes Ereignis, und zwar: _____
- Durch einen bedrohlichen Gesundheitszustand
- Durch einen Arzt/eine Ärztin
- Durch einen Lehrer/eine Lehrerin
- Durch eine(n) niedergelassene(n) Therapeutin/en
- Durch Nachlassen der schulischen/beruflichen Leistungsfähigkeit
- Durch eine befreundete Person
- Durch den Partner/ die Partnerin
- Durch die Medien
- Internet
- Anderes, und zwar: _____

2.2 WIE WURDEN SIE AUF DIE BEHANDLMÖGLICHKEIT AUFMERKSAM UND WER STellte DEN ERSTEN KONTAKT HER?

	Auf- merksam	Kontakt
Sie in Eigeninitiative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein anderes Familienmitglied, und zwar: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin für _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrischer Facharzt/Fachärztin oder Kinder- u. Jugendpsychiater(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

	Auf- merksam	Kontakt
Niedergelassene/r Psychotherapeut(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychosomatische Fachklinik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeines Krankenhaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenkasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schule/Ausbildungs-/Arbeitsstätte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugendamt/Gesundheitsamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstelle und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
Eine befreundete Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partner/ Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ernährungsberater(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Person, und zwar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
Medien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefonbuch/ Internet/ andere Verzeichnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS
BERUFSABSCHLUSS**

- noch Schüler(in)
 - Sonderschulabschluss
 - Hauptschulabschluss
 - Realschulabschluss/Mittlere Reife
 - Abitur/Fachhochschulreife
 - kein Abschluss
 - sonstiger Abschluss
-

5. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT

- Schüler(in)
- Student(in)
- Auszubildende(r)/ Umschüler(in)
- arbeitslos
- Arbeiter(in)
- Angestellte(r)
- sonstiges _____

4. HÖCHSTER

- noch in (Berufs-) Ausbildung
 - Lehre
 - Fachhochschulabschluss
 - Hochschulabschluss
 - ohne Abschluss
 - sonstiger Abschluss
-

6. ERWERBSTÄTIGKEIT

- Vollzeit erwerbstätig
- Teilzeit erwerbstätig
- nicht erwerbstätig

7. HAUPTTEINKOMMEN

- Einkommen durch Arbeit
- Einkommen durch Rente
- Unterstützung durch Eltern
- BAFöG
- Arbeitslosengeld
- ALG II/ Grundsicherung
- sonstiges: _____

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

16. HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS	Mutter	Vater
Sonderschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauptschulabschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realschulabschluss/ Mittlere Reife	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachhochschulreife/ Abitur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiger Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kein Abschluss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT	Mutter	Vater
<i>Bitte tragen Sie hier die derzeitige Berufstätigkeit ein</i>		
Arbeiter(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facharbeiter(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
einfache(r)/mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbständige(r)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auszubildende(r) / Umschüler(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schüler(in) / Student(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausfrau / Hausmann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rentner(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
arbeitslos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. UMFANG DER ERWERBSTÄTIGKEIT	Mutter	Vater
<i>Bitte tragen Sie hier den derzeitigen Umfang der Erwerbstätigkeit ein</i>		
Vollzeit erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teilzeit erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unregelmäßig erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nicht erwerbstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbekannt		

9. Anhang

Fragebogenuntersuchung der
Klinik Lüneburger Heide
Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen

Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie u. für Essstörungen

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

19. NATIONALITÄT	Mutter	Vater
deutsch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere (bitte eintragen)	_____	_____

20. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT	Mutter	Vater
evangelisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
römisch-katholisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere (bitte eintragen)	_____	_____
konfessionslos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbekannt		

21. FAMILIENSTAND UND BEZIEHUNGSSITUATION DER ELTERN

(Mehrfachnennungen sind möglich)

	Mutter	Vater
ledig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
verheiratet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
getrennt lebend (seit wann:)	_____	
geschieden (seit wann:)	_____	
Wiederverheiratet bzw. in neuer Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(seit wann:)	_____	_____
Leibliche Eltern haben nie zusammen gelebt	<input type="radio"/>	

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

22. BELASTUNGEN IN DER FAMILIE/ PARTNERSCHAFT

Ess-Störungen, seelische Erkrankungen, gestörtes Essverhalten, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

	<i>Mutter</i>	<i>Vater</i>	<i>Stief-, Adoptiv- oder Pflege- mutter</i>	<i>Stief-, Adoptiv- oder Pflege- vater</i>	<i>Partner (in)</i>	<i>Nicht zutreffend</i>	<i>Unbekannt</i>
<i>Ess-Störung (Magersucht, Bulimie, Binge Eating)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Übergewicht</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sucht, Substanz- missbrauch (Al-kohol, Medika-mente, Andere)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Seelische Erkrankung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Selbstmord (-versuch)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Schlankheits- diäten (mehr als drei)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Psychiatrische Behandlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Psychothera- peutische Behandlung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

23.1 Anzahl der Geschwister

o Keine (Einzelkind)

	weiblich (Anzahl)	männlich (Anzahl)
LEIBLICHE GESCHWISTER		
HALBGESCHWISTER MIT GLEICHER MUTTER		
HALBGESCHWISTER MIT GLEICHEM VATER		
STIEFGESCHWISTER		
PFLEGE GESCHWISTER		
ADOPTIVGESCHWISTER		

23.2 ANGABEN ÜBER IHRE GESCHWISTER

	MÄNNLICH / WEIBLICH	IM ELTERNHAUS LEBEND	LEIBLICHE(R) SCHWESTER/ BRUDER	GEBURTS JAHR	TODES- JAHR
GESCHW.1	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
GESCHW.2	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
GESCHW.3	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
GESCHW.4	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		
GESCHW.5	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

23.2 Schulabschluss Ihrer Geschwister

Bitte jeweils zutreffende Ziffer angeben: 0=ohne Schulabschluss, 1=Hauptschulabschluss, 2=Realschulabschluss, 3=Abitur oder sonstige Hochschulreife

Geschw.1: () Geschw.2: () Geschw.3: () Geschw.4: () Geschw.5: ()

23.4 BERUFLICHE AUSBILDUNG IHRER GESCHWISTER

Bitte jeweils zutreffende Ziffer angeben: 0=ohne Lehrabschluss, 1=mit Lehr- oder gleichwertigem Abschluss, 2=Meister, Techniker oder sonst. Fachschulabschluss, 3=Graduierung an Ingenieur- oder Fachhochschule, 4=Hochschulabschluss. Bitte auch die genaue Bezeichnung angeben.

Geschw.1: ()
 Geschw.2: ()
 Geschw.3: ()
 Geschw.4: ()
 Geschw.5: ()

ENTWICKLUNG DER ESSSTÖRUNG UND ANDERER STÖRUNGEN

24. WIE LANGE BESTEHEN FOLGENDE VERHALTENSWEISEN?

	Seit (Lebens- jahr)	Durchgehend bis heute	Mit längeren Unterbrechungen (3 Monate)	Bestand nie
Häufiges Denken an Essen und Gewicht		o	o	o
Eingeschränktes Essen (Menge, Art)		o	o	o
Sport zur Gewichtsabnahme		o	o	o
Essanfälle		o	o	o
Erbrechen		o	o	o
Einnahme von Abführ-, Entwässerungs- und ähnlichen Mitteln		o	o	o
Diäten		Wie oft bis heute? ___ mal	-----	o

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

25. WURDE SCHON EINMAL EINE ESSSTÖRUNG DIAGNOSTIZIERT?

Art der Essstörung	ja	nein	unsicher	Wenn ja, in welchem Lebensjahr?
Anorexie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bulimie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Essstörung mit „Fressanfällen“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Essstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

25.1 Seit wann ist Ihr Essverhalten insgesamt gestört (Jahr)? _____

25.2 Seit wann besteht die Essstörung, deretwegen Sie uns jetzt aufsuchen?

_____ (Monate)

25.3 Welches war Ihr bisher höchstes Gewicht bei jetziger Körpergröße ____kg

Wann war das (Jahr) _____

25.4 Welches war Ihr bisher niedrigstes Gewicht bei jetziger Körpergröße ____kg

Wann war das (Jahr) _____

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

25.5 Bitte geben Sie an, wie häufig folgendes in den letzten drei Monaten bei Ihnen durchschnittlich auftrat:

	<i>2 x tägl. u. häufiger</i>	<i>1 x tägl.</i>	<i>4-6 x wöch ent- lich</i>	<i>2-3 x wöch ent- lich</i>	<i>1 x wöch ent- lich</i>	<i>alle 14 Tage</i>	<i>1 x im Monat</i>	<i>seltener</i>	<i>nie</i>
<i>Essanfälle</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Erbrechen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Gebrauch von Abführmitteln</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Gebrauch von Entwässerungs mitteln, Appetitzüglern</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Auslassen von Mahlzeiten</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Betont kalorienarmes Essen</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Essen nach einem festen Plan</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Fastentage</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Sport zur Gewichtskont rolle</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. WURDE SCHON EINMAL EINE ANDERE SEELISCHE STÖRUNG DIAGNOSTIZIERT?

Art der Störung	ja	nein	unsicher	Wenn ja, in welchem Lebensjahr?
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Angststörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zwangsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Substanzmissbrauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Persönlichkeitsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Störung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

VORHERGEHENDE BEHANDLUNGEN

27. WAREN SIE WEGEN EINER ESSSTÖRUNG BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

- Nein
- Ja, in ambulanter Behandlung
- Ja, in stationärer Behandlung
- Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

28. WENN SIE WEGEN EINER ESSSTÖRUNG IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAREN, GEBEN SIE BITTE FOLGENDES AN

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Behandler(in)	wie oft behandelt	Dauer in Monaten	Behandlung abgebrochen?	
			nein	ja
Hausärztin/-arzt			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere(r) Ärztin/Arzt			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstelle für Essstörungen			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sucht- oder andere Beratungsstelle			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapeut(in)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiater/ Nervenarzt			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (z. B. Heilpraktiker) bitte angeben welche:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

29. WENN SIE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAREN, GEBEN SIE BITTE FOLGENDES AN

Einrichtung	wie oft behandelt	Dauer in Monaten	Behandlung abgebrochen?	
			nein	ja
Allgemeinkrankenhaus			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrie			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychosomatische Klinik			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere bitte angeben welche:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. WAREN SIE WEGEN ANDERER SEELISCHER BESCHWERDEN BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

- Nein
- Ja, in ambulanter Behandlung
- Ja, in stationärer Behandlung
- Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

31. WENN SIE WEGEN ANDERER SEELISCHER BESCHWERDEN IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAREN, GEBEN SIE BITTE FOLGENDES AN
(Mehrfachnennungen sind möglich)

Behandler(in)	wie oft behandelt	Dauer in Monaten	Behandlung abgebrochen?	
			nein	ja
Hausärztin/-arzt			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere(r) Ärztin/Arzt			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstelle für Essstörungen			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sucht- oder andere Beratungsstelle			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotherapeut(in)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiater/ Nervenarzt			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (z. B. Heilpraktiker) bitte angeben welche:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

- 32. WENN SIE WEGEN ANDERER SEELISCHER BESCHWERDEN IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAREN, GEBEN SIE BITTE FOLGENDES AN**
(Mehrfachnennungen sind möglich)

Einrichtung	wie oft behandelt	Dauer in Monaten	Behandlung abgebrochen?	
			nein	ja
Allgemeinkrankenhaus			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrie			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychosomatische Klinik			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere bitte angeben welche:			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 33. SIND SIE ÜBER DIE KLINIK HINAUS NOCH IN AMBULANTER BEHANDLUNG**

Behandler(in)/ Einrichtung	Wegen der Essstörung (und ihrer Folgen)	Wegen anderer seelischer Beschwerden
in allg.-ärztlicher Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in psychiatrischer Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in psychotherapeutischer Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
in einer Beratungsstelle für Essstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sucht- oder andere Beratungsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamentöse Behandlung durch Psychopharmaka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere bitte nennen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

34. FRAGEN ZU AUSSEHEN, FIGUR UND DIÄT

(Bitte kreuzen Sie jeweils an, was auf Sie zutrifft)

Jetzige Körpergröße (barfuß) cm

Jetziges Körpergewicht in kg (unbekleidet) kg

Gewicht bei Klinikaufnahme: kg

Wie wichtig ist es Ihnen, Ihr genaues Gewicht zu kennen?

- ganz besonders wichtig
- sehr wichtig
- wichtig
- weniger wichtig
- nicht wichtig

Wie empfinden Sie sich zur Zeit?

- viel zu dünn
- etwas zu dünn
- idealgewichtig
- etwas zu dick
- viel zu dick

Welches ist Ihr Wunschgewicht? kg

Mit welchem maximalen Gewicht könnten Sie sich arrangieren? kg

Ich wurde wegen meiner Figur in meiner Familie kritisiert bzw. geärgert:

	immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre einschließlich)	<input type="radio"/>				
in meiner Jugendzeit (ab 12 bis 18 Jahre)	<input type="radio"/>				

Ich wurde wegen meines Aussehens in meiner Familie kritisiert bzw. geärgert:

	immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre einschließlich)	<input type="radio"/>				
in meiner Jugendzeit (ab 12 bis 18 Jahre)	<input type="radio"/>				

Ich wurde wegen meiner Figur von Gleichaltrigen kritisiert bzw. geärgert:

	immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre einschließlich)	<input type="radio"/>				
in meiner Jugendzeit (ab 12 bis 18 Jahre)	<input type="radio"/>				

Ich wurde wegen meines Aussehens von Gleichaltrigen kritisiert bzw. geärgert:

	immer	oft	manchmal	selten	nie
in meiner Kindheit (bis 11 Jahre einschließlich)	<input type="radio"/>				
in meiner Jugendzeit (ab 12 bis 18 Jahre)	<input type="radio"/>				

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

Im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen habe ich mich wegen meines Aussehens bzw. meiner Figur minderwertig

- ja, in meiner Kindheit (bis 11 Jahre einschließlich)
- ja, in meiner Jugend (12 bis 18 Jahre)
- ja, als Erwachsene
- nein, nie

Im Vergleich zu Frauen und Mädchen in Zeitschriften habe ich mich wegen meines Aussehens bzw. meiner Figur minderwertig gefühlt:

- ja, in meiner Kindheit (bis 11 Jahre)
- ja, in meiner Jugend (ab 12 bis 18 Jahre)
- ja, als Erwachsene
- nein, nie

Gibt es jemanden in Ihrer Familie, die/ der sich selbst zu dick findet?

- ja, meine Mutter
- ja, mein Vater
- ja, meine Schwester
- ja, mein Bruder
- ja, jemand anderes aus meiner Familie
- nein, niemand

Was denken Sie, wie wichtig es für Ihre Mutter und Ihren Vater ist, eine schlanke Figur zu haben?

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was denken Sie, wie wichtig attraktives Aussehen für Ihre Mutter und Ihren Vater ist?

	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	gar nicht wichtig
Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vater	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie häufig unterhalten Sie sich mit Freunden/-innen über Gewicht und Figur?

- täglich
- mehrmals in der Woche
- Einmal im Monat
- seltener als einmal im Monat
- nie

... und über Diäten?

- täglich
- mehrmals in der Woche
- Einmal im Monat
- seltener als einmal im Monat
- nie

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

Woher bekommen Sie die meisten Informationen über Figur, Gewicht und Diäten?

(Bitte nur 2 Antworten ankreuzen)

- Eltern
- Freundinnen
- Freunde
- Schule
- Zeitschriften
- TV
- Internet

Wessen Meinungen und Anschauungen über Figur und schönes Aussehen zählen für Sie am meisten?

(Mehrere Antworten möglich)

- die meiner Mutter
- die meines Vaters
- die meiner Schwester
- die meines Bruders
- die meiner Freundin
- die meines Freundes
- die anderer Mädchen/Frauen
- die anderer Jungen/Männer
- die meiner Lehrer(innen)
- die meines Trainers/meiner Trainerin
- die meiner Kolleginnen und Kollegen
- das, was ich in im Fernsehen darüber sehe oder in Zeitschriften lese
- das, was ich im Internet sehe
- andere, und zwar _____

Vergleichen Sie sich mit Models in Zeitschriften, in Filmen oder im Fernsehen?

- immer meistens manchmal selten nie

Würden Sie auch gern so aussehen?

- immer meistens manchmal selten nie

Haben Sie den Eindruck, Ihr Leben wäre leichter, wenn Sie auch so aussähen wie Models in Zeitschriften, in Filmen oder im Fernsehen?

- ja nein kann ich nicht sagen

Wenn ja, in welcher Hinsicht (Sie können mehrere Antworten ankreuzen):

- es wäre leichter, einen Partner/eine Partnerin zu haben
- es wäre leichter, von Frauen anerkannt zu sein
- es wäre leichter, von Männern anerkannt zu sein
- es wäre leichter, beruflichen Erfolg zu haben
- es wäre in anderen Bereichen des täglichen Lebens leichter

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

35. FÜR WIE ZUTREFFEND HALTEN SIE FOLGENDE AUSSAGEN:

Frauen, die nicht schlank sind, müssen sich mehr anstrengen als andere,

... um beruflichen Erfolg zu haben.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um von anderen Frauen anerkannt zu sein.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um von Männern anerkannt zu sein.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

... um einen Partner/eine Partnerin zu finden.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Für Frauen/Mädchen ist es genauso leicht oder schwierig, für Leistungen anerkannt zu werden, wie für Männer/Jungen.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich bin mit meiner beruflichen Situation (oder schulischen Situation bzw. Studiensituation) zufrieden.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich würde im Beruf (Schule, Studium) gerne mehr leisten als ich es tue.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich vergleiche meine Leistungen im Beruf (Schule, Studium) hauptsächlich mit der anderer Frauen/Mädchen.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich vergleiche meine Leistungen im Beruf (Schule, Studium) hauptsächlich mit der anderer Männer/Jungen.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe den Eindruck, dass ich im Vergleich mit den Leistungen anderer Frauen/Mädchen

besser genauso gut schlechter nicht einschätzbar abschneide

Ich habe den Eindruck, dass ich im Vergleich mit den Leistungen von Männern/Jungen

besser genauso gut schlechter nicht einschätzbar abschneide

Mein Bruder/meine Brüder sind in der Schule/Studium/Beruf mehr gefördert worden als ich.

Stimmt stimmt genau trifft nicht zu, habe keinen Bruder
-2 -1 0 +1 +2

Modul 1: Grunddaten Patient(in)

Ich fühle mich in meinen beruflichen Plänen von meiner Familie ausreichend unterstützt.

Stimmt stimmt genau trifft nicht zu, habe keinen Bruder
-2 -1 0 +1 +2

Ich habe einen eigenen Raum zur Verfügung, in den ich mich zurückziehen kann.

ja nein

Ich habe den Eindruck, dass meine Mutter und mein Vater gleichberechtigte Partner sind.

Stimmt stimmt genau trifft nicht zu, habe keinen Bruder
-2 -1 0 +1 +2

Ich bin finanziell unabhängig.

ja, voll und ganz ja, weitgehend nein, eher nicht nein, überhaupt nicht

Ich lebe mit einem Partner/ einer Partnerin zusammen

ja nein

Falls Sie mit einem Partner/ einer Partnerin zusammen leben, inwieweit treffen folgende Aussagen zu:

In unserer Lebensgemeinschaft ist der Hauptverdiener/die Hauptverdienerin

mein Partner meine Partnerin ich wir verdienen beide etwa gleich viel

Falls Ihr Partner/Ihre Partnerin Hauptverdiener ist, fühlen Sie sich von ihm/ihr abhängig?

ja, voll und ganz ja, weitgehend nein, eher nicht nein, überhaupt nicht

Die Pflichten in Haushalt und Kindererziehung liegen hauptsächlich bei

meinem Partner meiner Partnerin mir teilen wir gleichmäßig auf

Ich fühle mich in meinen Lebensplänen von meinem Partner/meiner Partnerin ausreichend unterstützt.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Der finanzielle Rahmen, den ich habe, ist für mich (und meine Familie) voll ausreichend.

Stimmt stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

36. IN DER KLINIK WERDEN ELTERN-INTENSIV-THERAPIEWOCHEN ANGEBOTEN. BITTE GEBEN SIE AN, OB SIE GEMEINSAM MIT IHREN ELTERN AN SO EINEM TEILNEHMEN

Ja, wir nehmen teil Nein, wir nehmen nicht teil

WENN JA, DANN BITTE FRAGEBOGEN „MODUL 2P –ERWARTUNGEN AN DEN ELTERNWORKSHOP“ AUSFÜLLEN.

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT !

Anhang E : Modul 2 & 4

Fragebogenuntersuchung der
Klinik Lüneburger Heide
Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen

Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie u. für Essstörungen

Modul 2P: Erwartungen

MODUL 2P

ERWARTUNGEN AN DEN ELTERNWORKSHOP

1. VON MEINER TEILNAHME AN DEM ELTERN-INTENSIV-WORKSHOP ERWARTE ICH, DASS

(Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an:)

ich weniger Beschwerden habe

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mehr Verständnis für meine Essstörung bekommen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich von den Erfahrungen anderer lernen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekomme

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich das Gefühl bekomme, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfahre, wo ich mein Verhalten verändern sollte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mehr Distanz zu der Essstörung bekomme

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfahre, ob und wie meine Eltern an der Entstehung der Essstörung beteiligt sind

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Konflikte geklärt werden können

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mich mehr unterstützen, gesund zu werden

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern nicht nur an die Essstörung denken

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 2P: Erwartungen

sich meine Eltern weniger Sorgen machen
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

wir wieder mehr Respekt voreinander haben
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mehr für mich da sind
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mir mehr zutrauen
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich meine Eltern besser verstehen kann
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mich besser verstehen können
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfahre, was sich in den familiären Beziehungen verändern muss
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern erfahren, was sich in unserer Beziehungen verändern müsste
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfahre, was sich in der Beziehung zu meinen Eltern/Elternteil verändern muss
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich eine gesunde Distanz zu meinen Eltern aufbauen kann
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mehr Anerkennung von meinen Eltern bekomme
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Fall-Kennnummer:

Kennnummer ist von der Therapeutin/ dem Therapeuten einzutragen.

DATUM: _____

MODUL 2E GRUNDDATEN UND ERWARTUNGEN

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen _____ bitte die Antworten aufschreiben.

1. GEBURTSTAG _____ 2. GESCHLECHT weiblich männlich

3. DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT

- Arbeiter(in)
- Facharbeiter(in)
- einfache(r)/mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- Selbständige(r)
- Auszubildende(r) / Umschüler(in)
- Schüler(in) / Student(in)
- Hausfrau / Hausmann
- Rentner(in)
- arbeitslos
- sonstiges

4. FAMILIENSTAND

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- getrennt lebend
- verwitwet

5. LEBENSITUATION

- aktuell in fester Partnerschaft lebend
- ja nein

6. KINDER

Anzahl der Kinder: _____ Anzahl der Kinder, die mit im Haushalt leben: _____

7. NATIONALITÄT

- deutsch
- andere (bitte eintragen):

8. RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT

- evangelisch
- römisch-katholisch
- andere (bitte eintragen):

- konfessionslos

9. VON DER ESS-STÖRUNG IST BETROFFEN

meine Tochter mein Sohn meine Partnerin meine Schwester andere: _____

10. GEBURTSTAG DER BETROFFENEN _____

11. ART DER ESSSTÖRUNG:

- Magersucht Bulimie Essanfälle Sonstiges _____

12. DIE ESS-STÖRUNG BESTEHT SEIT _____ Monaten

13. ZUSÄTZLICHE ERKRANKUNGEN DER BETROFFENEN:

- Depression
 Ängste
 Sucht
 Sonstiges _____

14. LEBT DIE BETROFFENE MIT IM SELBEN HAUSHALT?

- nein ja

15. WAR DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG BEREITS FRÜHER IN BEHANDLUNG?

- Nein
 Ja, in ambulanter Behandlung
 Ja, in stationärer Behandlung
 Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

16. WENN DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN AMBULANTER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE: (Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
<input type="radio"/> Hausärztin/-arzt	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> andere(r) Ärztin/Arzt	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Beratungsstelle für Ess- Störungen	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sucht- oder andere Beratungsstelle	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ärztlicher/psychologischer Psychotherapeut(in)	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Psychiater/Nervenarzt	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Andere (z. B. Heilpraktiker; bitte angeben welche:)	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. WENN DIE BETROFFENE WEGEN EINER ESS-STÖRUNG IN STATIONÄRER BEHANDLUNG WAR, GEBEN SIE BITTE AN, WO, WIE HÄUFIG UND AUF WELCHE ART DIE BEHANDLUNG BEENDET WURDE: (Mehrfachnennungen sind möglich)

<i>Einrichtung</i>	<i>wie oft</i>	<i>regulär beendet</i>	<i>Abbruch</i>	<i>unbekannt</i>
<input type="radio"/> Allgemeinkrankenhaus	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Kinder-, Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Psychosomatisches Krankenhaus/ Rehaklinik	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Andere (bitte angeben welche:)	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. UNTERSTÜTZUNG VON ANDEREN LEUTEN/ORGANISATIONEN

Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen anhand dieser Antwortkategorien:

0 = Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in dem Bereich bekommen.

1 = Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.

2 = Ja, ich bekomme genügend Unterstützung

HABEN SIE BISLANG AUSREICHENDE UNTERSTÜTZUNG VON FOLGENDEN LEUTEN/ORGANISATIONEN ERHALTEN?

	0	1	2
a) Partner/engem Freund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) engstem Familienkreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) weitläufigem Familienkreis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Freunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Arbeitgeber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Arbeitskollegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Mitarbeitern des Gesundheitssystems (Ärzte, Psychologen, Pfleger etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Praktischer Arzt/Hausarzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Sozialarbeiter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Selbsthilfe-Gruppe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. IN DER KLINIK WERDEN ELTERN-INTENSIV-THERAPIEWOCHEN ANGEBOTEN. BITTE GEBEN SIE AN, OB SIE AN SO EINEM TEILNEHMEN

Ja, ich nehme teil

Nein, ich nehme nicht teil

19.1 AUßER MIR NIMMT AUCH DER VATER /DIE MUTTER AN DEM ELTERNWORKSHOP TEIL

ja

nein

19.2 FALLS NUR SIE AM WORKSHOP TEILNEHMEN, KREUZEN SIE BITTE AN, WARUM DER VATER/DIE MUTTER NICHT TEILNIMMT. WEIL

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> wir getrennt/geschieden leben | <input type="radio"/> es beruflich nicht geht |
| <input type="radio"/> er/sie kein Interesse daran hat | <input type="radio"/> es aus familiären Gründen nicht ging |
| <input type="radio"/> er/sie Angst hat, dass ihm/ihr Vorwürfe gemacht werden | <input type="radio"/> mein(e) Tochter/Sohn wollte, dass nur ich komme |
| <input type="radio"/> er/sie davon überzeugt ist, mit der Erkrankung nichts zu tun zu haben | <input type="radio"/> es mir nicht als sinnvoll erschien |
| <input type="radio"/> ihn/sie das zu sehr belastet | <input type="radio"/> sonstiges: _____ |

19.3 VON MEINER TEILNAHME AN DEM ELTERN-INTENSIV-WORKSHOP ERWARTE ICH, DASS ICH

(Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an:)

das Gefühl bekomme, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mich mit anderen Eltern über Sorgen und Schwierigkeiten austauschen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, wie andere mit der Problematik umgehen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

von den Erfahrungen anderer lernen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekomme

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine essgestörte Tochter/Sohn besser verstehen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

die Auswirkungen der Ess-Störung auf meine anderen Kinder besser nachvollziehen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Ess-Störung erhalte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, wo ich mein Verhalten verändern sollte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, ob und wie ich an der Entstehung der Ess-Störung beteiligt bin

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, wo ich meine Einstellungen verändern müsste

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mehr Informationen über die Ess-Störungen, ihre Hintergründe und ihre Folgen bekomme

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, was sich in unseren familiären Beziehungen verändern müsste

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfahre, was sich in der Beziehung zu meinem Partner/meiner Partnerin verändern müsste

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mehr Distanz zu der Ess-Störung bekomme

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT !

Modul 4P1: Elternworkshop Abschluss

MODUL 4P1 ELTERNWORKSHOP ABSCHLUSS

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen _____ bitte die Antworten aufschreiben.

1. WER VON IHREN ELTERN HAT AN DEM ELTERNWORKSHOP TEILGENOMMEN?

Mutter Vater Beide

2. EIN ELTERNTEIL HAT NICHT AM WORKSHOP TEILGENOMMEN, WEIL

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> sie getrennt/geschieden leben | <input type="radio"/> es beruflich nicht ging |
| <input type="radio"/> er (sie) kein Interesse hatte | <input type="radio"/> es aus familiären Gründen nicht ging |
| <input type="radio"/> er (sie) Angst hatte, dass ihm (ihnen) Vorwürfe gemacht werden | <input type="radio"/> ich wollte, dass nur er/sie kommt |
| <input type="radio"/> er (sie) davon überzeugt ist, mit der Erkrankung nichts zu tun zu haben | <input type="radio"/> es mir nicht als sinnvoll erschien |
| <input type="radio"/> ihn (sie) das zu sehr belastet | <input type="radio"/> sonstiges: _____ |

3. VERLAUF DES ELTERNWORKSHOPS

3.1 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf des Workshops?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

0 1 2 3

3.2 Würden Sie den Workshop weiter empfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

0 1 2 3

3.3 Was fanden Sie insgesamt besonders gut?

Modul 4P1: Elternworkshop Abschluss

3.4 Was haben Sie als schwierig empfunden?

4. MEINE TEILNAHME AN DEM ELTERNWORKSHOP HAT BEWIRKT, DASS:

(Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an:)

ich weniger Beschwerden habe

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mehr Verständnis für meine Essstörung bekamen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich von der Erfahrungen anderer lernen konnte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekam

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich das Gefühl bekam, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfuhr, wo ich mein Verhalten verändern sollte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mehr Distanz zu der Essstörung bekam

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfuhr, ob und wie meine Eltern an der Entstehung der Essstörung beteiligt sind

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Konflikte geklärt werden konnten

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mich mehr unterstützen, gesund zu werden

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern nicht nur an die Essstörung denken

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

sich meine Eltern weniger Sorgen machen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 4P1: Elternworkshop Abschluss

wir wieder mehr Respekt voreinander haben

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mehr für mich da sind

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mir mehr zutrauen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich meine Eltern besser verstehen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mich besser verstehen können

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfuhr, was sich in den familiären Beziehungen verändern muss

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern erfuhren, was sich in den familiären Beziehungen verändern muss

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfuhr, was sich in der Beziehung zu meinen Eltern/Elternteil verändern muss

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich eine gesunde Distanz zu meinen Eltern aufbauen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mehr Anerkennung von meinen Eltern bekomme

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 4P2: Elternworkshop Abschluss

MODUL 4P2

ELTERNWORKSHOP ABSCHLUSS

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen _____ bitte die Antworten aufschreiben.

1. VERLAUF DES ELTERNWORKSHOPS

1.1 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf des Workshops?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

0 1 2 3

1.2 Würden Sie den Workshop weiter empfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

0 1 2 3

1.3 Was fanden Sie insgesamt besonders gut?

1.4 Was haben Sie als schwierig empfunden?

2. DIE EINRICHTUNG

2.1 Waren Sie mit der Art, wie mit Ihnen in der Klinik umgegangen wurde zufrieden?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

0 1 2 3

2.2 Was fanden Sie besonders gut?

Modul 4P2: Elternworkshop Abschluss

2.3 Was hat Sie besonders gestört?

3. Würden Sie die Klinik weiter empfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

0 1 2 3

4. MEINE TEILNAHME AN DEM ELTERNWORKSHOP HAT BEWIRKT, DASS:

(Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an:)

ich weniger Beschwerden habe

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mehr Verständnis für meine Essstörung bekamen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich von der Erfahrungen anderer lernen konnte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekam

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich das Gefühl bekam, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfuhr, wo ich mein Verhalten verändern sollte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mehr Distanz zu der Essstörung bekam

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfuhr, ob und wie meine Eltern an der Entstehung der Essstörung beteiligt sind

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Konflikte geklärt werden konnten

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mich mehr unterstützen, gesund zu werden

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 4P2: Elternworkshop Abschluss

meine Eltern nicht nur an die Essstörung denken

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

sich meine Eltern weniger Sorgen machen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

wir wieder mehr Respekt voreinander haben

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mehr für mich da sind

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mir mehr zutrauen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich meine Eltern besser verstehen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern mich besser verstehen können

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfuhr, was sich in den familiären Beziehungen verändern muss

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine Eltern erfuhren, was sich in den familiären Beziehungen verändern muss

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich erfuhr, was sich in der Beziehung zu meinen Eltern/Elternteil verändern muss

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich eine gesunde Distanz zu meinen Eltern aufbauen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mehr Anerkennung von meinen Eltern bekomme

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

ich neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 4E: Elternworkshop Abschluss

MODUL 4E

ELTERNWORKSHOP ABSCHLUSS

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen _____ bitte die Antworten aufschreiben.

1. VERLAUF UND LEITUNG DES ELTERNWORKSHOP

1.1 Wie zufrieden sind Sie mit dem Verlauf der Gruppe insgesamt?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: gar nicht zufrieden 1: wenig zufrieden 2: zufrieden 3: sehr zufrieden)

0 1 2 3

1.2 Würden Sie noch einmal an diesen Gruppen teilnehmen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

0 1 2 3

1.3 Würden Sie den Elternworkshop weiter empfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

0 1 2 3

1.4 Was fanden Sie insgesamt besonders gut?

1.5 Was haben Sie als schwierig empfunden?

2. DIE EINRICHTUNG

2.1 Waren Sie mit der Art, wie mit Ihnen in der Klinik umgegangen wurde zufrieden?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

0 1 2 3

2.2 Was fanden Sie besonders gut?

Modul 4E: Elternworkshop Abschluss

2.3 Was hat Sie besonders gestört?

2.4 Würden Sie die Klinik weiter empfehlen?

(Bitte kreuzen Sie an: 0: nein 1: eher nicht 2: eher ja 3: ja)

0 1 2 3

3. MEINE TEILNAHME AN DEM ELTERNWORKSHOP HAT BEWIRKT, DASS ICH

(Bitte kreuzen Sie jeweils die auf Sie zutreffende Antwort an:)

das Gefühl bekam, mit meinen Problemen nicht allein dazustehen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mich mit anderen Eltern über Sorgen und Schwierigkeiten austauschen konnte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, wie andere mit der Problematik umgehen

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

von den Erfahrungen anderer lernen konnte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Bestätigung für meine Ansichten und Verhaltensweisen bekam

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

meine essgestörte Tochter/Sohn besser verstehen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

die Auswirkungen der Ess-Störung auf meine anderen Kinder besser nachvollziehen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Hinweise und Ratschläge zum Umgang mit der Ess-Störung erhielt

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, wo ich mein Verhalten verändern sollte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, ob und wie ich an der Entstehung der Ess-Störung beteiligt war

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, wo ich meine Einstellungen verändern müsste

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 4E: Elternworkshop Abschluss

mehr Informationen über die Ess-Störungen, ihre Hintergründe und ihre Folgen bekam

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, was sich in unseren familiären Beziehungen verändern müsste

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

erfuhr, was sich in der Beziehung zu meinem Partner/ meiner Partnerin verändern müsste

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mehr Distanz zu der Ess-Störung bekam

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

mich wieder mehr für Dinge außerhalb der Familie öffnen kann

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

neue Personen außerhalb meiner Familie kennen lernte

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

4. DURCH DEN ELTERNWORKSHOP BIN ICH AUF EIGENE PERSÖNLICHE PROBLEME AUFMERKSAM GEWORDEN

Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

5. DURCH DIE TEILNAHME AN DEM ELTERNWORKSHOP HAT SICH ERGEBEN, DASS ICH FÜR MICH SELBST INTENSIVERE HILFE IN ANSPRUCH NEHMEN WERDE/ GENOMMEN HABE

nein

ja, ambulante Einzelpsychotherapie

ja, ambulante Familien-/Paartherapie

ja, Eheberatung

ja, ambulante ärztliche Betreuung

ja, ambulante psychiatrische Betreuung

ja, Kur

ja, stationäre psychiatrische Behandlung

ja, stationäre psychotherap.Behandlung

ja, andere _____

6. DURCH DIE TEILNAHME AN DEM ELTERNWORKSHOP HAT SICH ERGEBEN, DASS MEINE PARTNERIN/MEIN PARTNER BZW. DIE BETROFFENE BZW. EIN ANDERES KIND EVT. INTENSIVERE HILFE IN ANSPRUCH NEHMEN WIRD

	Partnerin/Partner	die Betroffene	anderes Kind
Nein, keine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambulante Einzelpsychotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambulante psychiatrische Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ärztliche Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stationäre psychiatrische Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stationäre psychotherapeutische Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere _____			

Anhang F : Modul 3

Fragebogenuntersuchung der
Klinik Lüneburger Heide
Kompetenzzentrum für die Behandlung von Essstörungen

Universitätsmedizin Göttingen
Abteilung für Psychosom. Medizin u. Psychotherapie
Ambulanz für Familientherapie u. für Essstörungen

Modul 3 Einstellungen zum Körper und Essen

MODUL 3 IHRE PERSÖNLICHE EINSTELLUNG ZUM KÖRPER UND ESSEN

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft. Bei den Leerzeilen _____ bitte die Antworten aufschreiben.

1. Ihre jetzige Körpergröße (barfuß) cm
2. Ihr jetziges Körpergewicht in kg (unbekleidet) kg
3. Wie wichtig ist es Ihnen, Ihr genaues Gewicht zu kennen?
 ganz besonders wichtig
 sehr wichtig
 wichtig
 weniger wichtig
 nicht wichtig
4. Wie empfinden Sie sich zur Zeit?
 viel zu dünn
 etwas zu dünn
 ideal gewichtig
 etwas zu dick
 viel zu dick
5. Welches ist Ihr Wunschgewicht? kg
6. Mit welchem maximalen Gewicht könnten Sie sich arrangieren? kg
- 7.
8. Was war das bisher höchste Körpergewicht, das Sie bei Ihrer jetzigen Größe erreichten?
(Schwangerschaften ausgenommen)
..... kg
9. Was war das bisher niedrigste Körpergewicht, das Sie bei Ihrer jetzigen Größe erreichten?
..... kg
10. Schenken Sie Ihrer Figur größere Bedeutung?
 immer
 oft
 gelegentlich
 selten
 nie
11. Haben Sie zur Zeit das Gefühl, dass Teile Ihres Körpers zu dick sind?
 immer
 oft
 gelegentlich
 selten
 nie

Modul 3 Einstellungen zum Körper und Essen

12. Halten Sie Diät?
 immer
 oft
 gelegentlich
 selten
 nie
13. Haben Sie schon mal gefastet?
 oft
 gelegentlich
 selten
 nie
13. Essen gehört zu den schönsten Seiten des Lebens.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
14. Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
15. Ich esse meistens zu viel, wenn ich in Gesellschaft bin, bei Festen und Ausflügen.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
16. Das Essen beeinflusst bei mir Stimmung und Laune.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
17. Ich esse, wenn ich eine schwierige Situation zu meistern habe.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
18. Ich habe wegen des Essens häufig Schuldgefühle.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
19. Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil sie "dick" machen.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
20. Man sollte ruhig essen, was einem schmeckt, auch wenn es nicht so gesund ist.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
21. Es ist mir unangenehm, dicken Leuten beim Essen zuzusehen.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
22. Ich esse sehr schnell während meiner Mahlzeiten.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
23. Ich habe so häufig Hunger, dass ich öfter als dreimal am Tag esse.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Modul 3 Einstellungen zum Körper und Essen

24. Es kommt öfter vor, dass ich mitten in der Nacht aufwache und dann etwas esse.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
25. In meiner Kindheit musste gegessen werden, was auf den Tisch kam.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
26. Wegen meines Übergewichts habe ich viel an Selbstsicherheit verloren.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
27. Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
28. Es gibt beim Essen einen Punkt, bei dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
29. Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
30. Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen zu essen.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
31. An mich werden viele Anforderungen gestellt, denen ich nur schwer nachkommen kann.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
32. Im Vergleich zu anderen bin ich recht gewissenhaft und gründlich bei allem, was ich tue.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
33. Es fällt mir schwer, meine Gefühle anderen gegenüber auszudrücken.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2
34. Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden.
Stimmt nicht stimmt genau
-2 -1 0 +1 +2

Anhang G : AFKA

AFKA PATIENT

Sie haben sich vermutlich schon einige Gedanken über mögliche Ursachen bzw. Bedingungen für Ihre Erkrankung gemacht. Bitte kreuzen Sie in diesem Sinne aus Ihrer persönlichen Perspektive **jeden** der unten aufgeführten Aspekte auf der Skala von 1 bis 5 an.

1. Wodurch sind nach Ihrer Einschätzung Ihre Beschwerden (mit)bedingt?					
Meine Beschwerden sind (mit)bedingt durch...					
	gar nicht	kaum	mittel-mäßig	ziemlich stark	sehr stark
(01) Familiäre Probleme	<input type="radio"/>				
(02) Probleme zwischen meinen Eltern	<input type="radio"/>				
(03) Finanzielle und berufliche Probleme	<input type="radio"/>				
(04) körperliche und biologische Faktoren	<input type="radio"/>				
(05) Schicksal	<input type="radio"/>				
(06) Stress	<input type="radio"/>				
(07) Substanzmissbrauch/Sucht (Alkohol, Drogen, Medikamente)	<input type="radio"/>				
(08) Erbliche Belastung	<input type="radio"/>				
(09) meine Persönlichkeit	<input type="radio"/>				

2. Wie stark können die folgenden Personen Einfluss auf die Besserung Ihrer Beschwerden nehmen?					
	gar nicht	kaum	mittel-mäßig	ziemlich stark	sehr stark
(10) Familienangehörigen	<input type="radio"/>				
(11) Ihr(e) Partner/Partnerin	<input type="radio"/>				
(12) Freunde und Bekannte	<input type="radio"/>				
(13) Berufskollegen	<input type="radio"/>				
(14) Ärzte und Therapeuten	<input type="radio"/>				
(15) ich selbst	<input type="radio"/>				
(16) andere Personen	<input type="radio"/>				

AFKA ELTERN

Sie haben sich vermutlich schon einige Gedanken über mögliche Ursachen bzw. Bedingungen für die Erkrankung Ihrer/Ihres Tochter/Sohnes gemacht. Bitte kreuzen Sie in diesem Sinne aus Ihrer persönlichen Perspektive **jeden** der unten aufgeführten Aspekte auf der Skala von 1 bis 5 an.

1. Wodurch sind nach Ihrer Einschätzung die Beschwerden Ihre(s)r erkrankten Tochter/Sohnes (mit)bedingt?					
Ihre/ Seine Beschwerden sind (mit)bedingt durch...					
	gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich stark	sehr stark
(01) Familiäre Probleme	<input type="radio"/>				
(02) Probleme in der Partnerschaft	<input type="radio"/>				
(03) Finanzielle und berufliche Probleme	<input type="radio"/>				
(04) körperliche und biologische Faktoren	<input type="radio"/>				
(05) Schicksal	<input type="radio"/>				
(06) Stress	<input type="radio"/>				
(07) Substanzmissbrauch/Sucht (Alkohol, Drogen, Medikamente)	<input type="radio"/>				
(08) Erbliche Belastung	<input type="radio"/>				
(09) Persönlichkeit der/des Angehörigen	<input type="radio"/>				

2. Wie stark können die folgenden Personen Einfluss auf die Besserung der Beschwerden Ihre(s)r erkrankten Tochter/Sohnes nehmen?					
	gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich stark	sehr stark
(10) ihre/seine Familienangehörigen	<input type="radio"/>				
(11) ihr Partner/ seine Partnerin	<input type="radio"/>				
(12) Freunde und Bekannte	<input type="radio"/>				
(13) Berufskollegen	<input type="radio"/>				
(14) Ärzte und Therapeuten	<input type="radio"/>				
(15) sie/er selbst	<input type="radio"/>				
(16) andere Personen	<input type="radio"/>				

Anhang H : Evaluation der Eltern-Kind-Therapiewoche

Haupteffekte zur Varianzanalyse „Welche Patientinnen bessern sich mehr?“

Tabelle 9.1: Haupteffekte zu Tabelle 5.16: Erhebungszeit und Prädiktoren aus der ANOVA

AV	Prädiktor	n = 159	Zeit		Prädiktor	
			df	F	p	F
SCL-90-R	Familie hat Einfluss					
Depr.	Bez. Veränderung (FB-A Eltern-Pat.)	138	22.98	.001	.03	.859
	Meinungen der Mutter wichtig	148	28.15	.001	.33	.566
	Pat. noch in Fam. lebend	148	27.33	.001	6.71	.011
EDI-2						
IW	Psych./psychosom. Belastung in Fam. hoch	152	26.06	.001	1.13	.289
UK	Bez. Veränderung (FB-A Eltern-Pat.)	139	4.11	.044	.00	.986
M	Eigenes Aussehen für M. wichtig	147	9.49	.002	.00	.927
AE	Pat. noch in Fam. lebend	142	14.31	.001	.41	.522
SS	Bez. Veränderung (FB-A Eltern-Pat.)	141	8.97	.003	.97	.326
B	Bez. Veränderung (FB-A Eltern-Pat.)	138	13.32	.001	.14	.707
SCL-90-R	Treatment half der Mutter					
Zwang	Fam. Bez.(FB-A) aus Sicht der M gebessert	129	19.40	.001	.94	.332
EDI-2						
IW	Fam. Bez. (FB-A) aus Sicht der M gebessert	129	14.96	.001	.05	.811
UK	Somatisierung der M gebessert	128	3.84	.052	.09	.765
P	Somatisierung der M gebessert	130	.28	.592	.29	.591

Anhang I : Outcome-Unterschiede zwischen Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Haupteffekte der Kovariaten aus Tabelle 5.17

Tabelle 9.2: Haupteffekte der vier Prädiktoren aus Tabelle 5.17: aus der ANCOVA im Aufnahme-Entlassung-Vergleich. BMI, Essverhalten und EDI-2.

		Alter		Wohnen		Aufenthalts- länge		Alter* Aufent- haltslänge	
		F	p _{2t}	F	p _{2t}	F	p _{2t}	F	p _{2t}
Gewicht in Kg	objektiv	.06	.807	2.58	.109	10.49	.001	.02	.869
	subjektiv	3.89	.051	5.68	.019	5.87	.017	1.31	.253
BMI	objektiv	1.81	.179	6.29	.013	12.06	.001	3.01	.084
	subjektiv	5.14	.025	8.28	.005	10.13	.002	5.14	.025
Essverhalten									
<i>(letzte 3 Monate):</i>									
	Essanfälle	3.80	.053	.57	.449	5.43	.021	.64	.425
	Erbrechen	3.59	.060	.69	.405	.94	.334	.09	.754
	Abführmittel	1.97	.162	.85	.358	.04	.831	2.22	.138
	Entwässerungsmittel	.14	.707	.26	.609	.40	.528	.10	.747
	Auslassen von Mahlz.	1.39	.239	.08	.777	.82	.365	8.34	.005
	Kalorienarm	.28	.597	.15	.694	.58	.444	3.27	.073
	Planessen	.15	.697	.84	.360	9.57	.002	.03	.845
	Fasten	1.98	.161	.13	.710	.12	.720	5.02	.027
	Sport	.57	.450	1.31	.254	.08	.737	.65	.419
EDI-2	SS	.01	.899	2.41	.121	3.05	.082	2.00	.159
	B	.69	.404	5.06	.025	9.64	.002	.39	.530
	UK	.02	.864	.61	.435	5.50	.020	.84	.358
	I	.52	.469	5.50	.020	3.23	.074	.09	.754
	P	.00	.992	6.18	.014	1.67	.196	.01	.895
	M	2.24	.136	6.22	.013	4.53	.034	.00	.934
	IW	.63	.426	4.36	.038	.42	.513	.09	.758
	AE	.25	.612	.00	.971	.00	.990	.00	.945

9. Anhang

Tabelle 9.3: Haupteffekte der vier Prädiktoren aus Tabelle 5.17: aus der ANCOVA im Aufnahme-Entlassung-Vergleich. SCL-90-R und AFKA.

		Alter		Wohnen		Aufenthalts- länge		Alter*Aufent- haltungslänge	
		F	p _{2t}	F	p _{2t}	F	p _{2t}	F	p _{2t}
SCL-90-R	SOMA	.11	.739	.01	.915	3.04	.083	.46	.498
	ZWANG	.18	.669	1.38	.241	2.07	.152	.31	.574
	UNSI	1.06	.304	4.45	.036	6.03	.015	1.56	.212
	DEPR	.28	.596	4.74	.031	3.93	.049	1.09	.296
	ANGS	.64	.425	.94	.332	13.44	.001	.58	.444
	AGGR	.33	.564	.95	.330	.01	.891	.43	.509
	PHOB	.77	.378	2.88	.091	9.80	.002	.16	.688
	PARA	.00	.954	.34	.559	2.89	.090	.00	.954
	PSYC	.04	.836	.82	.365	2.41	.122	.04	.835
	GSI	.26	.609	2.33	.128	5.60	.019	.18	.672
AFKA	Familie	.01	.891	3.20	.076	1.03	.311	.22	.637
	Selbst	1.26	.263	1.32	.253	.02	.875	.01	.909
	Eltern	.28	.594	1.63	.204	.07	.789	.47	.493
	Stress	.12	.729	.55	.457	.76	.385	.50	.479
	Finanzen	9.35	.003	.79	.374	.05	.810	3.66	.058
	Schicksal	6.88	.010	.97	.327	.44	.507	1.94	.166
	Körper	2.71	.102	.28	.592	.34	.558	.13	.710
	Sucht	1.19	.276	.05	.809	.23	.627	.04	.837

Tabelle 9.4: Haupteffekte der vier Prädiktoren aus Tabelle 5.17: aus der ANCOVA im Aufnahme-Entlassung-Vergleich. FB-A und SFB.

		Alter		Wohnen		Aufenthalts- länge		Alter*Aufent- haltungslänge		
		F	p _{2t}	F	p _{2t}	F	p _{2t}	F	p _{2t}	
FB-A	AE	.93	.337	4.98	.028	.88	.348	.13	.710	
	RV	1.05	.307	1.52	.219	.02	.888	.26	.607	
	KOM	1.33	.251	3.34	.070	.86	.355	.04	.834	
	E	2.35	.128	4.24	.042	.46	.497	.41	.520	
	AB	.55	.457	4.55	.035	1.31	.255	.08	.773	
	K	.63	.427	2.88	.092	3.34	.070	.08	.773	
	WN	.75	.388	1.13	.290	2.22	.139	.17	.681	
	Summe	1.38	.243	4.14	.044	1.22	.271	.01	.893	
SFB	Potenz	KM	.59	.441	4.77	.031	.70	.402	.29	.592
		KV	.52	.471	1.09	.298	2.74	.101	3.51	.064
		VK	.04	.830	3.89	.051	.08	.776	1.22	.270
		VM	.61	.436	2.32	.131	.27	.599	.00	.999
		MK	2.46	.119	1.33	.250	.17	.677	.02	.876
		MV	1.39	.241	.00	.987	.49	.482	.23	.631
		FaSu	2.75	.100	4.20	.043	1.40	.240	.35	.554
		Valenz	KM	6.25	.014	.61	.433	.00	.998	.02
	KV		1.16	.284	1.83	.179	1.56	.214	.28	.595
	VK		1.63	.204	1.85	.176	3.29	.073	.17	.677
	VM		2.88	.093	.85	.358	1.15	.285	.28	.595
	MK		6.77	.011	.10	.744	.69	.406	.27	.603
	MV		.26	.605	3.00	.087	.49	.485	.08	.774
	FaSu	4.55	.036	2.00	.161	.88	.349	.17	.676	