

Behandlung von Anorexia nervosa als emotional-soziale Förderaufgabe der Erziehungs- und Familienhilfe



Ein hochschulpädagogisches Trainingsmodell mit Einzelfallstudie
der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln,
Department für Heilpädagogik und Rehabilitation

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu
Köln nach der Promotionsordnung vom 10.05.2010

vorgelegt von Annegret Hölscher
aus Nordhorn

Januar 2019

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen
Fakultät der Universität zu Köln im Mai 2019 angenommen

Erstgutachter: Prof. Dr. Karl.-J. Kluge
Zweitgutachter: Prof. Dr.-Rüdiger Mielke

Tag der mündlichen Prüfung: 21.05.2019

DANKSAGUNG

Ein herzliches Dankeschön gilt insbesondere den TeilnehmerInnen und deren Familien, die das Training absolviert haben. Ohne ihre rege und engagierte Teilnahme wäre diese Doktorarbeit nicht möglich gewesen.

Mein ganz persönlicher Dank geht an Herrn Prof. Dr. Karl.-J. Kluge, der die Arbeit betreut, mich fachlich beraten und unermüdlich unterstützt hat.

Herrn Prof. Dr. Rüdiger Mielke möchte ich meinen Dank aussprechen für seine Bereitschaft, sich als Zweitgutachter zur Verfügung zu stellen.

An dem Zustandekommen der vorliegenden Arbeit waren einige Personen beteiligt, die ich an dieser Stelle nicht alle einzeln nennen möchte. Jedoch gilt jedem Einzelnen meinen Dank.

Diese Arbeit widme ich meiner Familie. Es ist unschätzbar, was sie für mich in der Phase meiner Promotion getan haben. Dank Euch allen!

Nordhorn, im Januar 2019

Annegret Hölscher

„Bewahre mich vor dem naiven Glauben, es müsste im Leben alles gelingen. Schenke mir die nüchterne Erkenntnis, dass Schwierigkeiten, Niederlagen, Misserfolge, Rückschläge eine selbstverständliche Zugabe zum Leben sind, durch die wir wachsen und reifen.“

Antoine de Saint-Exupéry

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	2
Glossar	3
I EINFÜHRUNG	7
II AUSGANGSSITUATION, PROBLEM-HINTERGRUND, BEGRÜNDUNGSRAHMEN	12
1. Anorexia nervosa	16
1.1 Historie und Entwicklung.....	16
1.2 Pubertäres Erscheinungsbild.....	17
1.3 Epidemiologie bei Anorexia nervosa	21
1.3.1 Prävalenzrate	22
1.3.2 Inzidenz	23
1.3.3 Komorbidität/Multimorbidität	23
1.3.4 Mortalität	24
1.4 Körperliche Wirkungen und Folgen	25
1.5 Verlauf und Prognose	27
1.6 Pathogenese	28
1.6.1 Biologische und genetische Faktoren	28
1.6.2 Frauenbild und psycho-soziale Faktoren	31
1.6.3 Familiär-erzieherische Einflussfaktoren.....	33
1.7 Zusammenfassung mit ersten Schlussfolgerungen.....	35
2. Diagnostik und Differentialdiagnostik bei Anorexia nervosa	37
2.1 Psychiatrische und somatische Differentialdiagnostik.....	38
2.1.1 Somatische Diagnostik	38
2.1.2 Psychiatrische Diagnostik	39
2.2 Therapie.....	40
2.3 Stellungnahme aus der Kölner Erziehungshilfe	42
3. Einflussfaktoren auf das Essverhalten	44
4. Qualitative Fallanalyse –Familie erlebt die Anorexia nervosa	46
4.1 Familie Hausmann – Anorektische Tochter Sophie	47
4.1.1 Erlebte Gefühle – eruiert anhand von Fragebögen und Testungen	48
4.1.1.1 Fragen zu Sophies Gefühlslage	48
4.1.1.2 Fragen zu Sophies Persönlichkeit	49
4.1.2 Erlebte Gefühle (Protokoll-Aufzeichnungen)	51

4.1.3 Verlaufsanalyse incl. Auswertungsergebnisse der Protokolle	59
4.1.4 Eltern-Jugendlichen-Beziehung in der Familie Hausmann.....	63
4.1.5 Erklärungsversuch der Familiensituation	68
4.2 Familie Hausmann nach dem FKT: Zusammenfassung, Fazit und Ausblick	73
III THEORIE, KONZEPTION, METHODIK	78
5. Trainingsansätze im Familienbasierten Kompetenz-Training	78
5.1 Die Rolle der Familie	79
Entwicklung von familiären Zugehörigkeitsgefühlen.....	82
5.2 Die Rolle der Sozialkompetenz.....	83
Entwicklung sozialer Fertigkeiten.....	84
5.3 Die Rolle der „Positiven Psychologie“ – Glücksfaktor	86
Übungen zur Entwicklung „Positiver Psychologie“	89
5.4 Die Rolle der „Positiven Gefühle“	91
Zur Arbeit mit dem „Positiven GefühlsJournal“	96
5.5 Die Funktion des Lernens.....	99
Zur Arbeit mit „LernProzess-Journalen“	104
5.6 Die Rolle der Bindung – Bindung braucht Beziehung.....	105
5.7 Die Rolle der Kommunikation und die „Innere Welt des Verstehens“	111
5.8 Die Rolle der Resilienz	116
<i>Effektives Resilienztraining</i>	117
5.9 Zusammenfassung und theoretische Rückschlüsse	119
IV INTERVENTION	121
6. Zum Ansatz des Familienbasierten Kompetenz-Trainings bei Anorexia nervosa (FKT)	121
6.1 Allgemeine Einführung	122
6.2 Hauptziel der Untersuchung.....	124
6.3 Leitlinien.....	126
6.4 Zur Methodik	130
6.5 Zielgruppe	133
6.6 Untersuchungsdesign und Vorgehensweise	133
6.7 Rahmenbedingungen	Fehler! Textmarke nicht definiert.
6.8 Trainingsablauf.....	135
6.8.1 Materialien.....	137
6.8.2 Fragebogen zum Essverhalten und Gewichtsverlauf.....	137
6.9 Zusammenfassung Konzept und Aufbau	137

V EMPIRIE	139
7. Forschungsfragen und Hypothesenbildung	139
7.1 Forschungsfragen	139
7.2 Hypothesen	140
7.3 Erfassungsverfahren von Trainingseffekten	143
7.4 Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen (IEG)	143
7.5 Indikatoren der Trainingswirksamkeit	147
7.6 Stichproben	148
7.7 Durchführung.....	148
VI ERGEBNISSE	149
8 Auswertung und Ergebnisse	149
8.1 Vorbemerkungen zum Vorgehen	149
8.2 Datenauswertung	150
8.3 Skalenbildung	150
8.4 Deskriptive Auswertung	151
8.5 Ergebnisse	154
8.6.1 Hypothese 1	155
8.6.2 Hypothese 2	156
8.6.3 Hypothese 3	157
8.6.4 Hypothese 4	158
8.6.5 Hypothese 5	159
8.6.6 Hypothese 6	160
8.7 Überprüfung der Hypothesen durch Gegenüberstellung der Mittelwerte	161
8.7.1 Hypothesen 1 und 2	161
8.7.2 Hypothesen 3 und 4	162
8.7.3 Hypothesen 5 und 6	163
8.8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen	164
VII FAZIT	166
9. Zusammenfassung, Interpretation, Diskussion der Ergebnisse	166
9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	166
9.2 Interpretation der Untersuchungsergebnisse	167
10. Empfehlungen und Gesamtzusammenfassung	171
10.1 Allgemeine Empfehlungen	171
10.2 Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen	173
10.3 Gesamtzusammenfassung	174

Anhang 0: Statistische Gesamtauswertung	177
Anlage 1 Positives GefühlsJournal	i
Anlage 2 LernProzess-Journal	iii
Anlage 3 Familienwappen	iv
Anlage 4 IEG	vi
Fragebogen „Inventar zum Essverhalten und Gewichtsprobleme“ (IEG) von Prof. Dr. Jörg M. Diehl und Prof. Dr. T. Staufenbiel	vi
Anlage 6: Trainingsplan (Beispiel)	xvii
Literaturverzeichnis	xix

Abkürzungsverzeichnis

AN	Anorexia nervosa
BES	Binge-Eating-Störung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
DGEES	Deutsche Gesellschaft für Essstörungen
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 4. Edition
e. V.	eingetragener Verein
E-S-F	emotional-soziale Entwicklungsförderung
ebd.	ebenda oder ebendort bei Quellenbelegen
FKT	Familienbasiertes Kompetenz-Training mit diagnostizierter AN
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HPG	Hilfe-Plan-Gespräch
ICD-10	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
i. d. R.	in der Regel
i. S. v.	im Sinne von
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
LPJ	LernProzessjournal(e)
LPR	Lernprozessresümee(s)
m. E.	meines Erachtens
NRW	Nordrhein-Westfalen
Nds.	Niedersachsen
u. a.	unter anderem, unten aufgeführt
WHO	Weltgesundheitsorganisation, engl. World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 01	Legenbauer, S. Vocks Theoretische Grundlagen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Anorexia und Bulimia nervosa – Multifaktorielles Modell der Essstörungen Anorexia	21
Abb. 02	Selbst- Wahrnehmung der anorektischen Tochter Sophie erfragt im Rahmen des HPG mit Hilfe des „Positiv-Selbsttests“ (Karl-J. Kluge & Laura Staats)	47
Abb. 03	Lebenseinstellung Sophie Hausmann (Januar 2014)	49
Abb. 04	Zielstrategien im HPG der Familie Hausmann	74
Abb. 05	Trainingsmodule beim FKT aus dem „Methodenkoffer“ des Trainers für Familie Hausmann	76
Abb. 06	Modell der Einflussfaktoren auf die Familie (A. Hölscher in Anlehnung an Belsky 1984, Schwerwind 1999, Noltenlenge 2011)	78
Abb. 07	Ursprungsansatz des Familienbasierten Kompetenz-Trainings bei Anorexia nervosa (FKT)	120

Glossar

Adoleszenz	(Lat. adolescere = heranwachsen) Die Entwicklung des Menschen zwischen später Kindheit bis zum Erwachsenenalter
Anorexia nervosa	(AN; Magersucht) Hauptmerkmal der AN ist der selbstinduzierte gravierende Gewichtsverlust (bis hin zur lebensbedrohlichen Unterernährung)
Autogenes Training	Ein auf Autosuggestion basierendes Entspannungsverfahren
Arithmetische Mittel	(= Mittelwert bzw. im Englischen „Mean“). In der Statistik wird der Wert mit \bar{X} gekennzeichnet. Dieser Wert berechnet sich durch Aufsummierung der n Einzelwerte mit anschließender Division durch die Anzahl der Werte. Als Formel: $\bar{X} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$
Binge-Eating-Störung	(BES) Essstörung, bei der es zu periodischen Heißhungeranfällen mit Verlust der bewussten Kontrolle über das Essverhalten kommt, so dass längerfristig meist Übergewicht die Folge ist, da keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden (s. Bulimie)
Bulimia nervosa	(BN; Ess-Brechst-Sucht) typisches Merkmal der BN sind Heißhungerattacken, auf denen selbstinduziertes Erbrechen, Hungern oder Missbrauch von Abführ- und Brechmitteln folgt
Chronifizierung	Der Übergang von einer vorübergehenden zu einer dauerhaften Präsenz einer Erkrankung oder eines Symptoms, insbesondere von Schmerzen
Diuretika	Harntreibende Arzneimittel zur Ausschwemmung von Wasser aus dem Körper (Entwässerung)
Epidemiologie	Wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Verbreitung, den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Bevölkerungen beschäftigt
Essstörung	Verhaltensstörung, bei der die ständige gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem Thema „Essen“ eine zentrale Rolle spielt; sie betrifft die Nahrungsaufnahme oder deren Verweidung (s. AN, BN, BES) und hängt meist mit

	psychosozialen Problemen sowie der Einstellung zum eigenen Körper zusammen. Die Essstörung kann zu ernsthaften und langfristigen Gesundheitsschäden führen.
Evaluation	Analyse der Wirksamkeit einer Maßnahme oder eines Projekts in Bezug auf definierte Ziele
Exposition	Bedeutet das Ausgesetzt sein gegenüber (schädigenden) Umwelteinflüssen; muss nicht unbedingt zu einer Erkrankung führen, ist aber möglicherweise Ursache für eine Gesundheitsschädigung oder Krankheit
GFK	Konzept der „Gewaltfreien Kommunikation“, von Marshall B. Rosenberg entwickelt; zum verbesserten Kommunikationsfluss auf Basis von Wertschätzung mit dem Ziel zu mehr Vertrauen und Freude am Leben; hilfreich bei der Kommunikation im Alltag, in der Konfliktregelung, im persönlichen, beruflichen oder politischen Kontext
Inzidenz(rate)	(Anzahl der) Neuerkrankungen pro 100.000 Personen in der Bevölkerung pro Jahr
HPG	(Hilfe-Plan-Gespräche) dienen in der Kinder- und Jugendhilfe dazu, eine geeignete Erziehungshilfe für Kinder, Jugendliche und Familien zu regeln bzw. die Ziele und Rahmenbedingungen der Hilfe festzuschreiben
Komorbidität	Ein weiteres, diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild, das zusätzlich zu einer Grunderkrankung (Indexerkrankung) vorliegt (Begleiterkrankung)
Kontrollierte Studie	Studie, in der zusätzlich zur Interventions- oder Expositionsgruppe eine Kontrollgruppe (d.h. eine Gruppe ohne Studienintervention bzw. -exposition) untersucht wird
Median	Dieser Wert liegt genau in der Mitte der Daten. Dies bedeutet, dass 50% der Werte kleiner sowie 50% der Werte größer sind als der Median. Der Vorteil des Medians gegenüber der Varianz ist, dass der Wert unempfindlich gegenüber Ausreißern ist.
Mortalität	Anzahl der Todesfälle bezogen auf die Gesamtanzahl der Individuen oder der betreffenden Population (Sterblichkeit)
Laxantien	Arzneimittel zur Förderung der Darmentleerung (Abführmittel)

Liquor cerebrospinalis	(Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit, Zerebrospinalflüssigkeit, CSF, nicht fachsprachlich auch „Nervenwasser“, „Hirnwasser“ oder „Gehirnwasser“) ist eine klare und farblose Körperflüssigkeit, die mit der Gewebsflüssigkeit des Gehirns in Verbindung steht
Pathogenese	Entstehen und Entwicklung einer Krankheit
Prävalenz(rate)	Häufigkeit einer Erkrankung in der Bevölkerung; es wird bezogen auf eine definierte Zeitstrecke unterschieden zwischen Punktprävalenz (Zeitpunkt der Erhebung), 1-Jahres-Prävalenz und Lebenszeitprävalenz
Primärprävention	Ergreifen vorbeugender Maßnahmen mit dem Ziel, Neuerkrankungen bei asymptomatischen Personen zu vermeiden
„Pro Ana“ Quasi- kontrollierte Studie	(„Pro Anorexia“) Internet/Chartportal für Personen mit AN Studie mit Fehlen einer Kontrollgruppe im Sinne eines kontrollierten Studiendesigns, wobei dennoch das Studiendesign einen Vergleich der Studiengruppe mit einer Gruppe ohne Studienintervention bzw. Studienexposition ermöglicht
Salutogenese	Bezeichnet sowohl Fragestellung und Sichtweise für die Medizin als auch ein Rahmenkonzept, das sich auf Faktoren und dynamische Wechselwirkungen bezieht, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen
Schutzfaktoren	Einflussfaktoren, durch die das Risiko zu erkranken reduziert wird
Sekundärprävention	Zielt auf Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko ab und hat das Ziel, bereits bestehende Risikofaktoren noch vor Auftreten von Krankheitssymptomen zu beseitigen
Serotonin	Ein Botenstoff des Körpers, der für die Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt (oft als „Glückshormon“ bezeichnet); wirkt nicht nur stimmungsaufhellend, sondern dämpft die Stressantwort des Körpers ab; wirkt generell entspannend, antidepressiv, schlaffördernd, schmerzhemmend und motivationsfördernd
Standardabweichung	Dieser Wert ist ein Streuungsmaß und gibt somit Auskunft über die Variabilität in den Daten. Die Standardabweichung

wird mit dem Buchstaben s gekennzeichnet und berechnet

sich durch: $s = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}_i)^2}$. Die Standardabweichung ist die Wurzel der Varianz.

Soziale Erwünschtheit (englisch social desirability) Ist eine Antworttendenz bzw. -verzerrung bei Befragungen in Sozialwissenschaft und Marktforschung sowie psychologischen Testverfahren

I EINFÜHRUNG

Opening Story

Es gibt Momente im Leben, die einen zweifeln lassen, was Menschen tun (oder getan haben), oder die „einem die Luft zum Atmen nehmen“. Jeder Gefühlsprozess beeinflusst das Denken und Handeln (Fleischhut, 2010) – bewusst oder unbewusst (vgl. Kap. 5). Eltern, die am Grafschafter „Familienbasierten– Kompetenz-Training“ (FKT) teilnahmen, entschieden sich aufgrund ihrer Beziehungserfahrungen zur Teilnahme und teilten ihre Erfahrungen miteinander in der folgenden „Opening Story“. Die Rede ist z. B. von einem Elternpaar, getrennt lebend, dessen Tochter gemäß ärztlicher Diagnose an der „Essstörung“ – „Anorexia nervosa“ – extrem litt, dessen Verhalten es familientherapeutisch zu erkennen und ggf. durch ein Training zu ändern galt.

Vor vier Jahren erweckte eine Mutter (Frau Hausmann¹), in Tränen aufgelöst, während einer Selbsthilfe-Gruppensitzung in Nordhorn besondere Aufmerksamkeit. Ihre Hoffnungslosigkeit spürten alle Anwesenden sofort. Auf der Suche nach Stärkung und Wiederherstellung ihrer Beziehung zur jüngsten Tochter war ihre Resilienz-Fähigkeit komplett „aufgebraucht“: Sie befand sich als überforderte Mutter eines kranken Kindes in einer Sackgasse. Eltern kommen an Grenzen ihrer Kräfte, wenn Kinder dauerhaft erkrankt sind und sind überfordert bei der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme im Familienzusammenleben (Wilms, 2009). Alle bisherigen Bemühungen dieser Mutter zu ihrer Tochter Sophie², nach einem Klinikaufenthalt, wieder Kontakt aufnehmen zu dürfen, vereitelte ihr die Tochter strikt und konsequent. Diese Situation schien für die Familie, insbesondere der Mutter, allein nicht lösbar zu sein.

Ihre Angst vor Zurückweisung vonseiten ihrer Tochter versetzte dieselbe Frau in eine Art Schockzustand, der sich wie folgt auswirkte:

¹ Name wurde von der Verfasserin geändert

² Name wurde von der Verfasserin geändert

Es schmerze sie, vom eigenen Kind gemieden zu werden. Es mache sie ohnmächtig. Es löse Verzweiflung aus, keinen Zugang mehr zum eigenen Kind zu erhalten, klagte diese Mutter.

In der Familie Hausmann wurde die Abgrenzung zwischen Tochter und Mutter offen gelebt und der Mutter gegenüber gezeigt. Angst um das eigene Kind, geprägt von Vorwürfen und Ablehnung vonseiten der Tochter, dominierten weiterhin das Familienleben. Wie die Mutter berichtete, stellte das Ernährungsverhalten der jüngsten Tochter alle Familienmitglieder vor eine große Herausforderung. Essen bzw. Nichtessen führte ständig zu Streitigkeiten zwischen den Familienmitgliedern und mit der Zeit zu einer sich ausweitenden Zurückweisung und auch Ablehnung gegenüber der Mutter. Allmählich zog sich die Tochter in ihre eigene Welt zurück und ließ auch kein anderes Familienmitglied mehr an sich herankommen.

Im weiterem Verlauf ihrer Schilderungen wurde deutlich, was diese Mutter beziehungspsychologisch mitmachte. Sie steht stellvertretend für eine Vielzahl von Betroffenen. Die Verfasserin lernte die Betroffene in verschiedensten Situationen kennen. Ihre soziale und psychologische Ausrichtung war es, diesen Eltern Hilfestellung zu geben und einen entsprechenden „evidenzbasierten Ansatz“ (vgl. Kap. 4) aufzuzeigen.

Dieser Ansatz basiert auf Erlebnissen von Familien mit Jugendlichen, die an einer diagnostizierten Anorexia nervosa litten.

Mutter Hausmann beschreibt in einem ihrer Gesprächsprotokolle (42. Skype-Protokoll) ihre Gefühle wie folgt:

„Ich erörtere, in welchem Gefühlschaos ich stecke. Eine Gefühlswelt, die sehr schwer wiegt. Trauer, dass Sophie nicht dabei ist; die unbeantwortete Frage, wie es ihr geht; Sorge, dass es ihr nicht gut geht und keiner da ist, der sie „trägt“. Wo kommt diese Gefühlsduselei her? Wie fühlt es sich genau an? Ist es ein Verlustgefühl? Wie gehe ich damit um? Sind meine Sorgen berechtigt? Ich weiß einfach nicht, was das Richtige ist. Soll ich Sophie in Ruhe lassen, weil sie es so will? Oder weil sie es im

Moment so braucht? Gebe ich der „Krankheit“ zu viel Raum? Wieso hängt alles von mir ab, obwohl ich zurzeit gar nicht viel ausrichten kann? Soll ich weitermachen? Womit? Soll ich sie anrufen? Ich soll meine Mutterrolle nicht aufgeben? Aber was tun, wenn sie nicht mit mir spricht? Sind meine Gefühle falsch, wenn ich davon überzeugt bin, dass sie nicht glücklich ist? Ist es falsch zu glauben, dass sie nicht glücklich ist, „nur“ weil sie keine Freunde hat und weil sie immer alleine essen möchte? Sie ist gewichtsmäßig doch stabil! Braucht sie wirklich eine Therapeutin? Braucht sie vielleicht „nur“ Eltern, die gemeinsam das Sorgerecht leben? Und wenn ja, was soll/kann ich machen, wenn das nicht möglich ist?“

Diese Niedergeschlagenheit seitens der Mutter wurde für die Verfasserin anhand der Aussagen intensiv fühlbar. Eine Mutter, die Nähe sucht und eine Tochter, die auf „brutale“ Distanz geht. Sie wollte ihre Tochter in den Arm nehmen und sie fragen, wie sie sich fühlt – so wie früher, bevor ihrer Tochter die ärztliche Diagnose „Anorexia nervosa = Magersucht“ gestellt wurde.

Ärzte, Psychologen und Beratungsstellen wurden von der Mutter konsultiert. Sie sollten Antworten geben und Lösungen für die gestellte Diagnose erarbeiten. Ein Problembereich, welcher sich herausstellte, war die stationäre Unterbringung ihrer Tochter zur Gesundung in einer Landesklinik für Anorexia nervosa. Sie erwartete Hilfe und Unterstützung für ein „gemeinsames zufriedenstellendes Weiterleben in ihrer Familie“.

Eine scheinbar harmonische Familie, trotz der Trennung der Eltern, bis zu jenem Zeitpunkt, als das besondere Essverhalten der jüngsten Tochter sich immer weiter ausweitete. Diese hoffnungslose Situation wurde für die Familie zunehmend unkontrollierbar. Eine deutliche gesundheitliche Gefährdung der Tochter trat ein. Die stationäre Einweisung mit Einverständnis der Eltern in eine Klinik wurde, ohne Zustimmung der Tochter, vorbereitet. Letztendlich fügte sich ihre Tochter und begab sich in stationäre Behandlung.

Nach kurzer Zeit und aufgrund der Erfüllung von Kriterien durfte sie die Klinik wieder verlassen. Nach der Entlassung waren dieselben Probleme wieder

präsent; dieselbe Überforderung stellte sich ein (s. Familie Hausmann; Kap. 4).

Seit diesem stationären Aufenthalt war vor allem die Beziehung zwischen Mutter und Tochter nahezu beendet. Das soziale Geflecht der Familie zerbrach, soziale Kontakte wurden abgebrochen und Mutter Hausmann wurde mit verantwortlich gemacht für die Situation.

Das ablehnende Verhalten begründete die Tochter mit dem Vertrauensbruch bezüglich Vorkehrungen und Maßnahmen zur Klinikeinweisung, die ihre Mutter ergriffen hatte. Sie wertete dieses Vorgehen als Verrat. In dieser familiären Situation eskalierten jegliche unterschiedliche Bedürfnisse, Emotionen und Wahrnehmungen.

Einerseits wollten Mutter und Tochter im Familienverbund auch Hilfsangebote in Anspruch nehmen, um den Gesundheitszustand in erster Linie von Tochter Sophie zu „heilen“ bzw. zu normalisieren; andererseits schienen die Bedürfnisse aus Sicht der Tochter grundlegend missachtet worden zu sein (s. Protokolle bei Familie Hausmann in Kap. 4).

Hier schien das Erlebnis von Kontrolle und Zwang gleichermaßen entstanden zu sein, was sich negativ auf das gesamte Familiengefüge auswirkte. Durch Kontrolle und Zwang wurde Macht ausgeübt, um Ohnmacht vorzubeugen und Ängste zu reduzieren. Doch das Gegenteil trat ein. Die Hoffnung auf Hilfe bzw. Verbesserung der Situation schwand. Die Familie als Einheit geriet ins Wanken. Vertrauen, Geborgenheitsgefühle und innerer Zusammenhalt – wichtige Faktoren innerhalb einer Familie – waren erschüttert. Die Familie war keine sozial funktionierende Einheit mehr. Ein Problem, das durch die Verfasserin umfassend dargestellt wurde.

Es schien so, als ob sich die traditionellen medizinischen und psychiatrischen Behandlungsmethoden als erfolglos erwiesen und die soziale Gesamtsituation der Familie beeinträchtigte. Der Gewichtszustand der Tochter Sophie sank auf unter 40 kg Körpergewicht. Zurückweisungen der eigenen Tochter führten dazu, dass Frau Hausmann alles in ihrem bisherigen Leben in Frage stellte, vor allem ihre Qualitäten als Mutter.

Die Tochter Sophie mied weiterhin den direkten Kontakt zur Mutter. Mittels Briefe versuchte die Mutter, Kontakt zur Tochter aufzunehmen.

Trotz stetiger Situationsverschlechterung mobilisierte Frau Hausmann alle ihre Resilienzkräfte. Sie setzte sich mit der belastenden Situation – dem gesundheitlichen Zustand ihrer Tochter – intensiv auseinander.

II AUSGANGSSITUATION, PROBLEM-HINTERGRUND, BEGRÜNDUNGSRAHMEN

„Es ist viel schwieriger, ein Phantom umzubringen als etwas Wirkliches.“

Naomi Wolf (1991) in „Der Mythos Schönheit“

Soziale Zustände in Familien sowie Biographien wie die von Mutter Hausmann finden sich auch in der aktuellen Literatur (vgl. Kap. 1-4). In dieser Untersuchung betrachtet die Verfasserin wissenschaftlich und analytisch anorektische Jugendliche in Familien. Es werden Wege für neue Familienbeziehungen aufgezeigt – wie in der Familie der Tochter Sophie.

Die Verfasserin gründete im Jahr 2013 die „Selbsthilfegruppe für magersüchtige (anorektische) Jugendliche und deren Familien“ in Nordhorn, Landkreis Grafschaft Bentheim in Niedersachsen.

In dieser Selbsthilfegruppe wurde dann das Familienbasierte Kompetenz-Training (FKT) speziell für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa konzipiert und angeboten (vgl. Kap. 1-5).

Auch Mutter Hausmann schloss sich diesem Training an. Zusätzlich wurde während der Dauer des Familienbasierten Kompetenz-Trainings die gesamte Familie erziehungs- bzw. beziehungspsychologisch mit eingebunden. Ziel war es, Eltern dafür zu gewinnen, ihre Familienstrukturen zu reflektieren und gegebenenfalls anders auszurichten.

Neben einer wissenschaftlichen Forschungsarbeit beim Gruppentraining FKT (vgl. Kap. 6-8), wird diese Arbeit auch durch eine Einzelfallstudie (vgl. Kap. 4) ergänzt.

Wie kommt es zur Entwicklung und Chronifizierung von Anorexia nervosa im Jugendalter? Multikausale Ursachen wie z. B. genetische Faktoren, elterliches Erziehungs- und Kommunikationsverhalten, Veränderungen in familiären Lebensumständen sollen eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Kap. 1.7).

Wie bereits in der Opening Story erläutert, beinhaltet die hier vorgestellte Studie eine regionale Erhebung im Landkreis Grafschaft Bentheim. Betroffene oder gefährdete Jugendliche nahmen persönlich oder durch Ärzte, Eltern, Lehrer, Therapeuten den Erstkontakt zur Verfasserin auf.

Durch die Beteiligung von Universitätsprofessor Dr. Karl-J. Kluge, Department Rehabilitation und Heilpädagogische Abteilung der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Köln, wurde mit Jugendlichen mit diagnostizierter Anorexia nervosa und deren Familien intensiv gearbeitet (vgl. Kap. 6.5).

Karl-J. Kluge und sein Team arbeiten bereits seit Jahren interdisziplinär erziehungs- und beziehungspsychologisch an dieser Fragestellung in Netzwerken und kontextbezogen mit Eltern, Peers, Kinder und Jugendlichen, Geschwistern, Ärzten, Therapeuten und Lehrern zusammen (i.S.v. Annemarie und Reinhard Tausch in Gesprächspsychotherapie- hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie).

In den von Karl-J. Kluge und der Verfasserin veranstalteten interaktiven Workshops wurden die Teilnehmer interviewt, deren Ergebnisse analysiert und ausgewertet (vgl. Kap. 8). Die Gruppen wurden nach dem Training über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren, zum Teil bis heute, beziehungspsychologisch und pädagogisch begleitet.

Zunächst wurde ein Einzelfall mit der Familie Hausmann analysiert. Dabei wurde die Familiensituation anhand von Einzel- und Gruppensitzungen, Online-Coaching und Skype-Training über zwei Jahre ausgewertet (vgl. Kap. 4). Diese Erfahrungen wurden durch Protokolle festgehalten und in das Familienbasierte Kompetenz-Training (FKT) für anorektische Jugendliche eingearbeitet.

Wie Familien mit initiierten Beziehungsprozessen umgehen, wie sie gemeinsam Ziele und Kompetenzen erarbeiten, welche Möglichkeiten sie im Kontext der Familie neu entwickeln können, ist ebenfalls Ziel dieser Studie. Auch die Förderung der Eltern im Bereich sozial-emotionales Denken,

Fühlen und Handeln ist ein wichtiger Teil des Trainings. Die Eltern sollen damit den Jugendlichen zum Vorbild werden, ein selbstbewusstes und ernährungsphysiologisch angemessenes Leben zu führen.

Familientraining wird als Interventionsmodell, neben anderen Behandlungsformen, für betroffene Familien bedeutungsvoll. Eltern und Jugendliche werden in andere Beziehungs-, Kommunikations- und Vertrauensverständnisse eingeführt; Familien werden angeleitet, effektive soziale Handlungs- und Verhaltensstrategien mit Methoden der Positiven Psychologie zu entwickeln (vgl. Kap. 3-5).

Erziehungspsychologische und emotional-sozial förderliche Grunderkenntnisse sowie dazugehörige Methoden bzw. Ansätze dienen als Grundlage für das Training. Jahrelange Erfahrungen in psychologischer und gesundheitlicher Beratung von Familien und Jugendlichen in einer Region wie der Grafschaft Bentheim spielte für die Trainer zusätzlich eine große Rolle.

Über den Trainingszeitraum von mehreren Monaten übten Jugendliche zusammen und getrennt von ihren Eltern emotional-soziale Einstellungen und Beziehungsformen, Verhaltensweisen, Fertigkeiten und Strategien ein (vgl. Kap. 6 und 7). Diese sollen sich für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa bzw. mit einem selbstgewählten Ernährungskonzept als lebenserhaltend auswirken (vgl. Kap. 4 und 5).

Die Verfasserin kommt vorläufig zu der Erkenntnis, dass das „Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa“ eine sinnvolle Vorgehensweise zu sein scheint. Die Gestaltung des Settings dahingehend, dass Eltern und Jugendliche gemeinsam miteinander trainieren, scheint dabei besonders sinnvoll (vgl. Kap. 8).

Das Ergebnis dieser hier vorgelegten Studie zeigt, dass eine intensive Begleitung in Form und Qualität des Familienbasierten Kompetenz-Trainings für die gesamte Familie von Bedeutung erscheint und als Gesamtheit betrachtet werden muss, um Familien langfristig erfolgreich in diesen

Prozessen bindungspsychologisch Stabilität und Lernbegleitung bei Verhaltensänderung zu geben.

Deshalb hält, in Anlehnung an aktuelle Forschungsergebnisse, die Verfasserin eine empirische Begleitung für effektiv (vgl. Kap. 8 und 9).

Diskutiert wird an dieser Stelle auch das Frauenbild der Gegenwart und die Veränderungen der sog. Schönheitsideale, die stark mit dem Figurbewusstsein und der Körperkultur des 21. Jahrhunderts verbunden zu sein scheinen. Derartige Veränderungen werden auch als Entstehungsfaktoren für Anorexia nervosa diskutiert (vgl. Kap. 1).

1. Anorexia nervosa

1.1 Historie und Entwicklung

„Ich wollte die Krankheit nicht aufgeben, wollte das, was ich so mühsam geschaffen hatte, nicht wieder hergeben.“

Kim, anorektische Patientin in Gesa Herbst „Fremdkörper“ (2001)

„In der Renaissance standen weibliche Rundungen für Fruchtbarkeit und das Leben im Überfluss. Im Viktorianischen Zeitalter trugen Frauen Korsagen – „Haltung bewahren“ war die Devise. Zur Charleston Zeit, in den 20er Jahren, sollte ein androgyner Frauentyp, ohne Busen und Po, den Frauen die gleichen Rechte einräumen wie den Männern. Doch das änderte sich bereits in den 30er Jahren, als weibliche Kurven wieder als schön galten (Marilyn Monroe, 1926-1962). Mitte der Sechziger verbreitete sich ein Schlankheitswahn und Diätenboom aufgrund des spindeldürren und sehr erfolgreichen Topmodels *Twiggy*.“ (Stadler, 2007; Brenner, 2009).

Der englische Arzt Richard Morton (1637-1698) dokumentierte im Jahr 1691 die Krankengeschichte eines 17-jährigen magersüchtigen Mädchens, das nach zwei Jahre hungern starb. Es folgten im 19. Jahrhundert die Ärzte Whitt 1789, William Withey Gull (1816-1890) und Ernest-Charles Lasègue (1816-1883), die ähnliche Symptome beschrieben. Die diagnostischen Kriterien gelten z.T. noch heute als Klassifikationsmerkmale (vgl. Kap. 2). Gull prägte den Begriff „Anorexia nervosa“ (Häfke, & Koch, 2004; Palazzoli, 1986; Gerlinghoff, Backmund, & Mai 1988).

In Deutschland hat der Frankfurter Arzt und Psychiater Heinrich Hoffmann 1845 mit dem „Suppenkasper“ (im „Struwwelpeter“) der Magersucht bzw. Anorexia nervosa ein warnendes Denkmal gesetzt (Pommeranz, 2009).

1.2 Pubertäres Erscheinungsbild

„Ich will provozieren. Ich will eine Reaktion in irgendeiner Form. Ich kann nicht anders, denn ich selbst bin nicht in der Lage, auf die anderen zuzugehen.“

Frank, anorektischer Patient in G. Herbst „Fremdkörper“ (2001)

Die Grundlage formiert hier das allgemeine Krankheitsbild bei Anorexia nervosa. Betroffene Jugendliche stellen sich selbst gern als völlig gesund und aktiv da. Auch Eltern sind sich der Tragweite von Sprüchen wie *„Das verwächst sich schon wieder!“* oder *„Lieber eine zu dünne als eine zu dicke Tochter“* nicht bewusst. Dünn zu sein ist sozial und gesellschaftlich akzeptiert (vgl. Kap. 1.6/ 1.7).

In der Pubertät gilt es aus Sicht der Experten als normal, dass bei Mädchen einige Körperrundungen wie Brüste oder Hüften entstehen.

Anorektische Jugendliche zählen oft zu den besonders guten Schülerinnen, meist Gymnasiasten. Sie sind in der Schule sehr fleißig und erfolgreich. Die Schulhefte sind erstklassig geführt (Gerlinghoff, Backmund, 1997).

Aus Sicht von Gerlinghoff:

„Magersüchtige sind sogar überangepasste Kinder, die nicht lernten, eigene Bedürfnisse und Wünsche in die Realität umzusetzen und sich das auch nicht zutrauen“.

Aufgrund einiger weiterer Studien, in denen Wechselbeziehungen zu Anorexia nervosa und Perfektionismus eine gravierende Rolle spielen (Altendorfer-Kling, 2018; Salbach-Andrae, Bohnenkamp, et al 2009; Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, 2005) ist die Verfasserin der Ansicht, dass Perfektionismus und das Streben nach Anerkennung ein weiteres Kennzeichen von Magersüchtigen ist. Die Jugendlichen, meist Mädchen, meinen, sie müssen perfekt sein: attraktiv, schlank, sportlich, beliebt, kreativ und intelligent. Trotz ihrer sehr guten Leistungen sind sie jedoch nie

zufrieden. Der Perfektionismus beeinflusst, neben den messbaren Leistungen, auch ihre Gefühle und Beziehungen (Gerlinghoff, & Backmund, 2004).

Die Anorexia nervosa gibt somit dem Leben der Betroffenen in gewisser Weise eine Struktur. Im Kontakt mit den anorektischen Jugendlichen bekam die Verfasserin die Auffassung, dass damit eine gewisse Sicherheit verbunden war. Wenn sie den Entschluss fassten, diese Krankheit nicht mehr haben zu wollen, bedeutet es auch, sich von dieser Art Sicherheit und Kontrolle verabschieden zu müssen. Auch das macht Angst.

„Der Abschied von der Anorexia nervosa bringt ein Auf und Ab intensiver, oft ambivalenter Gefühle mit sich, bei dem die Patienten professionellen Beistand brauchen.“

Schulte-Markwort & Zahn, (2010)

„Anorexia nervosa ist ein Kampf um Kontrolle, um Identität, um Kompetenz und darum, das Leben in die eigene Hand zu nehmen.“

vgl. Bruch (1973, S. 251); Habermas (1994, S. 21)

Aus Sicht von Hoek ist Anorexia nervosa eine typische Erkrankung der westlichen industriellen Welt und Kultur und tritt zudem in der Stadt häufiger auf als auf dem Lande (Hoek, et al., 1995).

Auch Habermas und Rathner sehen die Ursache in der Überflussgesellschaft liegen.

Die Anorexia nervosa basiert u. a. auf einem materiellen Überfluss, d. h. den unmittelbaren primären Lebensbedürfnisse basierend.“

(Habermas, 1995, Rathner, 1996)

Beängstigend sind auch gewisse Vorstufen von Essstörungen bei Jugendlichen, z. B. stringentes Diät halten und „falsche Körperwahrnehmung“. Dieser Auffassung sind Habermann, Luffey (1998) und Hill (2002). Auch die Studie von Aschenbrenner, Aschenbrenner & Strauß der

Universität Jena im Jahr 2000 mit 736 Jugendlichen (Schüler und Studenten) aus Deutschland zeigt, dass bereits jede dritte Schülerin Anzeichen von Essstörungen aufweise. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts zeigte: Bei etwa einem Fünftel aller 11- bis 17-Jährigen in Deutschland liegt ein Verdacht auf eine Essstörung vor. Bei jedem dritten Mädchen zwischen 14 und 17 Jahren gibt es Hinweise auf eine Essstörung; bei den Jungen sind 13,5 Prozent auffällig (KiGGS, 2016).

Betroffene zeigen typischerweise eine „unnormale gedankliche Zentrierung auf Essen und Gewicht“ (Steinhausen, 1993, 2000). Die betroffenen Jugendlichen ängstigen sich sehr, „dick zu werden“. Sie halten ihr Körpergewicht deutlich unter der altersadäquaten Norm und magern massiv ab (Steinhausen, 2000). Der gravierende Gewichtsverlust wird von den Betroffenen häufig falsch eingeschätzt, weil sie unter einer verschobenen Körperwahrnehmung leiden, einer sog. „Körperschemastörung“.

Essen bzw. Nichtessen als Suchtmittel ist eine spezifische Erkrankung in der Adoleszenz und manifestiert sich in der Zeit des Übergangs von der Kindheit in das Jugendalter (vgl. Feiereis, 1989, S. 16). Das Durchschnittsalter für Anorexia nervosa liegt bei 17 Jahren, wobei die Autoren den Erkrankungshöhepunkt bei einem Alter von 14 bis 18 Jahren sehen (vgl. DSM-IV-TR: Saß, et al., 2003). Nur vereinzelt entwickelt sich die Anorexia nervosa erst im Erwachsenenalter (Buddeberg-Fischer, 2000; Habermas, 1995; Steinhausen, 2000).

Magersüchtige verweigern oder reduzieren ihre Nahrungsaufnahme mit unerbittlicher Härte gegen sich selbst – immer mit dem Ziel, noch dünner zu werden. Sie empfinden es als große Herausforderung, gegen sich selbst stark zu sein und sehen eine Schwäche darin, den Bedürfnissen ihres Körpers nachzugehen. Entsprechend wirken Magersüchtige typischerweise ausgemergelt.

Psychische Belastungen von Jugendlichen, z. B. fehlende Anerkennung, angeschlagenes Selbstwertgefühl oder „durchlöchertes“ Selbstbewusstsein, werden durch harte Kontrolle von Nahrungsaufnahme und Körpergewicht

kurzzeitig gelindert. Jugendliche „verstecken sich hinter ihrer aufgebauten Schutzmauer“ (Meermann, & Borgart, 2015).

Im Gespräch mit anorektischen Jugendlichen wurde der Verfasserin oft mitgeteilt, dass diese sich z. B. an Internetseiten mit dem Stichwort „Pro Ana“, Online-Ratgeber und Blogs zum Thema „Abnehmen“ orientieren. Betroffene ernähren sich oft nur noch von etwa 500 kcal täglich, bei einem Bedarf im Wachstum von ca. 2200 bis 2500 kcal. Außerdem treiben viele von ihnen so exzessiv Sport, dass sich ihr Körper mit Warnsignalen wie Ohnmachtsanfälle äußert.

Bewältigungsstrategisch bzw. entwicklungspsychologisch stellt Anorexia nervosa im jugendlichen Alter den Versuch dar, sich von der Autorität der Eltern zu lösen und eine gewisse Autonomie zu erkämpfen (Gerlinghoff, Backmund, & Mai, 1997).

Paradoxerweise kann die Anorexia nervosa letztendlich nicht zu der Absonderung aus der Familie führen, sondern das Gegenteil bewirken.

„Die Magersüchtigen reduzieren ihre Außenkontakte und mit ihrer Drohung weiter abzunehmen zwingen sie die Familie dazu, sich intensiver als je zuvor um sie zu kümmern.“

Habermas, (1994)

Besonders Mädchen mit einem hohen sozialen Status sind häufiger von der Essstörung Anorexia nervosa betroffen als Mädchen mit einem niedrigen sozialen Status (Gensicke, 1979; Franzen, Hartmann, 2001). Nach Erkenntnis der Verfasserin entwickelt sich hier eine sozial gesellschaftliche Schere, die in industrialisierten, digitalisierten Staaten zu gesundheitlichen und sozial-gesellschaftlichen Fehlentwicklungen führen kann.

Auch in der nachfolgenden Einzelfallstudie von Familie Hausmann, insbesondere Mutter Hausmann und Tochter Sophie, wurde diese sozial-gesellschaftliche Entwicklung erkennbar. Dieses führt zu entsprechenden familiären Problemen und zu einem Auseinanderdriften der Familie. Die

Tochter Sophie ist als intelligent zu bezeichnen, sehr ehrgeizig und möchte dem gesellschaftlichen Idealbild körperlich entsprechen (vgl. Kap. 4).

1.3 Epidemiologie bei Anorexia nervosa

„Meine Hausärztin meinte: Meine Mutter solle mal wieder etwas Leckeres kochen, dann würde ich wieder Hunger bekommen. Sie hat mich nicht verstanden.“

Martha, 16. J., anorektische Patientin beim FKT Grafschaft Bentheim

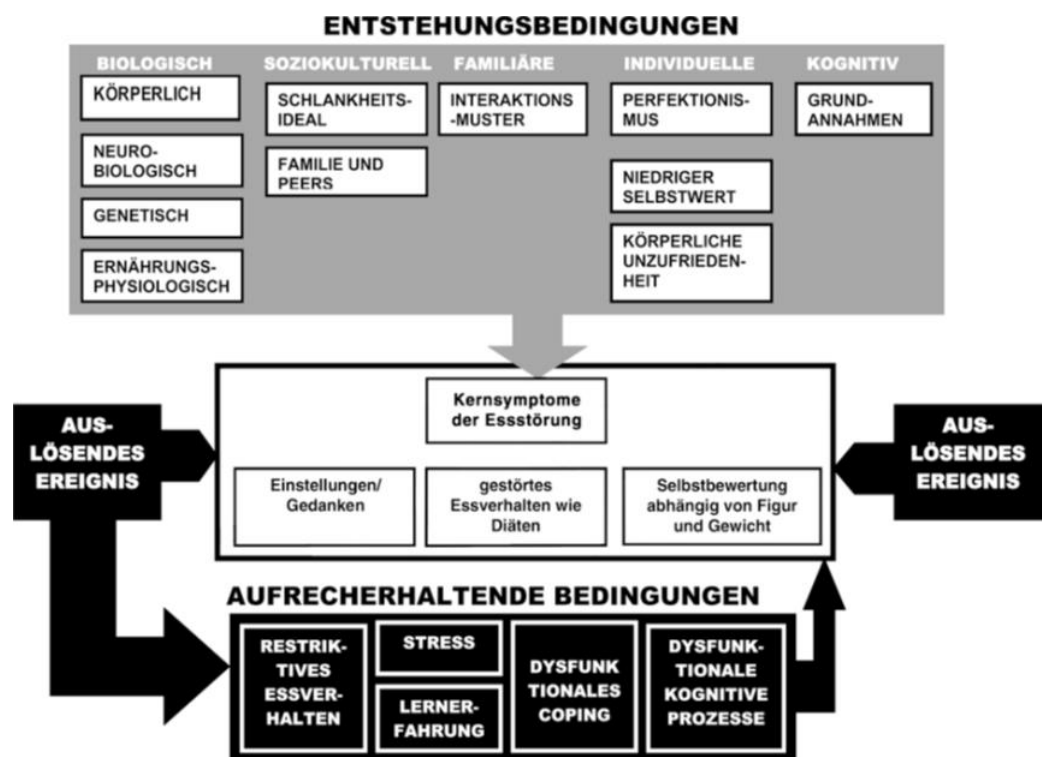


Abbildung 01: Legenbauer, S. Vocks: Theoretische Grundlagen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Anorexia und Bulimia nervosa – Multifaktorielles Modell der Essstörungen Anorexia

1.3.1 Prävalenzrate

"Es geht um mehr, als nur hungern. Meine Seele hungert"

Nina, 16. J., anorektische Patientin beim FKT Grafschaft Bentheim

In der Literatur werden undifferenzierte Daten zur Prävalenzrate (Krankheitshäufigkeit) genannt. Demnach sollen ca. 5-10% aller Frauen in Deutschland an Essstörungen leiden, der Anteil von Studentinnen wird sogar auf bis zu 20% geschätzt. Schätzungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) zufolge leiden in Deutschland mehr als 100.000 Frauen zwischen 15 und 35 Jahren an Anorexia nervosa.

Es wurden in der Vergangenheit viele wissenschaftliche Studien mit dem Ziel verfasst, die Prävalenz von Essstörungen bestimmen zu wollen. Dabei wurde für Anorexia nervosa mehrheitlich eine Prävalenz von 0,5- 1% der weiblichen Adoleszenten bestimmt (Hölling, & Schlack, 2007). Das Durchschnittsalter zu Beginn der Erkrankung liegt, wie dargestellt, mit Häufigkeitsgipfeln im Alter von 14 und 18 Jahren, bei ca. 16-17 Jahren. Für Mädchen und junge Frauen im Alter von 11 bis 20 Jahren wurde in ländlichen Regionen eine Prävalenzrate von 0,6% ermittelt; für junge Frauen im Risikoalter von 15 bis 19 Jahren liegen Schätzungen für die Verbreitung in Höhe von 3% vor (Fichter, 1999).

Zudem gilt es als auffällig, dass in klinischen Stichproben ca. jede dritte bis vierte Bulimie-Patientin (22-37%) zuvor an Anorexia nervosa litt (Braun, Sunday, Halmi, 1994; Keel, Mitchell, et al, 2000).

Sowohl mit Anorexia nervosa- als auch mit Bulimia nervosa-Verhalten wird in der Literatur das Erkrankungsverhältnis von Frauen zu Männern mit etwa 10:1 angegeben. Diese Zahl spiegelt auch die Erfahrung der Verfasserin in der Grafschaft Bentheim wieder. Beim Familienbasierten Training waren ebenfalls nur Mädchen bzw. junge Frauen dabei (vgl. Kap. 7 und 8).

1.3.2 Inzidenz

„Ich kann mir nicht eingestehen, dass der Weg, auf dem ich mich befinde, in eine Sachgasse mündet. Ein Eingeständnis würde Schwäche bedeuten.“

Frank, anorektische Patient in G. Herbst „Fremdkörper“ (2001)

Die Inzidenz der Anorexia nervosa, d. h. die Häufigkeit neu aufgetretener Fälle, stieg seit den 60er Jahren jährlich von ca. 0,3 pro 100.000 Einwohner auf 1 pro 100.000 Einwohner an. Dabei ist die Störung mit einem Verhältnis von 1:10 bis 1:12 bei jungen Frauen deutlich häufiger verbreitet als bei jungen Männern. Über den Zeitraum eines Jahres rechnet man mit neun bis 15 Neuerkrankungen bei 100.000 betrachteten Frauen und etwa einer Neuerkrankung bei 100.000 betrachteten Männern. Die meisten Neuerkrankungen finden sich in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen. Aber auch Kinder bzw. Jugendliche zwischen 10 und 14 Jahren sind betroffen.

Die Lebenszeitprävalenz liegt für Frauen zwischen 1 und 4 %. Die höchste Inzidenzrate weist die unter 15- bis 20-jährigen Frauen auf (Voderholzer, Fumi, et al 2018).

1.3.3 Komorbidität/Multimorbidität

*„Ich spüre mich wieder – durch ein extremes Hungergefühl.
Ich bin stolz auf meine Disziplin und Stärke.“*

Lea, 16. J., anorektische Patientin beim FKT Grafschaft Bentheim,

Verschiedene Untersuchungen zur Komorbidität bei Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ergaben ein zusätzliches Vorliegen von affektiven Erkrankungen mit ca. 60%, Angststörungen bis zu 40%, Substanzmissbrauch bis zu 40%, Zwangsstörungen bis zu 10%, bipolare Störungen bis zu 10% und Persönlichkeitsstörungen bis zu 60% (Braun, L., Sunday, et al 1994; Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, 2005).

1.3.4 Mortalität

„Abnehmen war meine Lebensaufgabe. Hungern gab mir Halt. Ich konnte mir nie mehr vorstellen zu essen, eher würde ich sterben.“

Anna, 17 J., anorektische Patientin beim FKT Grafschaft Bentheim

Die Angaben zur Mortalitätsrate (Sterberate durch AN verursacht) werden unterschiedlich gemacht. Es wird eine Mortalitätsrate von bis zu 21% angegeben (Herzog, et al., 1992, 2000; Steinhausen, 2000). Eine gewichtete Mortalitätsrate für Anorexia nervosa-Patienten betrug 5,1, die standardisierte Rate 5,9 (Plank, 2017; vgl. Kap. 1.4.4).

Die Mortalitätsraten für die Anorexia nervosa belaufen sich in der Literatur Hoek HW 2016; Hoang U, Goldacre M, et al 2014; auf ca. 6 % (Herpertz-Dahlmann, & Hebebrand, 2017). Laut dem Statistischen Bundesamt wurden im Jahr 2015 deutschlandweit 75 Todesfälle auf Essstörungen (ICD 10: F50-Anorexia nervosa) zurückgeführt.

Beispielhaft ist das Model Isabelle Caro, das am 29.12.2010 bei 1,64 Größe mit 31 kg starb. Dies entspricht einem Body-Mass-Index (BMI) von weniger als 11,5.

Eine weitere Aussage einer Megastudie zum Verlauf bei Anorexia nervosa besagt: Somatische Aspekte und Folgen der Magersucht mit Fokussierung des Knochenstoffwechsels: Anorexia nervosa endet mit der höchsten Mortalitätsrate aller psychiatrischen Störungen (Brunner, Schulze, & Resch, (2012). In einer anderen Langzeituntersuchung, nach einem Verlauf von 10-20 Jahren von Theander, 1985; Herzog, Deter, Fiehn et al., 1997, weisen diese eine hohe Mortalität von 10-20% nach.

Anorexia nervosa geht häufig einher mit Suizid. Demnach beträgt die Rate sogar 5,1, wohingegen die standardisierte Mortalitätsrate 5,9 ergab, und jede fünfte Anorexia Patientin Dabei verstarb an den Folgen eines Suizids, das heißt an den direkten Folgen der Mangel- und Fehlernährung. (Krüger et al., 1997, vgl. Kap. 1.6 Verlauf und Prognose).

Zwischen 1998 und 2012 starben in Deutschland pro Jahr zwischen 33 und 100 Menschen an Essstörungen, ca. 90% davon waren Frauen (Statistisches Bundesamt, 2014).

1.4 Körperliche Wirkungen und Folgen

„Nichts ist schöner, als dünn zu sein“

Kate Moss 2009

Bemerkung der Verfasserin zu dem Zitat: Kate Moss erntete viel Kritik zu dieser Äußerung. Aus Sicht der Verfasserin zu Recht, denn sie ist für viele Mädchen ein Vorbild, viele möchten so sein, wie sie. Deshalb hungern sich zu „Size Zero“ runter und gelangen, wie viele Models, zu einem lebensbedrohlichem Untergewicht.

Durch extremes Fasten, Mangel an Nährstoffen, Vitaminen, Mineralstoffen und Energie kommt es zu Auszerrungen. Der Körper ist nicht mehr ausreichend mit lebensnotwendigen Stoffen versorgt. Das Gehirn wird nicht mehr genügend mit essentiellen Nährstoffen wie Glucose ausgestattet. Es kommt zur Abnahme von Konzentrationsfähigkeit und Leistungsfähigkeit. Die reduzierte Energiezufuhr bewirkt schließlich, dass das Fettgewebe abgebaut wird, was zusätzlich zu einer hormonellen Umstellung z. B. der Schilddrüsenhormone und Sexualhormone führt.

Untersuchungsergebnisse geben Anzeichen von allgemeiner Psychopathologie wie depressive, zwanghafte und unreife Persönlichkeitsmerkmale an. Auch sozialer Rückzug, rigides Denken und niedriges Selbstwertgefühl finden sich in der Literatur (Steinhausen, 1993; 2000; Krüger et al., 1997).

Durch die Hormonstörungen verzögert sich zudem die Pubertätsentwicklung und das Wachstum wird gestoppt (vgl. Kap. 1.7.3). Bei Mädchen und Frauen kann die Menstruation ausbleiben. Eine weitere tragische Folge ist, meist auf Mangel- und Fehlernährung beruhend, die Unfruchtbarkeit (Katzman, 2005; Pudel & Westenhöfer, 1998; Sharp & Freeman, 1993).

Weiterhin können Störungen des Wasser- und Mineralstoffhaushaltes gravierende Folgen haben. Es kommt zu Elektrolytverlusten, Herz- und Nierenfunktionen sind eingeschränkt. Oft kommt es bei einer chronischen Unterernährung zu Herz-Kreislauf-Störungen, Absinken des Blutdrucks (unter 100/Hg systolisch), Verlangsamung des Pulses (Bradykardie), Durchblutungsstörungen mit Kältegefühlen an Händen und Füßen treten auf. Im Extremfall kann es zu Erfrierungen kommen. Die Haut kann sich verändern, sogar austrocknen, sich evtl. etwas gelb verfärben. Es kann zu Haarausfall kommen. Zudem ist der Körper, wie bei Neugeborenen, mit einem samtigen Flaum umzogen. (Holtkamp, & Herpertz-Dahlmann, 2005).

Eine weitere Folge kann die Osteoporose sein, d. h. eine Verringerung der Knochendichte und Knochenmasse (für Jugendliche sehr gravierend, denn über die Hälfte der Knochenmasse, die im Laufe des Lebens produziert wird, werden kurz vor und während der Pubertät gebildet).

Bei den psychischen Folgen ist die verzerrte Körperwahrnehmung auffällig. Erkrankte fühlen sich ständig zu dick, auch wenn sie schon ein bedrohliches Untergewicht erreicht haben. Es entsteht ein Teufelskreis, wobei das Bestreben, immer dünner zu werden, im Vordergrund steht; damit verbunden ist die extreme Angst vor der Gewichtszunahme (Mester, 2013; Stadler 2007).

Dies geschieht durch bedingungslose Verweigerung der Nahrungsaufnahme und durch Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Appetitzüglern, Diuretika-Mitteln (Entwässerungsmittel) und starke körperliche Aktivität (Holtkamp, & Herpertz-Dahlmann, 2005).

Bei leichten Gewichtszunahmen bekommen Anorektiker Panikattacken und wollen sich noch strenger kontrollieren und bestrafen. Diese Kontrolliertheit drückt auf die Stimmung und reduziert die Lebensfreude, sie kann auch zu Depressionen führen.

Der Hungerzustand verstärkt biologische Veränderungen des Stoffwechsels. Durch ständiges zwanghaftes Vergleichen mit anderen Menschen können sich soziale Ängste und ein eingeschränktes seelisches Empfinden

entwickeln, zudem wurden ein niedriges Selbstwertgefühl, schwermütige Stimmungen, depressive Verstimmungen, ein starkes Kontrollbedürfnis, Zwangsstörungen, krankhaftes Kalorienzählen, Waschzwang, Sparsamkeit (bis hin zum Geiz), sozialer Rückzug und rigides Denken beobachtet und diagnostiziert (Steinhausen, 2000).

Die Verfasserin machte bei den familientherapeutischen Beratungen ähnliche Erfahrungen. Bei Tochter Sophie, in der Familie Hausmann, lag das Gewicht oftmals unter 40 kg Körpergewicht. Sophie wies auch psychische und weitere körperlich-klinisch bekannte Symptome auf (vgl. Kap. 4.).

1.5 Verlauf und Prognose

Anorexia nervosa ist eine chronische, fortschreitende Krankheit, die schwer zu behandeln ist. Vier Jahre nach der Diagnose haben sich weniger als 50% der Patienten erholt und 25% der anorektischen Patienten entwickeln eine Chronifizierung und Invalidität (Ploog & Pirke, 1987). Subjektiv erleben sie das Abmagern nicht nur als eine konkret körperliche Distanzierung von anderen, sondern definieren es in ihrem Sinn als „Akt der Selbstbestimmung“ z. B. gegenüber den Eltern. (vgl. Kap. 4 in der Familie Hausmann).

Demzufolge ist die Anorexia nervosa eine ernstzunehmende Erkrankung mit gravierenden körperlichen und psychischen Folgen. Das macht auch die nachfolgende Aussage von de Zwaan deutlich:

„Anorexia nervosa ist die schwierigste zu behandelnde Essstörung.“
de Zwaan, (2012)

Forschungsergebnisse gehen bei der Anorexia nervosa von einer schlechten Prognose aus (Steinhausen, 2000). So geben einige Studien komplette Remissionen von 40% bei Anorektikern (Herzog, et al., 1992) an, bei sog. chronisch-persistierenden Verläufen werden 20-30% der Patienten (Steinhausen, 1995) angegeben. Prognostisch günstig erweisen sich sog. „hysterische Persönlichkeitsanteile“, konfliktfreie Eltern-Kind-Beziehungen, ein höherer Bildungs- und Sozialstatus, kurze und wenige stationäre

Behandlungen, ein früher Krankheitsbeginn und ein kurzes Intervall vom Krankheitsbeginn bis zum Therapieeinsatz (Krüger, et al., 1997; Steinhausen, 2000).

Bei minderjährigen Magersüchtigen besitzen die Eltern das Sorgerecht, sodass diese alle Entscheidungen für ihre heranwachsenden Kinder treffen müssen. Bei volljährigen Patienten, die nicht mehr in der Lage sind auf ihre Gesundheit selbst zu achten, kann ein gesetzlicher Betreuer für Gesundheitsfragen per Gerichtsbeschluss eingesetzt werden. Bei Familie Hausmann wurde auch behördliche Hilfe in Anspruch genommen (vgl. Kap. 4).

Neben den schweren Behandlungsverläufen entstehen auch hohe Behandlungskosten für das Gesundheitswesen. Laut Deutschen Ärzteblatt 2011 liegen diese durchschnittlich bei ca. 5300 € pro AN Patienten/pro Jahr. Vor diesem Hintergrund wurde in den letzten Jahren das Thema der Prävention von Essstörungen immer mehr in den Fokus gerückt.

1.6 Pathogenese

Als Ursache für Magersucht werden sowohl biologische Faktoren mit sozial-kulturellen Einflussfaktoren als auch individuelle Entwicklungsfaktoren und familiäre Gegebenheiten diskutiert und angenommen.

1.6.1 Biologische und genetische Faktoren

„Ich war ein Unfall. Ich bin nicht gewollt, dadurch habe ich meine Eltern gezwungen, zusammenzubleiben. Ich bin daran schuld.“

Rita, 16 J., anorektische Patientin bei FKT Grafschaft Bentheim

Bei den biologischen Faktoren gehen Experten von genetischen und physiologischen Grundlagen aus.

Es wird diskutiert, ob der Weg in die Anorexia nervosa und in andere Essstörungen schon im Säuglingsalter mit der oralen Phase beginnt. Das Baby steckt sich vieles in den Mund; Zunge und Lippen werden zunächst zu

den wichtigsten Sinnesorganen. Die Bedeutung der oralen Phase spielt für die Entwicklung von Essverhalten eine wichtige Rolle. Das Saugen an der mütterlichen Brust gibt dem Säugling ein „Gefühl der absoluten Sicherheit und des Aufgehobenseins“. Wird diese Nähe von der Mutter versagt, können „Mangelgefühle und massive Ängste“ entstehen (vgl. Cavelius/Grasberger, 1999, S. 31).

„Anorexia nervosa hat eine genetische Basis – sie tritt häufig in Kombination mit anderen psychiatrischen Erkrankungen und Stoffwechselstörungen auf“,

so der Kinder- und Jugendpsychiater Andreas Karwautz von der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der MedUni Wien.

Karwautz wirkte mit an einer durchgeführten Gesamtgenom-Analyse der Universität North Carolina. Die Studie wurde von Karwautz geleitet und im „American Journal of Psychiatry“ publiziert. Dabei wurden bei der Anorexia nervosa / Magersucht genetische Auffälligkeiten auf dem Chromosom 12 festgestellt (Laramie Duncan PhD, Zeynep, Gaspar H, et al, 2017; Jedtberg, 2011).

Zu den biologischen Faktoren zählen auch Hormone und andere Wirkstoffe. Im Körper werden beim Abnehmen die körpereigenen Glücks- und Wirkstoffe Endorphine gebildet. Da extremes Abnehmen für den Körper ein enormer Stressfaktor ist, werden anfangs viele Endorphine gebildet, die gegen Stress und Depressionen wirken. Diese Endorphin-Ausschüttung kann mit der Zeit süchtig machen, d. h. dass Hungern die Stimmung verbessern kann und somit die Gefahr der Abhängigkeit nach dem guten Gefühl durch Endorphine besteht. Zeitweilig werden beim Hungern sogar körpereigene Botenstoffe aus dem Gehirn ausgeschüttet, die vergleichbar mit einem Adrenalin-Kick beim Sport oder im Job sind (Weiss, 2013).

Beim FKT ist ein wichtiger Bestandteil, die verlorene Freude wiederzugewinnen. Deshalb wird mit den anorektischen Mädchen über Positive Psychologie, positive Gefühle, Resilienz u.v.m. gesprochen (vgl. Kap. 5).

Das endokrinologisch-metabolische Syndrom und die neurochemische Veränderung sollen in der Aufrechterhaltung der Essstörung eine wesentliche pathophysiologische Rolle spielen. Das behaupten Pirke und Ploog, (Ploog & Pirke, 1987; Sipos 2001).

Auch zeigt sich bei anorektischen Patientinnen eine Störung der Glukosetoleranz mit erhöhten Insulinkonzentrationen nach Testmahlzeiten (Schweiger, Warnhoff, Pahl, et al., 1986). Glucose ist sehr wichtig für das Gehirn. Bei einem Mangel erfolgen Konzentrationsprobleme.

Die Neurotransmitter Noradrenalin, Adrenalin und Serotonin spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle in der Regulation des Erlebens und Verhaltens. Bei untergewichtigen Frauen und anorektischen Frauen fand sich u. a. eine erniedrigte Serotoninkonzentration im Liquor cerebrospinalis (Kaye, Gwirtsman, George et al., 1987). Serotonin ist unter anderem für Glück und Zufriedenheit notwendig. Im Plasma wurden ebenfalls erniedrigte Konzentrationen von Noradrenalin beschrieben (Halmi, Dekirmenjian, Davis et al., 1978).

Auch die Konzentration des Peptidhormons Leptin, von dem ein Einfluss auf das Essverhalten, die Gonadenfunktion (Keimdrüsenfunktion) und eine Anpassung an eine Mangelernährung ausgehen soll, ist bei Anorexia nervosa vermindert (Hebebrand, Blum, Barth et al., 1997; vgl. Sipos 2001, S. 40).

Zudem zeigen Studien, dass das jeweilige Umfeld, Gene und gesellschaftliche Faktoren die Entstehung von Anorexia nervosa beeinflussen. Wenn z. B. ein Zwilling betroffen ist, liegt die Wahrscheinlichkeit bei 50%, dass der andere Zwilling auch an Anorexia nervosa erkrankt. Familiengenetisch betrachtet tritt das Störungsbild der Anorexia nervosa in Familien gehäuft auf. So haben Schwestern von anorektischen Frauen ein Risiko von 6%, selbst zu erkranken. Zwillingstudien weisen mit 80% bei monozygoten und 25% bei dizygoten Zwillingen auf einen genetischen Faktor für Anorexia nervosa hin. Bei Mädchen, deren Mütter bereits an Anorexia nervosa erkrankten, liegt die

Quote zehnmal höher als bei nicht genetisch Vorbelasteten. Aus Gesprächen mit anorektischen Jugendlichen im Familienbasierten Training konnte dies ebenfalls festgestellt werden (Lilienfeld, Kaye & Strober, 1998; vgl. Sipos 2001, S. 41).

1.6.2 Frauenbild und psycho-soziale Faktoren

„Da weibliche Schönheit als eine Art Währung fungierte, die zwischen Männern im Umlauf war, hat sich das Schönheitsdenken seit der industriellen Revolution parallel zum Geld-Denken entwickelt, so dass in unserer heutigen Konsumgesellschaft beides ineinandergreift. Eine Frau sieht aus wie eine Million Dollar, sie ist eine Schönheit erster Klasse, ihr Gesicht ist Kapital. Auf dem bürgerlichen Heiratsmarkt der letzten Jahre haben die Frauen gelernt, ihre Schönheit als Teil dieser Ökonomie zu begreifen.“

Naomi Wolf (1991) in „Der Mythos Schönheit“

Hier wird deutlich, welche Bedeutung weibliche Schönheit hat. Auch heute noch wird der weibliche Körper als „Ware“ eingesetzt. Frauen und junge Mädchen haben die Möglichkeit, durch ihren Körper eine Aufwertung zu erfahren und auf dem Heiratsmarkt „bessere Bedingungen“ zu erlangen. Als wesentlicher soziokultureller Einfluss gilt das Schönheitsideal, das seit Anfang der 60er Jahre bei Frauen einen sehr schlanken Körper favorisiert. In den letzten Jahren liegen Fotomodelle mit ihrem BMI überwiegend im untergewichtigen Bereich. Mittlerweile ist ein „Schlankheitsdruck“ entstanden, der sich bereits bei Kindern auswirkt (vgl. Sipos 2001, S. 42; Steins, G. 2007; s. Kap. 1.4).

Junge Frauen zeigen im jugendlichen Alter wenig Bezug zum eigenen Körper und eifern verzweifelt ihren Schönheitsidealen wie Kate Moss oder Victoria Beckham nach. Schlimmer noch: Sie denken häufig, wenn sie erst einmal dünn werden, „wird alles gut“. Sie sind stolz darauf, gegen sich selbst stark zu sein.

„Der Schönheitskult wirkt bei einer narzisstischen Störung“, wie auch Freud betont hat, „als Verstärker oder vielleicht auch als Ursache. Wenn Jugend, Schönheit, Fitness und Schlankheit als gesellschaftlich erstrebenswert gelten, verwundert es nicht, wenn Frauen mit einem geschwächten Selbstwert sich diese Werte zu eigen machen, um ‘mithalten‘ zu können.“

Wardetzki, (1992)

„Als aufrechterhaltende Bedingung sind die verzerrten Einstellungen der Patientinnen hinsichtlich des Körpers und des Gewichts von besonderer Relevanz. Es finden sich typische dysfunktionale Kognitionen wie beispielsweise dichotomes Denken (es gibt nur zwei extreme Beurteilungskriterien: ich bin dünn oder dick), selektive Abstraktion (es wird ein bestimmter Aspekt einer Situation herausgehoben, während andere Details vernachlässigt oder unterbewertet werden: ich kann mich nur über mein Essverhalten kontrollieren), emotionale Beweisführung (Gefühle drücken genau aus, was wirklich geschieht: wenn ich mich zu dick fühle, bin ich auch zu dick). Übergeordnete Pläne und Regeln (ich muss perfekt sein, attraktiv aussehen) determinieren das (Ess-)Verhalten und automatisiertes Denken in konkreten Zusammenhängen“ (vgl. Sipos 2001, S. 40).

1.6.3 Familiär-erzieherische Einflussfaktoren

„Besonders eng war die Beziehung meiner Mutter zu mir. Ich frage mich, ob sie mich jemals als ein eigenes Wesen betrachtet hat. Wir waren eine Einheit: meine Mutter war ich, und ich war meine Mutter. In meiner Magersucht fand ich zum ersten Mal etwas, was mir allein gehörte.“

„Ich wurde niemals wie ein Kind behandelt. Ich fühlte mich verantwortlich für meine Familie. Ich übernahm die Rolle meines Vaters, als er unsere Familie verlassen hatte. Ich half meiner Mutter, wann und wo ich nur konnte, ich stand zu ihr und tat alles in der Hoffnung, dafür geliebt zu werden.“

„Die späteren Magersüchtigen fühlen sich für alle und alles verantwortlich. Sie glauben, verantwortlich zu sein für das Glück der Mutter, die Aufrechterhaltung der Ehe der Eltern, das Benehmen der Geschwister, den Familienfrieden und die Familienharmonie.“

Alle drei Zitate aus „Magersucht“ von Monika Gerlinghoff und Herbert Backmund, (2002)

Bei Anorektikern sind folgende Merkmale häufig in der Familie zu finden: Rigidität, Koalitionsbildung, Konkurrenz- und Konfliktvermeidung, Disziplin, Ordnung, Korrektheit, Vermeidung von Gefühlen und Bedürfnissen, Aufrechterhaltung der klassischen Frauenrolle, Ambivalenz in der Beziehung zwischen Töchtern und Müttern, ein eher außenorientiertes Selbstwertgefühl (Aussehen), hohe Leistungsanforderungen, eine Aggressionshemmung und eine Neigung zu Perfektionismus (Cierpka, 1996; Strober & Humphrey, 1987; Laessle & Pirke, 1997; vgl. Sipos 2001, S. 42). Parallel zu Familie Hausmann bestätigt auch Mutter Hausmann durch ihre Probleme das mangelnde Selbstwertgefühl (vgl. Kap. 4).

Auch Scham und Schuldgefühle (s. das Eingangszitat) spielen bei der Anorexia nervosa eine Rolle. In einer multiplen Studie bei essgestörten Patienten werden niedriges Selbstwertgefühl, Leistungsdruck und

Perfektionismus bezüglich des Aussehens als Prädiktoren des Schamaffekts deutlich (Grabhorn, & Overbeck, 2005; Wardetzki, 1992).

„Familiäre Konfliktsituationen oder kritische Lebensereignisse fanden auch statistisch gehäuft vor dem Beginn einer Anorexia nervosa statt. Ereignisse wie z. B. Trennungs- und Verlusterlebnisse, Versagensängste in Leistungssituationen und Erfolgsdruck, körperliche Erkrankungen, Schwierigkeiten mit alterstypischen Anforderungen wie beispielsweise Probleme mit dem Erwachsenwerden bzw. bei Mädchen mit dem Frausein, aber auch traumatisierende Erfahrungen wie sexuelle Übergriffe erfordern Anpassungen bzw. Verarbeitungen, denen die Patientinnen häufig nicht gewachsen sind“ (Wardetzki, 1992; vgl. Sipos 2001, S. 42).

Bei Familie Hausmann kam es zur Trennung der Eltern und damit zum Bruch in der bis dahin harmonischen Struktur (vgl. Kap. 4). Auch im FKT fanden sich weitere anorektische Jugendliche mit Verlusterlebnissen durch die Trennung der Eltern.

Im FKT sind deshalb Resilienz-Stärkung und Positive Psychologie als Interventionsgrundlage sehr wichtig. Anorektische Jugendliche sollen widerstandsfähiger werden und in Problemsituationen handlungsorientierter reagieren können (vgl. Kap. 5).

1.7 Zusammenfassung mit ersten Schlussfolgerungen

„Es kommt nicht darauf an, was einer mitbringt, sondern darauf, was er daraus macht.“ (

Alfred Adler - Arzt und Psychotherapeut, (1870- 1937)

In den Kapiteln 1.1 bis 1.7 geht die Verfasserin auf das Krankheitsbild Anorexia nervosa ausführlich ein. Mit Hilfe veröffentlichter Studien und Literaturrecherche wurde hier Material zusammengetragen, welche Ursachen und Historie die Anorexia nervosa hat – bis hin zu heutigen Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten.

Entsprechend der Ausführungen aus Kap. 1 ergibt sich folgende wichtige Anmerkung: Um mit anorektischen Jugendlichen arbeiten zu können, ist es vonnöten, ihre Gefühle, ihre Verhaltensweisen und Probleme zu verstehen. Aus diesem Grund hat die Verfasserin dem ersten Kapitel einen bedeutenden Anteil eingeräumt. Es ist wichtig, das Krankheitsbild genauer zu kennen mit all seinen Ursachen, Verläufen und Erscheinungsbildern. All diese Erfahrungen und dieses Wissen sind Grundlage für das FKT – Familienbasierte Kompetenz Training – bei anorektischen Jugendlichen (vgl. Kap. 5-7).

Nach Ansicht der Verfasserin liegt die Vermutung nahe, bei betroffenen anorektischen Jugendlichen das unmittelbare Umfeld mit einzubeziehen. Dies ist der bedeutendste Ansatz bei der Behandlung. Familie und Peers sind dabei sehr wichtig. Also ist es sinnvoll, interdisziplinäre Erziehungs- und Familienhilfe in Form von Familientraining anzubieten.

Nach Meinung der Verfasserin kann neben der stationären Behandlung ein nachhaltiger Behandlungsansatz im familiären und sozialen Umfeld die Heilungschancen bei Anorexia nervosa erheblich erhöhen. Wichtig ist hierbei, dass Eltern möglichst früh in die kritischen Situationen eingebunden und soziopsychologisch begleitet werden sollten. Dieser wissenschaftliche Ansatz wird in dieser Forschungsarbeit weiter dokumentiert und dargestellt.

Aus der medizinischen Literatur konnte die Verfasserin entnehmen, dass Anorexia nervosa am Ende des 19. Jahrhunderts häufig vorkam. Ab Mitte der 40er Jahre des 20. Jahrhunderts erhielt die Psychoanalyse Einzug in die Therapie der Magersucht. Die Einnahme von Psychopharmaka hatte sich nicht bewährt (vgl. Gerlinghoff & Backmund 2000, S.19 f; vgl. Palazzoli 1986, S. 19-23).

Hieraus konnte die Verfasserin entnehmen, dass es Formen von Anorexia nervosa schon lange gab. In Kap. 1.5 und 1.6 geht die Verfasserin weiter auf die Ursache und die Grundannahme der Krankheit ein.

Es gibt jedoch bis heute, nach Recherchen und wissenschaftlichen Analysen der Verfasserin, keine durchgängigen, nachhaltigen Heilungsmethoden für an Anorexia nervosa Erkrankte.

Deshalb ist es ihres Erachtens wichtig, grundlegende psychologische und sozialgesellschaftlich fundierte Lösungsansätze zu erarbeiten.

2. Diagnostik und Differentialdiagnostik bei Anorexia nervosa

Diagnosen bzw. Diagnostik verfolgen das Ziel, Erkenntnisse der Gegebenheiten des physischen und psychischen Zustandes eines Menschen aufgrund bestimmter Symptome oder Verhaltensweisen zu erlangen (vgl. Köhn, 2008, S. 330).

Der medizinische Begriff „Anorexia nervosa“ bezieht sich auf eine „krankhafte Essstörung“ (Diagnosesysteme DSM IV -American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2000). Dieser Zustand ergibt sich durch konsequentes Verweigern und Einschränken der Nahrungsaufnahme (vgl. Kap. 1).

Bei der Diagnoseerhebung besteht auch der Anspruch, den Jugendlichen in seinem Umfeld zu verstehen und durch geeignete diagnostische Methoden zu analysieren.

2.1 Psychiatrische und somatische Differentialdiagnostik

2.1.1 Somatische Diagnostik

Die körperliche Untersuchung sollte sehr gründlich sein. Es sollten Größe, Gewicht, Hautzustand, Zahnstatus berücksichtigt werden; dazu technische Untersuchungen wie EKG, Blutbild, Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium, Phosphat, Kreatinin, Amylase, Leberenzyme und der Urinstatus (Schweiger & Fichter, 1999).

Für die Diagnose der Anorexia nervosa ist der BMI, d.h. der Body-Mass-Index, von besonderer Bedeutung. Er errechnet sich als Gewicht in Kilogramm durch die Körpergröße zum Quadrat: Körpergewicht (kg) / Körpergröße (m)².

Für medizinische Zwecke, unter Berücksichtigung des Alters, gilt die folgende Tabelle als Anhaltspunkt für Männer und Frauen (Quelle: Gewichtstabellen BMI):

BMI < 14	= hochgradiges Untergewicht
BMI 14 - 16	= mittelgradiges Untergewicht
BMI 16 - 18	= leichtgradiges Untergewicht
BMI 18 - 26	= Normalgewicht
BMI 26 - 30	= leichtgradiges Übergewicht
BMI 30 - 40	= mittelgradiges Übergewicht
BMI > 40	= hochgradiges Übergewicht

Die somatische Differentialdiagnose umfasst Erkrankungen, die mit einer Appetitminderung bzw. Appetitlosigkeit und einer daraus resultierenden Gewichtsabnahme bis hin zur Kachexie verbunden sind. Es ist insgesamt zu untersuchen, ob neurologische oder internistische Erkrankungen wie Hirntumoren, Diabetes mellitus und andere endokrine Erkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, infektiöse Erkrankungen, maligne Erkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen und Intoxikationen vorliegen (Sipos, 2001).

2.1.2 Psychiatrische Diagnostik

Differentialdiagnostisch sind psychische und depressive Grunderkrankungen zu berücksichtigen, die ebenfalls mit einem Gewichtsverlust einhergehen. Weiterhin sind soziale Phobie, Angst- und Zwangserkrankungen mit ernährungsbezogenen Ängsten oder Zwangsgedanken, Persönlichkeitsstörungen, Substanzabhängigkeit und Substanzmissbrauch, posttraumatische Belastungsstörungen und auch psychotische Erkrankungen mit ernährungsbezogenem Wahn oder bizarrem Essverhalten abzugrenzen.

Psychiatrische Diagnostik geschieht meist durch zwei etablierte Diagnoseverfahren: dem DSM-IV-TR und dem ICD-10. Beim DSM-IV-TR gibt es speziell die Kriterien, die entscheidend sind für die Beurteilung der Anorexia nervosa (American Psychiatric Association, 1994):

- Die Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
- Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor dick zu werden trotz bestehenden Untergewichts.
- Eine Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des geringen Körpergewichts.
- Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhö wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).

Die Kriterien des DSM-IV sind denen der ICD-10, dem zweiten diagnostischen Klassifikationssystem, sehr ähnlich. In der ICD-10 finden sich

darüber hinaus Kriterien zur Selbsterbeiführung des Gewichtsverlustes und zu endokrinologischen Veränderungen. Beim ICD-10 werden noch Unterscheidungen bei Anorexia nervosa gemacht: F50.00; F50.01 (vgl. DSM-IV, S. 619f)

- Restriktiver Typus (F50.00): Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat kein „Purging“-Verhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.
- „Binge-Eating/Purging“-Typus (F50.01): Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig „Fressanfälle“ gehabt und hat „Purging“-Verhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

2.2 Therapien

„Es ist nicht leicht, Glück in sich selbst zu finden, aber unmöglich, es anderswo zu finden.“

Beattie, (2014)

Die Anorexia nervosa stellt eine schwer zu behandelnde psychische Störung dar, die häufig chronifiziert und auch einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen kann (vgl. Kap. 1.7).

Insgesamt verursachen Essstörungen sehr hohe direkte und indirekte Folgekosten. Für die Anorexia nervosa wird ein jährlicher Kostenaufwand in Höhe von 195 Millionen Euro, Behandlungskosten und Produktivitätsausfallkosten, veranschlagt (Rabung, Leichsenring, 2016; Krauth, Buser, Vogel 2002).

Im Jahr 2000 erstellte die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, kurz DGPPN, Leitlinien für die Behandlung der Essstörung AN (Anorexia nervosa) durch eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der DGPPN unter der Federführung von M. Fichter und U. Schweiger (Schweiger, Fichter, (1997).

Bei starkem Untergewicht, Abmagerung und fortschreitender Verschlechterung der Gesundheit kann es zu einer lebensbedrohenden Situation kommen (vgl. Kap. 1.4.4). Auch der Missbrauch von Abführmitteln führt zu starken Störungen des Elektrolythaushaltes, die eine Lebensgefahr bedeuten können. In diesen Fällen muss eine Akutversorgung in einer Akutklinik gewährleistet werden.

Auch bei Anorektikern, deren Gewichtsabnahme nicht lebensbedrohlich ist, kann es sein, dass der chronische Hungerzustand erst beseitigt werden muss, bevor eine geeignete Therapie beginnen kann. Hunger beeinflusst das Denken und Handeln und kann es soweit verstellen, dass eine sinnvolle Therapie unmöglich ist.

Anorektiker sollten hierbei nach Möglichkeit nicht zum Essen gezwungen werden. Erzwungene Gewichtszunahmen können schlimmstenfalls zu Depressionen und Suizidgefährdung führen. Oftmals kann erst nach diesen Notmaßnahmen eine Behandlung im eigentlichen Sinne beginnen. Vermutlich waren dieses auch die Beweggründe, weshalb Mutter Hausmann ihre anorektische Tochter in die Klinik einweisen ließ (vgl. Kap. 4).

Ambulante Psychotherapie

Psychotherapie ist ein Weg in der Bewältigung von Magersucht. Dabei gibt es die Möglichkeit, an einer Einzel- oder Gruppentherapie teilzunehmen. Ob eine Einzeltherapie oder eine Gruppentherapie durchgeführt wird, hängt davon ab, welche Form der Therapie für den Einzelfall als geeignet beurteilt wird. Diese Entscheidung sollte nach Möglichkeit interdisziplinär vereinbart werden.

Einzeltherapie findet meist 1 bis 2 Mal wöchentlich statt. Dabei gibt es die Möglichkeit, gemeinsam mit Therapeuten Probleme zu besprechen und aufzuarbeiten.

In den Gruppensitzungen sind neben den Therapeuten noch andere Gruppenmitglieder anwesend. Meist trifft sich die Gruppe einmal pro Woche für 2 Stunden. Die Therapeuten greifen während der Sitzungen moderierend und regulierend in das Geschehen ein, geben Denkanstöße und helfen, die richtigen Fragen zu stellen. Die Gruppe kann aus Mitgliedern bestehen, die

alle an einer Essstörung leiden oder aus Mitgliedern mit unterschiedlichen Problematiken und Erkrankungen.

Die vorherrschenden Therapieformen sind die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie und die Systemische Therapie. Welche Therapierichtung geeignet ist, sollte – in Abstimmung mit den Betroffenen – mit den Ärzten und Therapeuten geklärt werden.

Stationärer Klinikaufenthalt

Ein stationärer Klinikaufenthalt wird meist dann erforderlich, wenn eine akute Gesundheitsgefährdung besteht oder aus anderen wichtigen Gründen ein Klinikaufenthalt notwendig ist.

Zudem werden in der Therapie von Anorektikern auch Musiktherapie, Kunsttherapie, Entspannungstraining, Körperwahrungstherapie, u.v.m. angeboten.

Die Anorexia nervosa ist durch hohe Rückfallraten gekennzeichnet. Schmidt & Treasure entwickelten das Behandlungskonzept Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment in Adults (MANTRA) in fünf Trainingsphasen. Dabei sind Therapieziele wie Motivation, Erarbeitung eines individuellen Rückfallmodells, Förderung kognitiver und sozio-emotionaler Fertigkeiten von besonderer Bedeutung (Schmidt U, & Treasure J. 2006). Diese Behandlungsinhalte werden auch beim FKT im Trainingskonzept integriert (s. Kap. 5).

2.3 Stellungnahmen aus der Kölner Erziehungshilfe

„Bewahre mich vor dem naiven Glauben, es müsste im Leben alles gelingen. Schenke mir die nüchterne Erkenntnis, dass Schwierigkeiten, Niederlagen, Misserfolge, Rückschläge eine selbstverständliche Zugabe zum Leben sind, durch die wir wachsen und reifen.“

Antoine de Saint-Exupéry

Aus Sicht der Kölner Erziehungshilfe der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Köln gibt es bedeutende pädagogische Ansätze des

Departments für Heilpädagogik und Rehabilitation, mit betroffenen anorektischen Jugendlichen und deren Familien zu arbeiten. „Fragen der Sondererziehung, Förderung und Begleitung von Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten stellen oder sehen zu lernen, um daraus Folgerungen für die eigene Berufspraxis zu ziehen“ (Heilpädagogische Fakultät der Universität zu Köln, 1993, 3).

Es gibt bereits erfolgreiche Ansätze bei anderen Problematiken wie Hochbegabung, Autismus und Schwererziehbarkeit (siehe „Methodenkoffer“ und Veröffentlichungen von Karl.-J. Kluge und Kollegen).

3. Einflussfaktoren auf das Essverhalten

„Man kann nicht gut denken, gut lieben, gut schlafen, wenn man nicht gut gegessen hat.“

Naomi Wolf (1991) in „Der Mythos Schönheit“

In diesem Kapitel versucht die Verfasserin der Frage nachzugehen, welche Faktoren Einfluss auf das Essverhalten haben. Wodurch wird Essverhalten geprägt? Wie kommt es zum Essverhalten? Welche Rolle spielt dabei die Familie?

Allgegenwärtig ist das Thema Essen bzw. Ernährung – ob im Kindergarten, in Fernsehprogrammen, bei Treffen mit Freunden und vor allem innerhalb der Familie. Kinder und Jugendliche werden schon früh mit Essverhalten konfrontiert. Das Essverhalten hat sich im Laufe der Zeit erheblich verändert (vgl. Kap. 1).

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts waren die Menschen größtenteils damit beschäftigt, nicht zu verhungern (vgl. Kap. 1.2). Während früher Essen und Nahrungsaufnahme wesentlich zur Lebenserhaltung gehörte, wird Essen heute eher Diskussionsthema, beispielsweise über eine artgerechte Haltung von Tieren, Aufnahme der Kalorienanzahl usw. Gemeinsames Essen in der Familie galt auch schon damals als wichtiges Beisammensein. Dort wurde über alltägliche Eindrücke, Erfahrungen, Tagesaufgaben oder Belange innerhalb der Familie besprochen (siehe Beispiele aus dem Alltagsleben der Familie H).

Die Veränderung der Welt- und Lebensanschauung nimmt Einfluss auf das Essverhalten der Menschen und hat eine immense physische sowie psychische Auswirkung, z. B. wird dünnen Menschen mehr Disziplin, Attraktivität und Intelligenz zugesprochen, dementsprechend ist der Nachahmungseffekt groß (vgl. Kap. 1.7.2).

Lifestyle kann definiert werden über Nahrungsmittelwahl, indem nur biologisch vertretbare Produkte aufgenommen werden oder ein gewisses Spezifizieren auf Markenware stattfindet. Die Medien und die täglich

gesendete Werbung, mit denen wir in jeder Lebenssituation konfrontiert werden, haben somit einen großen Einfluss auf unser Leben (vgl. Kap. 1.7.2.).

Durch eine veränderte Wertigkeit von gesellschaftlichen Normen innerhalb der Gesellschaft im Laufe des 21. Jahrhundert wurden gemeinsame Zeiten vor allem innerhalb der Familie reduziert, z. B. gemeinsam zu speisen. „Tischgespräche mit Themen über Werte, Gefühle, Empfindungen und Beziehungen rücken in den Hintergrund. Dabei ist es doch gerade in schwierigen Situationen wichtig, auf die Einheit der Familie zu bauen“ (i.S.v. Karl-J. Kluge). Der überwiegende Teil der Familien versucht heute, meist aufgrund von Vollzeitbeschäftigung, zumindest eine Mahlzeit täglich gemeinsam einzunehmen. Diese Zeit sollte nach Ansicht der Verfasserin nicht nur der Nahrungsaufnahme dienen, sondern auch die Familiengemeinschaft fördern.

Laut der DGE, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, benötigt der menschliche Körper Energie, um leistungsfähig zu agieren. Hungern kann für die Versorgung des Körpers zum Problem werden, was international unterschiedliche Auswirkungen zeigt. In großen Teilen der Welt leiden Menschen an Hunger oder haben kaum das Notwendigste zum Überleben. Folglich geht es bei Anorexia nervosa nicht direkt um Ernährung und Essen als grundsätzlicher Überlebensindikator.

Anorektische Jugendliche versuchen Kontrolle über den eigenen Körper zu erlangen (vgl. Kap. 1 und 2). Dieses Verhalten bestimmt zunehmend die täglichen Abläufe des Betroffenen und wirkt sich zwangsläufig auf das gesamte Umfeld sowie die Familie aus (vgl. Kap. 4).

4. Qualitative Fallanalyse –Familie erlebt die Anorexia nervosa

„Das Erste, das der Mensch im Leben vorfindet, das Letzte, wonach er die Hand austreckt, das Kostbarste, was er im Leben besitzt, ist die Familie.“

Adolph Kolping, Katholischer Priester (1813-1865)

Wie wichtig und kostbar die Familie sein kann, darauf möchte die Verfasserin in diesem Kapitel bei Familie Hausmann mit Tochter Sophie³ hinweisen.

Die Familie Hausmann lebt mit einer anorektischen Tochter zusammen. Auf Basis dieser Familienkonstellation wurde die Grundkonzeption des Familienbasierten Kompetenz-Trainings entwickelt und erprobt.

Eltern stehen vor erziehungspsychologischen Herausforderungen, wenn Kinder unanfechtbar Ablehnung gegenüber ihren Eltern einbringen. Nahrungsaufnahme beziehungsweise Essensverzicht stehen im Mittelpunkt dieser familiären Interaktionen. Insbesondere der Essensverzicht dominiert die familiären Lebensbereiche. Gemeinsame Mahlzeiten mit allen Töchtern einzunehmen, kamen kaum zustande, weil Tochter Sophie ihr Essen allein einnahm, damit niemand ihr dabei zuschaute. Das gemeinsame Abendessen, das sonst genutzt wurde, um die sozialen Kontakte innerhalb der Familie zu pflegen, fand nicht mehr statt.

³ Vor- und Nachname wurden von der Verfasserin geändert (s. Opening Story)

4.1 Familie Hausmann – Anorektische Tochter Sophie

Sophie Hausmann litt an diagnostizierter Anorexia nervosa. Die Tochter bzw. gesamte Familie wurde über einen Zeitraum von ca. drei Jahren sozial-emotional personenzentriert i.S. der Humanistischen Fakultät Department für Heilpädagogik und Rehabilitation, Universität zu Köln, und von der Verfasserin begleitet.

Die Lebenssituation von Tochter Sophie

Sophie wog weniger als 40 kg bei einer Körpergröße von 1,74 m. Sie war aufgrund ihrer akuten lebensbedrohlichen Situation in einer Universitätsklinik behandelt und anschließend in einer Spezialklinik für Anorexia nervosa therapiert worden. Sie gewann an Gewicht. Nach kürzester Zeit jedoch erreichte sie wieder das lebensbedrohliche Ausgangsgewicht von weniger als 40 kg. Behördliche Einrichtungen wurden eingeschaltet und Hilfe-Plan-Gespräche (HPG) initiiert.

Mit der betroffenen Tochter Sophie und den getrennt lebenden Eltern wurde intensiv gearbeitet, hauptsächlich mit der Mutter. Gespräche wurden geführt, Fragebögen, Testungen ausgewertet, Protokolle geführt.

Es wurde von den Begleitenden thematisch überlegt, wie die familiäre Situation der Familie Hausmann mit Tochter Sophie verbessert werden könnte. Das Trainerteam arbeitete in Einzel- und Gruppengespräche mit den Eltern und dem Beratungsteam aus Familie, Schule, Klassenlehrern, Schulkameraden, Kinder- und Jugendtherapeuten, Ärzten, Jugendamt, Rechtsanwälten und Richtern zusammen. Zu allen Beratungsgesprächen wurde ein Ergebnisprotokoll geführt.

Aufgrund der Entfernung wurden auch Skype-Gespräche und Telefonate durchgeführt.

Die Verfasserin wertete im Verlauf der Familienintervention sämtliche Protokolle und über 80 Eintragungen über mehr als drei Jahre humanpsychologisch aus. Es wurden Veränderungen im Lebensumfeld, Veränderungen der erlebten Gefühle und Befindlichkeiten von der Verfasserin berücksichtigt bzw. analysiert, geprüft und durch statistische

Verfahren ausgewertet, Beziehungsmuster modifiziert und Kommunikationsstrategien erarbeitet und vereinbart.

Die Gespräche liefen nach demselben Grundmuster. Sie begannen mit der Begrüßung aller Teilnehmer, gefolgt von einer kurzen Abfrage der aktuellen emotionalen Situation eines jeden Teilnehmers. Anschließend wurde erfragt, inwieweit ein Umsetzen der vereinbarten Ziele erreicht wurde, und überlegt, welche Ziele bis zum nächsten Termin angestrebt werden. Zum Ende der Sitzungen wurde das Besprochene noch einmal von jedem Teilnehmenden zusammengefasst bzw. paraphrasiert.

4.1.1 Erlebte Gefühle – eruiert anhand von Fragebögen und Testungen

4.1.1.1 Fragen zu Sophies Gefühlslage

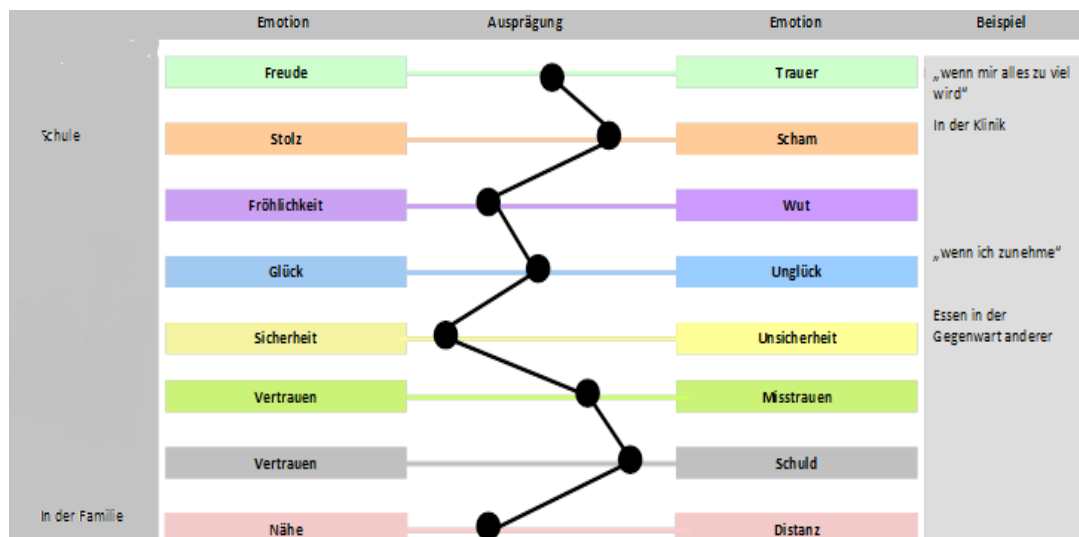


Abbildung 02: Selbst-Wahrnehmung der anorektischen Tochter Sophie erfragt im Rahmen des HPG mit Hilfe des „Positiv-Selbsttests“ (Karl-J. Kluge & Laura Staats)⁴

Sophie beantwortete im Gefühls-Selbsttest bereitwillig Fragen zu ihrer Gefühlslage. Die konträren (gegensätzlichen) Gefühlskategorien sind in der oberen Grafik jeweils gegenüberliegend dargestellt (z. B. Freude vs. Trauer – Stolz vs. Scham).

⁴ Etappenbericht bei Familie H., über eine Eltern-Kind-Beziehung im Rahmen des Familienbasierten Kompetenz-Trainings mit anorektischen Jugendlichen

Ergebnis:

Tochter Sophie gab in ihren Selbstauskünften an, sich überwiegend „bedrückt“ zu erleben. Die Wahrnehmung negativer Gefühle war scheinbar sehr viel präsenter als „positives“ Gefühlserleben, Glück und Freude. Alles „Positive“ verband sie vornehmlich mit ihrem Umfeld, während sie „Ablehnendes“ und „Negatives“ in ihrer eigenen Person begründet sah und diese Gefühle so sehr viel stärker erlebte. Sie verband Trauer, Unglück oder Unsicherheit mit ihrem Selbst-Erleben oder ihrem eigenen Handeln: Gewichtszunahme oder Überforderung „verstimmten“ sie. Auch Gefühle von Scham und Schuld waren in ihrem Selbsterleben sehr präsent.

Fazit:

Es war notwendig und erschien unabdingbar, ihre eigenen Ressourcen aufzudecken und zu revitalisieren, was sie in die Lage brachte, sich selbst zu stabilisieren und sich resilient zu erleben. Ihr Lebensglück ausschließlich von ihrer Umwelt abhängig zu machen – und sich selbst überdies zu „vergessen“ – konnte auf Dauer nicht zur gewünschten „Daseins-Kompetenz“ führen, schlussfolgerte sie.

4.1.1.2 Fragen zu Sophies Persönlichkeit

Um die Lebenssituation und Persönlichkeit von Sophie besser einschätzen zu können, wurde Fragen zur Persönlichkeit gestellt, die sie mit hoher Ausprägung, mittlerer Ausprägung und niedriger Ausprägung beantworten konnte. Als Beispielmanual wurden Auszüge aus dem Freiburger Persönlichkeits Inventar genutzt. Es sollte bei der Auswertung lediglich um eine erste Einschätzung der Persönlichkeit gehen, um eventuelle Schwerpunkte für das weitere Training setzen zu können.

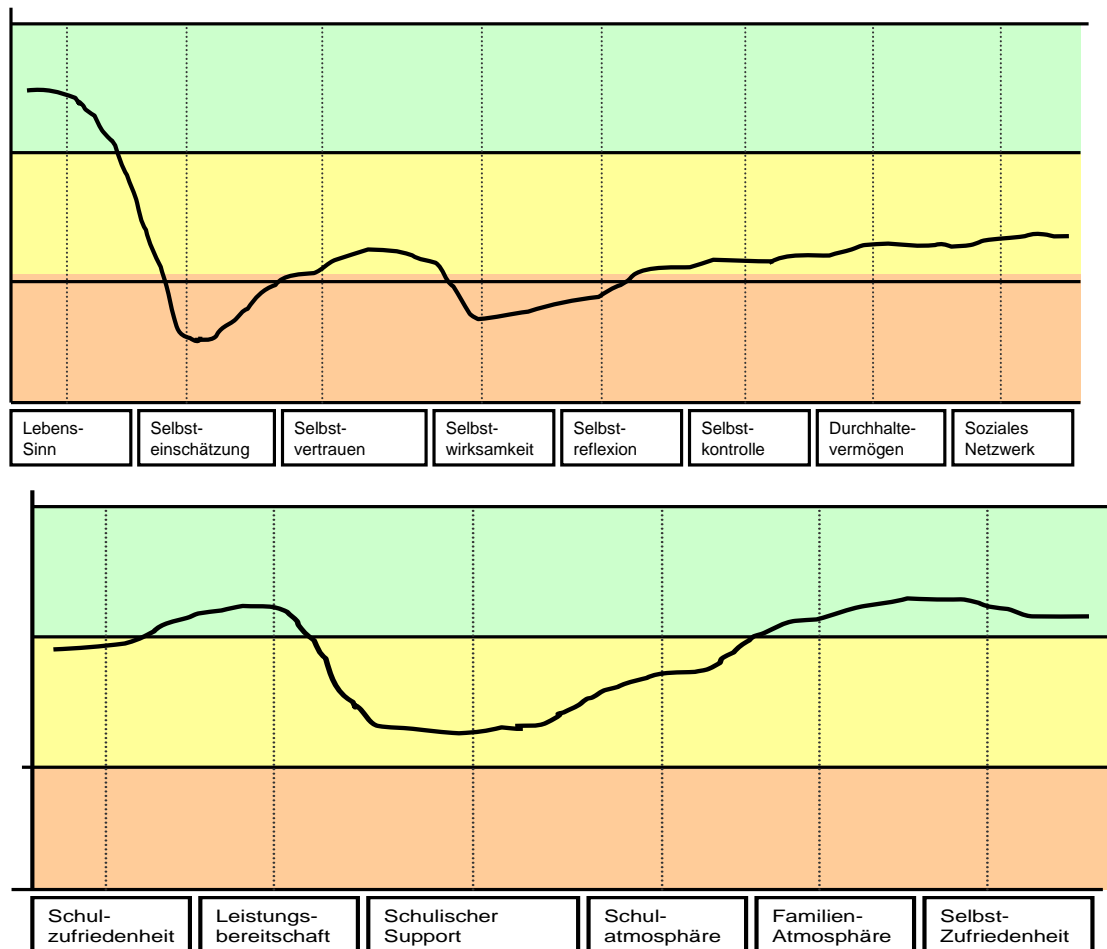


Abbildung 03: LebensEinstellung Sophie Hausmann (Fragen zur Persönlichkeit im HPG). Grün Bedeutet eine hohe Ausprägung, gelb eine neutrale Ausrichtung und rot bedeutet eine niedrige Ausprägung.

Ergebnis:

Bei Tochter Sophie ist der „Lebenssinn“ ausgeprägt und liegt im grünen Bereich, die Bereiche „Selbsteinschätzung“ und „Selbstwirksamkeit“ im roten Bereich. Gelb – und damit eher neutral – sind die Bereiche „Selbstvertrauen“, „Selbstreflexion“, „Selbstkontrolle“, „Durchhaltevermögen“ und „Soziales Netzwerk“.

In der zweiten Abbildung finden sich „Schulzufriedenheit“, „Familienatmosphäre“ und „Selbstzufriedenheit“ im grünen Bereich; alle anderen Angaben liegen eher im gelben Bereich.

Fazit:

Die Stärken und Schwächen, die bei Sophie erkennbar waren, spiegelten in einigen Bereichen typische Charakterzüge und Lebenseinstellungen von anorektischen Jugendlichen wider, z. B. Leistungsbereitschaft. Auch die hohe Schulzufriedenheit lässt sich bei der sehr intelligenten Schülerin

erklären. Eine positive Einschätzung bei „Familienatmosphäre“ und „Selbstzufriedenheit“ wurde bei anderen anorektischen Jugendlichen nicht beobachtet und schien nach Auffassung der Verfasserin in der Familie Hausmann nicht immer gegeben gewesen zu sein. Trotz dieser Vermutung gab es in dieser Konstellation eine Entwicklung, die sich förderlich für das weitere Training auswirkte.

4.1.2 Erlebte Gefühle (Protokoll-Aufzeichnungen)

Anfänglich erlebte sich Mutter Hausmann in der Familie unruhig und unsicher. Sie suchte den Kontakt zum Jugendamt, da ihr die Diagnose Anorexia nervosa bei ihrer 15-jährigen Tochter Sophie sehr große Sorgen bereitete. Nach der Trennung der Eltern lebte die Tochter zuerst bei der Mutter, nach dem Klinikaufenthalt bei der Großmutter und dann in der Wohnung des Kindesvaters als Untermieterin. Sie entzog sich den Bemühungen der Mutter. Über einen Zeitraum von drei Jahren kommunizierte die Mutter über ihre selbst erlebten Gefühle wie Ohnmacht, Angst, Trauer, Sorge, Verzweiflung und Wut.

Nach dem Klinikaufenthalt der als anorektisch diagnostizierten Tochter wurde diese auf Antrag der Eltern vom Jugendamt betreut, weil sich die Familie überfordert fühlte (Protokoll 06.12.2015).

Gespräche fanden statt mit dem Beratungsteam, u. a. auch mit Kinder- und Jugendtherapeuten, Frau G., später Frau N. (Skype-Protokoll Nr. 41).

Es wurde die Situation der Tochter Sophie diskutiert. Dabei wurden Erwartungen an die Mutter aufgeschrieben und deren Umsetzung kommentiert, z. B. dass Mutter Hausmann mit ihren Gefühlen „an ihre Grenze geriet“. Sie stand kurz vor einem Burnout (Skype-Gesprächsprotokoll 21.06.2015).

In der Familie wurde diskutiert, ob die Bedürfnisse der einzelnen Familienmitglieder immer berücksichtigt wurden, mit dem Ergebnis, dass seit der „Erkrankung“ der Tochter die anderen Familienmitglieder „zu kurz gekommen“ zu sein schienen (Protokoll 04.12.2015)).

Es wurden von Seiten der FKT-Trainer Vereinbarungen mit der einzelnen Familienmitglieder getroffen, wie z. B. „Family Talk“, d.h. jedes Familienmitglied schrieb auf, was in der Woche an Fortschritten gelang. Jedes Familienmitglied verfasste seine Erwartungen an sich selbst und an die übrigen Familienmitglieder. Es wurde von Seiten der FKT-Trainer großen Wert auf „Gewaltfreie Kommunikation“ gelegt, d.h. es stand Wertschätzung für den anderen im Vordergrund.

„Erziehung ist gewaltfrei, jedoch Bedürfnis = gefühlsorientiert.“

Karl-J. Kluge

Unter diesem Leitsatz wurden Vereinbarungen mit der anorektischen Tochter Sophie und der Mutter getroffen.

Am 08.12.2017 folgte das erste HPG (Hilfe-Plan-Gespräch), an dem Tochter Sophie fernblieb. Da sie beim Vater wohnte und der Vater der Tochter freie Hand in ihren Entscheidungen ließ, machte die Mutter sich wiederum Sorgen aufgrund der vermuteten Sorglosigkeit des Kindsvaters. Sie fand emotional keinen Zugang zu ihrer 15-jährigen Tochter. Die Freizügigkeit von Seiten des Vaters in der Vater-Tochter-Beziehung hielt die Mutter für unangemessen. Aus Angst, die Tochter zu verlieren, erkundigte sie sich über einen Rechtsbeistand, ob sie per gerichtlichen Beschluss erreichen könnte, dass der Vater mehr Verantwortung in der Erziehung übernehme. Ihr wurde nicht viel Hoffnung gemacht: Da die Tochter laut Schule über ein hohes Maß an Intelligenz verfüge, wurde ihr von Seiten des Jugendamtes auch eine hohe Eigenverantwortung zugetraut. Hier sei angemerkt, dass anorektische Jugendliche häufig über eine hohe Intelligenz verfügen, aber eine sehr eingeschränkte Körperwahrnehmung haben, die zu gesundheitlichen Defiziten und Entwicklungsstörungen führen kann (vgl. Kap. 1; Protokoll 16.12.2015).

Nichtsdestotrotz wurden unter Begleitung der unterstützenden Personen weiter Ziele zwischen den Familienmitgliedern vereinbart. Die Mutter setzte sich zum Ziel, ihre Tochter „glücklich zu erleben“. Nach dem Klinikaufenthalt der Tochter hatten sich viele im Umfeld und in der Familie vorgestellt, dass die Tochter „geheilt wiederkomme“ und es „bergauf gehe“.

Sophies Mutter erhoffte sich über das Familienbasierte Kompetenz-Training wieder einen engeren Kontakt zu ihrer Tochter. Sie wollte, dass diese Art von Isolation für die Tochter aufhöre und eine Versöhnung mit ihr möglich würde. Sie wollte ihr bezüglich ihrer Lebensführung Hilfestellung geben, damit diese ein glückliches Leben führe – weg vom „Kalorienzählen“. Für die Kindesmutter war es zudem entscheidend, Kontakt zum Kindsvater zu halten. Die Mutter wusste nicht, weshalb Tochter Sophie den Kontakt zu ihr abbrach. In ihrer Mutterrolle und mit dem gemeinsamen Sorgerecht für ihre Tochter betraut, erlebte sie starke Verlustängste. Sie war sich nicht sicher, ob sie der „Krankheit“ ihrer Tochter genügend Raum gab. Ständig fragte sie sich, was „normal“ wäre, wie sich andere Mädchen in dem Alter entwickelten. Obwohl dieselbe Mutter eine pädagogische Ausbildung hatte, erlebte sie ständig Selbstzweifel. Sie musste ohne Vergleichswerte auskommen (42. Skype-Protokoll 30.12.2015).

Demgemäß wurden in der Studie auch die erlebten Gefühle der Mutter beachtet, da diese unmittelbar in Zusammenhang mit der Lebenssituation der Tochter gesehen wurden.

„Wenn es der Tochter besser geht, sie an Gewicht zunimmt, sich anderen Menschen öffnet, wird es vermutlich auch der Mutter besser gehen, d.h. Angst, Sorge und Traurigkeit verringern sich und Glück macht sich breit im Sinne von ‚Der Glücksfaktor‘ von Martin Seligman (2012).“

i.S.v. Karl- J. Kluge

Fortgesetztes Kommunizieren erwies sich in der vierköpfigen Familie als Herausforderung, so die Mutter.

Einen ersten Fortschritt im Sinne von „besserer Familienbeziehung“ gab es im Rahmen des Familienbasierten Kompetenz-Trainings aus Sicht der Mutter, als sich der Kindsvater vor der Operation um die Tochter kümmerte. Ab diesem Zeitpunkt fanden wieder Austauschgespräche zwischen den Eltern statt.

Im FKT-Training stellte das Trainerteam das Marshall Rosenberg-Modell zur „Gewaltfreien Kommunikation“ vor, das eingeführt wurde (43. Skype-Protokoll, 05.01.2016).

Dieses Angebot wurde sowohl von den Kindeseltern als auch von der ältesten Tochter angenommen und aufgenommen. Eine Kinder- und Jugendtherapeutin unterstützte allerdings den Kindsvater ohne wesentliche Begründung darin, die Therapie für die Tochter nicht zu fortzusetzen. Diese Aussage bedeutete für die Mutter eine Intensivierung ihrer Gefühle: Sie erlebte Wut und Ohnmacht (45. Skype-Protokoll, 27.01.2016).

Sophies Mutter zog sich aus dem Schulleben ihrer Tochter zurück. Sie befürchtete aufgrund des Verhaltens ihrer Tochter von den anderen Eltern Zurückweisung zu erfahren. Sie ängstigte sich, von den Eltern wegen der „Erkrankung“ ihrer Tochter verantwortlich gemacht und beschuldigt zu werden.

Es wurde auch in den Gesprächen über die Lern- und Beziehungssituation Sophies in der Schule gesprochen. Herr E. war Klassenlehrer von Sophie. Dieser bestätigte, dass Sophie einerseits eine zurückhaltende Schülerin wäre, andererseits sehr leistungsstark. Sophie gehöre zu den Einser-Kandidatinnen (vgl. Kap. 1). Die Sozialpädagogin, Tutorin und Schulleitung der Schule sahen aus diesem Grunde generell keine Notwendigkeit, sich verstärkt um Sophie zu kümmern.

Gefühle wie Zurückweisung waren für die Tochter neu. Es gab Tipps von den Trainern, für ein gutes Gefühl zu sorgen und jeden Tag für sich etwas Gutes zu tun (47. Skype-Protokoll, 04.02.2016). Sie wurde z. B. nochmals angehalten, ein Tagebuch zu führen und ihre Gefühle zu benennen.

Sophies Mutter versuchte, die ältere Tochter als „Botschafterin“ zu ihrer Tochter Sophie zu machen; die Töchter verstanden sich, jedoch blieb Mutter Hausmann weiterhin „außen vor“ (48. Skype-Protokoll, 18.02.2016). Wiederum erfuhr sie eine Ablehnung von Seiten ihrer anorektischen Sophie. Diese Gefühle waren für die Mutter schwer zu akzeptieren (49. Skype-Protokoll, 01.03.2016).

Sophies Mutter überlegte oft, wohl dazu geführt hätte, dass ihre Ehe scheiterte und dass ihre Tochter Sophie „erkrankte“. Das Selbstwertgefühl der Mutter zerbrach. Sie fühlte sich schuldig, stark belastet und fühlte sich für diese Familiensituation mitverantwortlich.

Erst mit Hilfe des räumlichen Abstands von Seiten der Mutter in einer anderen Wohnung, einem „Neubeginn“, ohne der Krankheit ausgesetzt zu sein, und dem „Abschneiden alter Zöpfe“ gewann sie Abstand, stellte ihre bisherige Lebenssituation in Frage und versuchte, frei zu werden für neue Gefühle und Perspektiven (50. Skype-Protokoll, 19.03.2016).

Hierzu die Empfehlung von Karl-J. Kluge:

„Legen Sie sich mit diesen wichtigen Erfahrungen und guten Gefühlen eine Schatzkammer an, die Sie immer wieder dann hervorholen, wenn es Ihnen nicht gut geht, wenn das Selbstwertgefühl mal wieder Input braucht und gefüttert werden will.“

Mutter Hausmann befand sich durch den Wohnungswechsel in einem Aufbruch. Sie überdachte z. B. die Beziehung Mutter-Tochter: Wie verhielt sie sich gegenüber der älteren Tochter? Käme diese zu kurz, weil die jüngere Tochter mit diagnostizierter Anorexia nervosa mehr Aufmerksamkeit zugesprochen bekam? (51. Skype-Protokoll, 20.03.2016). Nach reiflicher Überlegung sagte sie im Gespräch: *„Nein, ich empfinde sie wachsend respektvoll.“*

Die Vermutung liegt nahe, dass die Schwester offensichtlich auch von dem Training hinsichtlich „Gewaltfreier Kommunikation“ profitierte.

Im 53. Skype-Protokoll (31.03.2016) wird das letzte Hilfe-Plan-Gespräch beschrieben. Es ging wieder um die gesundheitliche Zukunft der jüngeren Tochter. Die Eltern kamen ins Jugendamt, um mit allen Beteiligten zu sprechen. Die Anwesenden führten das Fachgespräch sachlich – und ließen Anschuldigungen, Verdächtigungen, Schuldzuweisungen und Drohungen außen vor.

Ein Ergebnis war, dass die Trainer in Sophies Schulklasse hospitierten, um mitzerleben, in welchem Beziehungsverhältnis Sophie zu ihren

Klassenkameradinnen stand. Sie stellten bei Sophie großen Ehrgeiz und ein hohes Maß an Lernbereitschaft bei guter Integration in der Klasse fest.

Zuvor hatte Sophie ihre Teilnahme an der Klassenfahrt abgesagt. Die Mutter vermutete, dass die Absage deshalb erfolgte, weil sich Sophie während der Klassenfahrt bei der Wahl des Essens beobachtet gefühlt hätte (57. Skype-Protokoll, 09.05.2016).

Mutter Hausmann erlebte sich aufgewühlt und gestresst. Sie übte sich in emotionaler Selbst- und Gefühlskontrolle und legte Ironie an den Tag: „*Oh, wie schön ist doch der Stress ...*“ (59. Skype-Protokoll, 17.05.2016).

Sie hatte im Lauf der Zeit gelernt, privat und beruflich mit Stress umzugehen und sogenannte „Di-Stress-Karten“ angelegt, z. B. einen Spaziergang machen, Musik hören.

Sie wusste, dass sie physisch und psychisch stark bleiben müsse, alleine schon für die beiden Töchter, dessen Verantwortung sie weiterhin trug. Sie vertrat die Ansicht, dass sich der Kindsvater nicht genügend in der Familie engagierte (60. Skype-Protokoll, 22.05.2016), wenn auch die Trennung der Eltern durch diesen herbeigeführt worden war.

Es wurde eine Juristin kontaktiert, die sich ein Bild von der Familiensituation und der weiteren Vorgehensweise für die anorektische Tochter Sophie machen sollte.

Grund für deren Inanspruchnahme war das Thema des „gemeinsamen Sorgerechts“ und ihre beiderseitige Sorge in Bezug auf Schule und Gesundheit.

Es wurde erneut die Chronologie von Sophies Krankengeschichte geschildert:

- Anfang der Anorexia nervosa von Tochter Sophie
- Klinikaufenthalt
- Anonymer Anruf beim Jugendamt
- Familiencoaching wurde von Seiten der FKT Trainer initiiert
- Wohnsituation der Familie in den zurückliegenden zwei Jahren
- Stellungnahme der bis dahin betreuenden Psychologin: „*Wenn sie nicht will, hat sie Pech gehabt.*“

Tochter Sophie ernährte sich streng nach Plan – immer noch alleine essend. Sie lebte weiterhin isoliert und nahm kaum Kontakt zu Gleichaltrigen und ihrer Familie auf. Der Vater bewertete die „Erkrankung“ der anorektischen Tochter als pubertäre Phase. Die Tochter lebte als Untermieterin beim Vater. Die Mutter meinte, keinerlei Einflussmöglichkeiten bei ihrer Tochter zu haben. Um Vernachlässigung machten sich hauptsächlich die Mutter, aber auch andere im Umfeld, vor allem die Schwester und der Klassenlehrer, große Sorgen.

Mutter Hausmann wollte sehr gern das alleinige Umgangsrecht zugesprochen bekommen – aber nicht um jeden Preis. Die Juristin bekräftigte noch einmal, dass in Deutschland dem Wunsch bei Kindern ab 14 Jahren in den meisten Fällen Rechnung getragen würde. In diesem Fall sähe sie aber sehr wohl die Problematik der unterlassenen Hilfeleistung und eine mögliche Kindeswohlgefährdung (Protokoll zum Telefonat 10.06.2016 mit der Juristin Frau F.).

Für Frau Hausmann begann im Sommer 2016 der Neuanfang für ihr eigenes Leben. Durch das familienbasierte Training, den vielen Telefonaten und Beratungsgesprächen sah sie sich erziehungs- und beziehungspsychologisch (52. Skype-Protokoll, 22.06.2016) immer mehr in der Lage, die Beziehungsqualität zu ihrer Tochter zu verändern. Sie machte mehr Sport, führte bei Bedarf Achtsamkeitsübungen durch und besuchte einen Tanzkurs.

Frau Hausmann schrieb an ihre Tochter Sophie weiterhin Briefe, u. a. mit der Einladung, ihr Haus stünde Sophie immer offen und sie freue sich sehr über einen Besuch (29.06.2016).

Zugleich war sie weiterhin sehr besorgt um die psychische Gesundheit ihrer Tochter. Sie machte sich Gedanken, wie sie ihre Tochter dafür gewinnen könne, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Dabei schilderte sie die besorgniserregende Entwicklung der letzten zwei Jahre.

Sie beschrieb in ihren Gesprächen ihre Tochter als begeisterungsfähig, die viele Freundinnen gehabt hätte und dass Sophie ein kontaktfreudiges

Mädchen gewesen sei. Auch in der Schule sei sie „100%ig aufmerksam“ (66. Protokoll, Gesprächsvorbereitung für den 06.07.2016).

Es folgte ein Gespräch mit dem Kindsvater. Vater und Mutter diskutierten die Situation ihrer jüngsten Tochter. Eltern haben häufig unterschiedliche Kommunikationsmuster – wie auch in dieser Ehe: Der Vater äußerte die Vorstellung, dass die Tochter bald „auf eigenen Füßen“ stünde, was er als gut erlebe und dass sie dann ausziehen solle. Die Mutter war über diese Idee nicht erfreut: Der Gedanke, sie „in diesem Zustand“ ausziehen zu lassen, zumal sie erst 16 Jahre alt war und dazu anorektisch, ängstigte sie (Gesprächsprotokoll vom 09.07.2017).

Das Trainerteam ermutigte Frau Hausmann, ihre Gefühle zu akzeptieren und diese immer wieder aufzuschreiben, um sie z. B. reflektieren zu können (70. Skype-Protokoll, 25.07.2016).

Sie reflektierte noch einmal die Situation, wie es „zum Cut mit ihrer Tochter Sophie kam“. Auf Anraten einer Psychotherapeutin wurde damals Tochter Sophie in eine psychosomatische Klinik mit dem Schwerpunkt Essstörungen eingewiesen. Die Tochter wollte auf keinen Fall dorthin und fühlte sich von der Mutter hintergangen. Der Klinikaufenthalt erwies sich zudem auch noch als nicht erfolgreich – was vielerlei Gründe gehabt haben konnte (Anm. der Verfasserin; 70. Skype-Protokoll, 25.07.2016)).

Es ging auch in den nachfolgenden Terminen in der Familienberatung um die Mutter-Tochter-Beziehung bzw. -Bindung, hier konkret der Umgang beider mit Wut und Empathie.

Die Trainer hatten dazu Lernzettel vorbereitet und arbeiteten diese mit Mutter und Tochter durch.

Es wurden die letzten Ereignisse in der Familie noch einmal durchleuchtet: zunächst der Umzug, der Auszug aus dem Haus, das sie als Familie gemeinsam bewohnt hatten. Die Mutter lebte seitdem mit der älteren Tochter allein. Diese machte nach dem Abitur ein Auslandsjahr; danach wollte sie auswärts studieren. Die jüngere Tochter Sophie lebte beim geschiedenen Mann und würde aller Wahrscheinlichkeit auch nicht zur Mutter zurückziehen. Also entschloss sich Frau Hausmann, ihre Lebenssituation neu zu überdenken. Die Erkrankung der Tochter und die

Entfremdung zu ihr belastete sie immer noch sehr. Zugleich begann sie, ihre Krise aufzuarbeiten; sie war dabei, die Krise aufzubrechen. Durch die Erkrankung der Tochter hatte sich die ganze Familienkonstellation verändert. Die Mutter stand vor einer Entscheidung: „Ich muss mich in Bewegung setzen, sonst bleibe ich im Kreisverkehr stecken.“ (87. Skype-Protokoll, 28.08.2016)

4.1.3 Verlaufsanalyse incl. Auswertungsergebnisse der Protokolle

Im weiteren Verlauf versuchte die Verfasserin die Skype-Protokolle auszuwerten, um daraus wichtige Erkenntnisse für weitere Familienbasierte Kompetenz-Trainings zu gewinnen.

Die gemachten Erfahrungen werden somit Grundlage für ein gemeinsames Gruppentraining für betroffene Familien sein (s. Kap. 5ff).

Die Skype-Gespräche bezogen sich auf das Verhalten bzw. die Einstellungen der Familie und deren erlebte Gefühle wie Wut, Angst, Ohnmacht etc.

Die Verfasserin stützt sich hier auf Martin Seligman, der in seinem Buch „Flourish – Wie Menschen aufblühen- 2012“ beschreibt, wie Menschen „nach einem Sinn suchen, der größer ist als das eigene Ich“. Familie steht für viele Menschen als eine sehr sinnvolle Institution, die gleichermaßen sensibel und gefühlsbetont ist.

Auch in Familie Hausmann war das Beziehungsverhältnis zwischen den Familienmitgliedern sehr sensibel unterlegt und stand immer in Wechselwirkung der einzelnen Mitglieder untereinander. Die Belastung eines jeden Familienmitglieds beeinflusste die gesamte Familiensituation.

Wie bei Familie Hausmann versuchen Kinder bzw. Jugendliche mit „selbstfavorisierten“ Ernährungskonzepten, durch Verzicht unerwünschte Gefühle zu verdrängen und gleichzeitig zu zeigen: „Ich bin verletzt – bitte helf mir.“

Unabhängig vom jeweiligen Problem führt die alltägliche Essenssituation innerhalb der Familie zu angespannten Situationen zwischen einzelnen Familienmitgliedern. Jedes Mitglied möchte beachtet und wertgeschätzt

werden. Doch die begrenzte Tageszeit der Eltern lässt nicht viele Themen zur Sprache kommen. Ist dann ein Thema wie „Nicht-Mitessen“ ständig präsent, wird dies zur Belastung werden und ein liebevoller und wertschätzender Umgang miteinander erschwert, wenn nicht sogar verhindert. Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa und deren Eltern ist das Essen bzw. Nicht-Essen ein ständiger Begleiter. Es dreht sich alles um diese Thematik und verunsichert sämtliche Beteiligte in ihrem Verhalten.

Auch in der Familie Hausmann zeigte die Verhaltensveränderung der Tochter Sophie Folgen für das gesamte Familienleben. Die Eltern waren trotz Trennung um Lösungen zur Entlastung und Stabilisierung der Familiensituation bemüht. Eine Sofort-Lösung konnte ausgeschlossen werden, da „jede Veränderung seine Zeit benötigt“, mutmaßt die Verfasserin.

Der erste Schritt zur Veränderung ging von der Mutter aus, wohingegen das Verhalten des Vaters erst einmal als beruhigt und abwartend gewertet wurde: *„Es geht ihr wie immer. Da hat sich nichts geändert“*. Mutter: *„Und findest du das Verhalten immer noch normal und pubertär?“*. Kindsvater: *„Aber was soll ich tun, sie will es ja nicht anders. Vielleicht zieht sie ja bald in eine WG. Ich lasse mir das Leben nicht nehmen, nicht von ihr.“* (Gesprächsprotokoll 09.07.2016)

Der Vater wertete das Verhalten seiner Tochter nicht sofort als „auffällig“. Ebenfalls sträubte sich die Großmutter gegen die Diagnose Magersucht. Im Verlauf der Zeit versuchten beide Elternteile gemeinsam, die Tochter zu unterstützen z.B. durch Briefe an Sophie oder zeitweiliges Wohnen bei der Großmutter.

Ärzte und Psychiater empfahlen der Tochter u. a., Psychopharmaka zu nehmen. Erschreckt wiesen beide Eltern diesen Vorschlag anfangs zurück. Die Diagnose Magersucht oder Anorexia nervosa veränderte das Familienleben so stark, dass es kaum Raum für andere Themen gab. Und bei Familie Hausmann gab es noch eine andere Tochter mitten in der Pubertät, die sicherlich ebenso wie Sophie Beachtung und Zuwendung benötigte.

Viele Kinder und Jugendliche werden nicht immer durch einen Klinikaufenthalt „geheilt“, da die Gründe und Ursachen für Erkrankungen oftmals tiefer sitzen (vgl. Kap 1ff). Da jeder Mensch individuelle Bedürfnisse und Empfindungen erlebt, darf nicht generalisiert werden, welche Interventionsmethode die Beste sei. Wichtig scheint der Verfasserin vielmehr, einen humanwissenschaftliche Methodenmix zu finden und stets die gesamte Familie in das Setting mit einzubeziehen, da miteinander vieles oftmals leichter zu lösen ist – und besonders der Rückhalt, die Geborgenheit und die Liebe innerhalb einer Familie hilft, „aufblühendes Verhalten“ zu zeigen.

Die Kindesmutter mobilisierte durch die vielen Gespräche ihre inneren Ressourcen und erkannte ihre emotionalen Stärken. Gerade das „Über-den-Tellerrand-schauen“ ermöglichte ihr, neue Sichtweisen zu entwickeln bzw. zu übernehmen. Die Qualität ihrer emotionalen Stärke machte das Verhalten der Tochter Sophie gegenüber der Mutter zumutbar und ließ sie die „emotional-soziale Sackgasse“ verlassen in einen Weg, auf dem Mutter und Tochter wieder zueinander fanden.

Entscheidungen in Bezug auf die anorektische Tochter von Seiten der Eltern wurden oft „schweren Herzens“ getroffen. Insbesondere der Entschluss, die Tochter stationär einweisen zu lassen, hatte gravierende Folgen, die die Eltern offensichtlich nicht im Vorfeld hatten einschätzen können.

Eine unüberwindbare Distanz von Seiten der jüngeren Tochter gegenüber ihrer Mutter wurde bald durch räumliche Trennung, Umzug zur Großmutter, Ausschluss von Aktivitäten, einseitige Kommunikation etc. offenkundig. Die Mutter deutete diese Art des Schweigens zwischen ihr und der Tochter als großen Vertrauensbruch. In dieser Situation prallten unterschiedliche Bedürfnisse, Emotionen und Wahrnehmungen von Eltern und Tochter aufeinander. Wie im Klinikbericht festgehalten, wollten die Eltern mit dieser Entscheidung Hilfe von außen in Anspruch nehmen, um den gesundheitlichen Zustand der Tochter zu „normalisieren“. Gleichzeitig wurden Bedürfnisse z. B. nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Seiten der anorektischen Tochter missachtet. Es entstand Kontrolle

und Zwang gleichermaßen im Erleben, was Auswirkungen auf die gesamte Familie hatte. Es fand z. B. kein gemeinsames Bewältigen des Problems in Form von Gesprächen statt. Vielmehr versuchte jedes Familienmitglied für sich, Probleme zu bewältigen oder anderen zu „übertragen“, z. B. die Übertragung des Problems der anorektischen Tochter auf die Klinik.

„Durch Kontrolle und Zwang von Seiten der Eltern wird Macht ausgeübt, um Ohnmacht vorzubeugen und Ängste zu reduzieren.“

Roth, (2014)

Das Gegenteil der Erwartungen trat in der Familie Hausmann ein. Es erwachsen weitere Ängste; vieles, wie die Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen des Einzelnen, blieb ungeklärt – vor allem unbeachtet. Die Familie als emotional-sozialer Verbund geriet ins Wanken. Vertrauen, Geborgenheit und innerer Zusammenhalt als Basis des Familiensystems waren verloren gegangen. Letztlich blieb die Frage offen: Wo ist Hilfe beziehungsweise wie kann eine Verbesserung der Situation innerhalb der Familie eintreten?

Die Kindesmutter versuchte, ihre Gefühle zusammenzufassen. Anfangs erschienen Übungen, die das Beschreiben von positiven Ereignissen umfassten, für sie seltsam und ungewohnt.

Erst durch immer neue Wiederholungsabläufe fiel es ihr leicht zu beschreiben, was ihr gut gelang und wieso es gut gelungen war (vgl. Seligman 2014, 57f).

Übungen dieser Art tragen dazu bei, Glück, Wohlbefinden und Selbstverwirklichung im Leben zu empfinden, so Martin Seligman: „Die immer noch dominierende Defizitkonzentration in Coachings, Therapien, Interventionen trägt nicht zum Wohlbefinden von Personen bei, sondern zeigt lediglich Schwächen auf ohne Neuausrichtung.“

Sophies Mutter lernte während der Familienintervention durch das Familienbasierte Kompetenz-Training in wöchentlichen Family Talks und Einzelcoachings mit Hilfe verschiedener Übungen sowie dessen Anwendungen, sich jeweils sozial-emotional neu zu positionieren. Sie war engagierter, traf bedeutende Entscheidungen für sich und ihre Tochter,

reflektierte diese und hatte die Freude und Sinnhaftigkeit in ihrem Privat- und Berufsleben wiedergefunden, was sich positiv auf das Verhältnis zu ihrer anorektischen Tochter auswirkte.

4.1.4 Eltern-Jugendlichen-Beziehung in der Familie Hausmann

In diesem Kapitel geht die Verfasserin detaillierter auf die Eltern-Tochter-Beziehung in der Familie Hausmann ein, um die Einflussnahme auf die familiären Bindungen aufzuzeigen und nachzuweisen.

Die untenstehenden Bereiche zeigen die Kompetenzen an, die Frau und Herr Hausmann in Gesprächen als vorrangig darstellten und an deren Weiterentwicklung ihnen speziell gelegen war:

- Freude am Umgang mit den Kindern,
- Entspannungsfähigkeit,
- soziale Feinfühligkeit,
- Stabilität bei sozial-emotionalen Belastungen.

Die Mutter-Kind-Beziehung in dieser Familie Hausmann, eine vormals sehr innige und einflussreiche Beziehung, wurde nicht mehr von Seiten der Tochter gelebt. Sorge und Trauer waren die genannten Gefühle, die zum Tragen kamen. Zwar durfte Frau Hausmann ihre Liebe als Mutter gegenüber ihrer Tochter äußern, jedoch – so schien es – erlebte ihre jüngste Tochter diese Art der Zuneigung nicht als fürsorglich oder warmherzig, sondern eher als abschreckend und zurückweisend.

Wie aber entstehen nun erwartungsabwehrende Zustände? Wieso haben sich Mutter und Tochter emotional voneinander entfernt?

Die Auswertung der vorgelegten Protokolle ergab, dass es zum Bruch in der Mutter-Tochter-Bindung kam. Diese jüngere Tochter Sophie mit diagnostizierter Anorexia nervosa erlebte die unerwartete Einweisung in die stationäre Einrichtung als Vertrauensbruch von Seiten ihrer Mutter.

Die Lebenssituationen und jeweilige Bedürfnisse ändern sich in der Adoleszenz und daher auch die Asymmetrie der Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Storch 1994, S. 34ff), was anhand der folgenden Aussagen der Kindesmutter deutlich wird.

„Wir haben früher viel gelacht über Witze und ‚Unsinnswörter‘, über Tom und Jerry und noch vieles mehr. Wir sind durch dick und dünn gegangen, wir hatten Streit und wir haben uns wieder vertragen. Du warst begeisterungsfähig, hattest Freundinnen und einen Freund, du warst viel unterwegs. Ich bin mit dir schwimmen gegangen, als du noch ein Baby warst. Du konntest noch nicht reden, jedoch schon tauchen. Ab der vierten Klasse bist du schon mit Freundinnen alleine ins Freibad gefahren. Ich weiß noch, wie schwer es für mich war einzusehen, dass du das schon kannst. ...

Du hast geturnt, Handball gespielt und du bist viel Fahrrad gefahren. Du warst immer aktiv und du hast die Welt für dich entdeckt. Auch hast du für dich entdeckt, dass du Gesellschaftsspiele gar nicht gerne mochtest. Wenn du geweint hast, habe ich dich getröstet...

Manchmal warst du sauer auf mich und nicht immer habe ich dich verstanden, jedoch haben wir meistens miteinander gesprochen und diskutiert. Dabei habe ich z. B. gemerkt, wie gewählt und diszipliniert du deine Worte wählst. Wir waren nicht immer einer Meinung, das muss und darf auch gar nicht sein, jedoch haben wir ständig unseren Standpunkt vertreten. Aus Kindern werden Jugendliche. ...

Du bist in Pfützen gesprungen, du hast im Regen gespielt, obwohl alle Nachbarskinder im Haus waren, weil sie wegen dem Regen nicht hinaus durften und du hast mit J. und anderen Spielkameraden/innen im Matsch gespielt...“

(Auszug aus dem Brief von Frau Hausmann an ihre Tochter Sophie)

Sophie entwickelte sich weiter, ohne dass diese Entwicklung von der Mutter respektiert wurde. Sie war nicht länger „das kleine Mädchen, das so gerne im Matsch spielte“, sondern entwickelte eigene Vorstellungen über ihre „Welt“.

Eine Bestätigung ihrer Annahme sieht die Verfasserin im Sinne von Kurt Lewins „räumlicher und intellektueller Weiterentwicklung“ (Lewin, 1926). „die Erweiterung des Lebensraum in der Adoleszenz“ (vgl. Storch 1994, S. 37). Häufig erleben Eltern diese Phase als anstrengend, geprägt durch ständig geführte Diskussionen und aufkommende Konflikte. Die elterliche Konfliktwelt innerhalb des Familienleben bezieht sich, so Storch, auf drei Bereiche: Pflichten, Fernsehen und Mahlzeiten. Mahlzeiten, wie bereits angezeigt, gehören zur Routine des Familienalltags. Dabei werden familiäre Normvorstellungen und Regeln gelebt und erlebt. Die Mahlzeiten werden häufig zum Austragungsort von Konflikten zwischen Eltern und Kindern genutzt.

Eltern, so die Annahme von Storch, versuchen, ihre Autorität zu wahren, ohne die Bedürfnisse des Kindes zu erkennen bzw. zu erfragen.

Auch in Familie Hausmann verursachten die Mahlzeit-Einnahmen täglich Konflikte. Das Essverhalten von Sophie strapazierte das Familienleben. Sophie zog sich immer mehr in ihre eigene Welt zurück und versperrte allen anderen den Zutritt. In ihrer Welt wurde auch das Essen „ausgesperrt“.

Sophie beeinträchtigte durch ihr Erleben und Verhalten die Beziehung bzw. Bindung zu ihren Eltern.

Diesbezüglich geht die Verfasserin an dieser Stelle darauf ein, welche wichtige Sichtweise der Soziologie der persönlichen Beziehung zukommt. Die Familie ist in ihrer Minimalgröße eine persönliche Beziehung (vgl. Lenz 2009, S. 118). Laut dem Artikel 6 des Grundgesetzes ist die Familie schützenswert.

Eltern haben die Aufgabe, ihren Kindern zu signalisieren, dass sie wertgeschätzt werden – mit all ihren „persönlichen Eigenheiten“, so Vertreter der Kinder- und Erziehungspsychologie. Wertschätzendes Verhalten gilt als Voraussetzung u. a. für das Entwickeln eines positiven

Selbstwertgefühls. Kinder wünschen sich Eltern als Gesprächspartner, die sich die Bedürfnisse ihrer Kinder anhören und dann wohlwollend darauf eingehen und nicht abwertend bzw. bevormundend. Oft lässt sich – manchmal erst nach (selbst)kritischem Hinterfragen – feststellen, dass die „innere Welt“ eines anderen nicht gehört wird. Menschen hören in der Regel das, was sie erlernt haben zu hören. Daher ist es nicht selten, dass Eltern und Kinder aneinander vorbeireden. Eltern bewerten pubertäres Verhalten ihrer Kinder als provozierend. Jugendliche hingegen empfinden Worte bzw. Aussagen von Erwachsenen als Bevormundung und fühlen sich eingeschränkt.

Die Verfasserin fragt sich, ob „verhärtete Bindungsbeziehungen“ wie bei Tochter und Mutter der Familie Hausmann durch Training verändert werden können und möchte bei der Untersuchung dieser Frage die Erkenntnisse der Bindungstheorien und Kommunikationstheorien in das FKT einbringen.

In dem Auszug eines Briefes von Frau Hausmann vom 25.06.2015 steht:

„Durch das Gespräch ist mir die Transparenz meinen Kindern gegenüber noch einmal sehr bewusst geworden. Ich werde ab heute mehr über mich erzählen und es meinen Kindern mitteilen. Ich darf und muss von meinen Erlebnissen, von meinen Aufgaben und meinen Anforderungen von vielen Seiten erzählen, damit meine Kinder mitbekommen, was und wie ich dies bewältige.“

Mutter Hausmann zog sich in ihrem Umfeld als Person zurück. Die gelebte „Unerwünschtheit“ führten zu einer starken emotionalen Belastung ihrer seelischen Ressourcen. Sie versuchte, nach außen Fassung zu bewahren. Dieselbe baute sich mehr und mehr eine Fassade als Schutz gegenüber ihrer Familie und ihrer inneren Welt auf. Insbesondere wurde das Verhalten der jüngsten Tochter thematisiert und deren Gefühle analysiert und als „bedrohend“ bewertet. Ein gegenseitiger Austausch über die innere Welt der jeweils anderen Person fand nicht statt.

Sophies Mutter wandte viel Kraft dafür auf, eine Schutzfassade beizubehalten und gleichzeitig den „Wirrwarr ihrer Gefühlswelt“ zu ertragen. In einem Gefühlszustand dieser Qualität entfremden sich Personen oftmals

von sich selbst – so auch Frau Hausmann. Ihre Angst vor Versagen nahm beängstigende Ausmaße an. Gleichzeitig versuchte sie, den Kontakt zur anorektischen Tochter Sophie nicht abbrechen zu lassen, entwickelte aber wahrscheinlich durch ihr Verhalten eine emotionale Unbeweglichkeit und errichtete indirekt eine „Mauer“ zwischen sich und ihrer Tochter (vgl. R. Tausch & A.-M. Tausch 1979, S. 229f).

Eine weitere Trainingsaufgabe im FKT für Sophies Mutter wurde, ein Gefühlsportfolio zu erstellen, das sie fortlaufend weiterführte. Ihre Aufgabe bestand darin, zu den Überschriften Glück, bedürfnisgerechte Gefühle, Dankbarkeit, Zuversicht, Staunen und Hoffnung spontan Gedanken zu Papier zu bringen, wobei der Begriff Hoffnung leer als Überschrift auf einem Blatt stehen blieb.

Ihre Gedanken über Zuversicht brachte dieselbe so zu Papier:

„Ich habe die Zuversicht, dass sich die Flamme unserer Beziehung zwischen S. und mir irgendwann wieder entfachen wird.“

(Auszug Skype-Protokoll vom 23.06.2015)

Hoffnung und Zuversicht bedingen sich gegenseitig. Beide Wörter stehen als Synonym für Glauben und Vertrauen, Glück zu erreichen. Ein harter Weg, der viel Kraft kostet, wenn man ihn einschlägt. Es müssen neue Möglichkeiten im Umgang miteinander erlernt und erprobt werden, um das Familiengefüge und die innere Stabilität wieder herzustellen.

Während des wöchentlichen „Family Talk“ (im FKT) erprobte sich insbesondere die Mutter darin, ihr bis dato unbekannte Kommunikations- und Verhaltenstechniken zu erlernen und zu praktizieren (vgl. 59. Protokoll 17.05.2016 zur kommunikativen Entwicklung im Beruf).

Es gelang ihr, gegenüber ihrer Familie transparent zu werden. Sie gewann mehr Echtheit als Person. So wurde sie zunehmend als „offene Person“ wahrgenommen und geschätzt. Diese Entwicklung zur „Selbstöffnung“ befähigte Frau Hausmann wahrscheinlich auch in Schritten, ein positives Beziehungs- und Lebensgefühl zu entwickeln und zufriedener zu werden. Ihr Umfeld, insbesondere ihre Kinder, nahmen diese Wesensveränderung auch allmählich wahr. Frau Hausmann wurde flexibler und horchte in sich

hinein: „Was muss ich tun, um mich hier unbelastet zu fühlen?“ (vgl. R. Tausch & A.-M. Tausch 1979, S. 231). Ziel der Maßnahme war es, die „Gesundung“ der Tochter Sophie voranzutreiben. Dafür betrieb ihre Mutter diesen erziehungs- und beziehungspsychologischen Aufwand gern.

4.1.5 Erklärungsversuch der Familiensituation

Nach außen lernte Sophie in der Schule zielstrebig, zeitweise zurückhaltend, jedoch überwiegend sachlich. Zuhause zog sie sich zurück und versperrte allen den Zutritt zu ihrer inneren Welt. Sie wirkte abweisend gegenüber den anderen Familienmitgliedern. Es war erkennbar, dass sie Probleme hatte, so der Hausarzt. Sophies Gewicht galt als „grenzwertig niedrig“.

Während des stationären Aufenthalts in der Klinik wurde eine biographische Anamnese erstellt. Diese sagte nicht das Geringste über die innere Welt der Patientin aus, sondern galt ausschließlich der Erfragung von potenziell medizinisch relevanten Informationen. Die vormals gute Beziehung zwischen Mutter und Tochter, so Frau Hausmann, bestand nicht mehr. Welche Faktoren könnten für das ablehnende Verhalten verantwortlich gewesen sein?

Dieser Frage geht die Verfasserin im Folgenden nach. Dabei können ihrer Ansicht nach die Psychologen und Erziehungstherapeuten R. Tausch und A.-M. Tausch Auskunft geben. Diese vertreten in ihrem Buch „Erziehungspsychologie: Begegnung von Person zu Person“ die Auffassung, dass „die innere Welt nicht durch diagnostische Testverfahren verstanden“ werden kann, da die verallgemeinerten Merkmale nichts über die „innere Welt“ einer Person aussagen (vgl. R. Tausch & A.-M. Tausch 1979, S. 211). Menschen interpretieren und bewerten subjektiv, begründet auf Erfahrungen und erlerntem Verhalten. Diese dürfen nicht als „rational und objektiv“ bezeichnet werden, weil stets die eigenen Erfahrungen zugrunde liegen. Letztendlich entstehen innere Konflikte in jedem selbst. Besonders schwierig wird es, in scheinbar aussichtslosen Situationen das noch bestehende Gute und Positive zu erkennen. Die in scheinbar hoffnungslosen Situationen gedanklich hervorgerufenen möglichen Folgen

blockieren Menschen in ihrem Handeln und sind hinderlich, alternative Sichtweisen zuzulassen, so die einhellige Meinung aller auf diesem Gebiet tätigen Experten.

In der (Rest-)Familie Hausmann wurde diese Folgerung auch erkennbar. Frau Hausmann zog sich zurück, ließ ihrer Tochter mehr oder weniger „freie Hand“ in ihren Entscheidungen. Auch stellte sie dieselben nicht in Frage, wie z. B. der Umzug zum Vater und deren ablehnendes Schweigen.

Ein Ausschnitt aus dem Skype-Protokoll des Gesprächs mit der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin erklärt dazu:

„Mein Gefühl zu diesem Gespräch ist zwiespältig. Auf der einen Seite kann ich Frau Hausmann und ihre Meinung zur Vorgehensweise des Kindsvaters, der sich gar nicht um die magersüchtige Tochter kümmert, verstehen. Eine zweite Seite sagt: Hat sie vielleicht auch Recht damit?“

„Eine andere Stimme sagt: Alle Menschen um mich herum sagen, dass diese Vorgehensweise verständlich sei und ich solle mich in Bezug auf die Tochter zurückhalten. Ein Gefühl, das in mir aufsteigt, ist, dass ich wütend auf den Kindsvater bin, da er die Tochter Sophie dazu ermuntert hatte, Frau Hausmann direkt zu sagen, dass sie keine Therapie möchte, er das gut verstehen könne und das auch nicht wollen würde.“

Ein weiterer Ausschnitt aus dem Skype-Protokoll:

„Durch dieses Gespräch mit der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin kann ich keine Unterstützung mehr von meinem Mann erwarten.“

Weiter berichtet Mutter Hausmann zu den Problemen in der Familie und der Ehe:

„Ich berichtete von den Anfängen, als die Beziehung anfang zu bröckeln. Ein schleichender, unbewusster Prozess. Dann kam das Bewusstsein hinzu, da stimmt etwas nicht, die Ehe verläuft nicht so, wie ich sie mir vorstelle.“

Frau Hausmann weiß, dass sie an ihrem Selbstwertgefühl arbeiten muss:

„Ich habe viele gute Freunde, die mir gerade in den letzten Wochen sehr zur Seite standen und überwältigende Freundschaftsbekundungen an mich herangetragen haben. Ich habe eine pädagogisch wertvolle Stellung. Ich bin ein angesehenes, wichtiges Familienmitglied in meiner Familie und in der Familie meines Exmannes. Ich bin in der Lage, mir und anderen alle Gefühle zu erlauben, jedoch nicht jedes Verhalten.“

Frau Hausmann vermittelte nach außen, dass sie mit dem Umzug der Tochter zum Vater einverstanden war. Allerdings hatte diese Position nichts mit ihrer inneren Welt, ihren persönlichen Werten und Gefühlen zu tun. Sie fügte sich der Situation. Tausch & Tausch zeigen zu derartigen Mustern auf, dass Personen ihr Verhalten verändern, sobald sie gewisse „Positionen“ einnehmen (vgl. R. Tausch & A.-M. Tausch 1979, S. 98). So war Frau Hausmann in ihrer Arbeitswelt mit jungen Kindern und Kollegen scheinbar auch eine andere Person. Sie galt als Vorbild für Verantwortungsbewusstsein, sie wirkte strukturierend im Umgang mit anderen, nicht verängstigt oder zurückhaltend. Zuhause hingegen suchte sie nach dem „Sündenbock“, der für die Erkrankung der Tochter Sophie verantwortlich war.

Anfänglich war dieselbe Mutter einer Fehleranalyse verfallen. Ein schlechtes Gewissen machte sich in ihr breit und sie strebe eine Versöhnung mit Sophie an. Sie möchte ihre Erziehungskompetenz anbieten, die sie lange in Frage gestellt hatte: *„Ich gebe ihr Hilfestellung, ihr Leben in die Hand zu nehmen und eine reelle Chance wahrzunehmen, ein glückliches Leben zu führen.“* (39. Skype-Protokoll, 06.12.2015)

Der Kindsvater wirkte auf sie offener, verständnisvoll und bedürfnisorientiert.

Eltern verhalten sich oft in derselben Art, wie sie es auch von den Kindern erwarten. Aus pädagogischen und psychologischen Erkenntnissen weiß man jedoch auch, dass Eltern ihre Kinder aber auch häufig dirigieren, was

sich negativ auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirkt (vgl. R. Tausch & A.-M. Tausch 1979, S. 31).

Die Verfasserin stellt sich aufgrund dieser Erkenntnisse die Frage, ob sich Frau Hausmann als Mutter auch „dirigistisch“ verhielt und/oder ein Verhalten vorlebte, das sie auch von ihren Kindern auch erwartete. Diese Frage erscheint als wichtig, da

„Fakt ist, dass Menschen ihr Verhalten durch Wahrnehmung anderer erlebter sozialer, gefühlsmäßiger und intellektueller Verhaltensweisen beeinflussen und zeitweise verändern.“

Die Mutter hatte schon in ihrer Kindheit erlernt, Entscheidungen anderen zu überlassen und ihre eigene Meinung zu „umschreiben“, ggf. sich den gesellschaftlichen Normen anzupassen. Sie verhielt sich wie die in ihrer Kindheit erlebten traditionellen Rollenverteilungen in ihrer Herkunftsfamilie, in der die Frau, gleichzeitig Mutter, ihre volle Aufmerksamkeit auf die Familie und die Kindererziehung richtete. Der Vater war der Ernährer, der eine berufliche Karriere anstrebte und zu Hause kaum Erziehungsarbeit leistete.

Um allen heutigen gesellschaftlichen Wertevorstellungen gerecht zu werden und dabei sich selbst nicht zu vergessen, musste Frau Hausmann große Anstrengungen unternehmen.

Sie beschrieb sich in der Beziehung zu ihrem Vater bzw. in der Ehe als überangepasst. Sie stellte ihre Bedürfnisse zurück, um die „heile Welt“ innerhalb der Familie zu bewahren. In den ersten zehn Ehejahren waren sie beide als Eltern in engstem Kontakt zu ihren Kindern. Die Kinder erlebten das elterliche Verhalten untereinander sehr direkt. Auch das Verhalten der älteren Geschwister wurde einflussreich wahrgenommen. „Häufig sind Eltern ungünstige Wahrnehmungs-personen“, so Tausch & Tausch, da sie nach Auffassung der Verfasserin nicht objektiv und nicht immer gradlinig sind.

Und so fragt sich die Verfasserin: Welchen Einfluss nahm das „neue“ Selbstbewusstsein der Mutter auf die anorektische Tochter? Konnte die Tochter von einer veränderten durchsetzungsfähigen Mutter profitieren?

Vorläufig kann festgehalten werden, dass in dieser Familienkonstellation der Familie Hausmann die positiv gewonnene Lebenseinstellung der Mutter für die gesamte Familie, insbesondere für die Tochter Sophie, eine große Rolle spielte.

In Sophies Familie war eine Situation zwischen Mutter und Tochter entstanden, in der nicht einmal belanglose Kommunikation möglich war. Selbst belanglose Fragen verursachten Disharmonie und Streit.

Eine mögliche Interpretation könnte sein, dass beide, Mutter und Tochter, die Beziehung als nicht liebevoll, respektierend und vertrauensvoll erlebten. Die Tochter fühlte sich auch nicht verstanden; sie war vielleicht enttäuscht wegen des Unverständnisses auf Seiten der Mutter, ihre Tochter so lange nicht gesehen haben zu können. In einer positiven, d. h. sicher gebundenen Beziehung, hätte es diese Situation vielleicht gar nicht gegeben. In einer positiven Beziehungskonstellation wäre wahrscheinlich über diese Missstimmung kommuniziert worden. Zumindest einer der beiden hätte wohl versucht, diese Unstimmigkeit zu beseitigen.

Mutter und Tochter waren derzeit jedoch „in ihren inneren Welten gefangen“: Nachdenken, aufeinander zugehen und „einfach miteinander reden“ war wahrscheinlich von Angst vor Ablehnung und Missverständnissen begleitet. Mutter und Tochter konnten offensichtlich nicht auf die Sicherheit, die eine positive Beziehung mit gegenseitigem Respekt, Vertrauen und Rückhalt bot, zurückgreifen. Die Stabilität innerhalb der Beziehung schien nicht vorhanden gewesen zu sein.

Für Eltern und auch für Außenstehende sind manche familiären Werte- und Normvorstellungen sowie deren regelhafte Umsetzung nicht verständlich, weil sie in einem anderen Kontext groß geworden sind. Dennoch zeigen derartige interne Regelwerke Einfluss auf die familiäre Beziehungskonstellation. Die Veränderung einzelner Verhaltensweisen scheint schwer zu durchbrechen zu sein und benötigt offensichtlich Zeit.

In Bezug auf Familie Hausmann und dem Verhalten der Tochter wird gefolgert, dass die Beziehungen untereinander einzeln differenziert betrachtet werden müssen, um langfristig eine individuelle pädagogische Begleitung im Sinne des FKT zu erzielen.

Die Betroffenen mussten erst einmal lernen, die Wahrnehmungen der anderen zu akzeptieren und dann zu respektieren. Jeder einzelne erlebte individuell Gefühle wie Angst, Ärger oder Wut, empfing Signale und interpretierte sie. Die Tochter fühlte sich missverstanden und verraten, hauptsächlich von der Mutter (vgl. Bergmann, S. 43). Dieses Gefühl des Verratenseins durch ihre Mutter war zu betrachten, die die Tochter Sophie – dem eigenen Empfinden nach – an die Klinik „verraten“ hatte und somit folglich den stationären Aufenthalt verursachte.

Um Signale personengerecht zu verstehen bzw. zu deuten, ist Empathie von hoher Relevanz. Da bedürfniserfüllende = „positive“ und nicht erfüllende = „negative“ Gefühle individuell unterschiedlich bewertet werden, ist Mitfühlen von Seiten der „Verursacher“ von größter Bedeutung. Erst dann, wenn Eltern verständnisvoll, empathisch, aber auch klar gegenüber ihren Kindern auftreten, werden sie als „starke“ Elternpersönlichkeiten erlebt und können von Lebensbeginn an positive Beziehungen zu ihren Kindern aufbauen.

4.2 Familie Hausmann nach dem FKT: Zusammenfassung, Fazit und Ausblick

Was hat sich durch das Familienbasierte Kompetenz-Training aus Sicht der Familie Hausmann mit den geschiedenen Eltern und insbesondere im Erleben der Tochter Sophie verändert?

- Sophie besuchte nach wie vor die Frauenberatung für Einzelgespräche. Auch die Angebote der Selbsthilfegruppe nahm sie wahr.
- Sophie ließ die Aufnahme von Lebensmitteln zu, die sie vorher nicht gegessen hatte.
- Sophie suchte wieder Außenkontakte. So traf sie sich wieder öfter ihren Schulkameradinnen.
- Frau Hausmann konnte beobachten, dass Tochter Sophie ihr Ernährungsverhalten transparent machte.
- Das geschiedene Ehepaar lernte einen anderen Umgang mit der Erkrankung der Tochter und mit sich selbst. Im Gespräch

miteinander verwendeten sie andere Fragestellungen, woraus sich „andere“ Antworten ergaben. So unterhielten sie sich z. B. über Belangloses wie Termine und nicht über Erleben und Gefühle, z. B. wie sie bestimmte Situationen wahrgenommen und empfunden hatten.

In der Familie Hausmann waren bis dato ein paar der Vorschläge der Revitalisierung der Familienbeziehung aufgenommen und wurden nach gemeinsamer Erarbeitung in den Familienalltag integriert wie z. B. das wöchentliche Family Talk.

Es zeigte sich schon in den ersten Wochen der Zusammenarbeit im Rahmen des FKT ein leichter Aufwärtstrend in Richtung Verhaltensmodifikation. Selbst Tochter Sophie gab an, sich zunehmend „sicherer“ im Bereich der Nahrungsaufnahme zu fühlen. Dennoch ergaben sich auch Situationen, in denen Familienmitglieder sozial-emotional leicht „ins Wanken kamen“ oder „in alte Muster zurückfielen“.

In den Auswertungen einiger Fragebögen wurde deutlich, dass in der Familiensituation noch einiges an Trainingsbedarf bestand. Die Eltern Hausmann erkannten bei sich selbst den Bedarf an einem familienbasierten Training, den sie offenlegten und wodurch sie die Voraussetzung für die Weiterentwicklung ihrer Elternkompetenz schufen.

Tochter Sophie gab in der Mehrzahl der Fragebögen an, dass sie einen Veränderungsbedarf weniger an ihrer Umwelt, sondern vielmehr in sich selbst begründet sah. So sah sie von ihr erlebte „bedrückende Gefühle“ eher in ihrer Person begründet, als dass sie aus ihrem Umfeld herrührten. Sophie wollte ihre Selbstwahrnehmung stärken, ihre Resilienz fördern und ausbauen. Die Eltern Hausmann mussten sich zeitgleich dazu befähigen, ihre Tochter in diesen Zielen zu unterstützen. So war es für die Eltern wichtig, viel über sich selbst zu lernen, anderes miteinander umzugehen, anders zu kommunizieren, zu lernen, Gefühle zu benennen u.v.m.

Es galt weiterhin, die Beziehungsmuster zwischen Eltern und Tochter fortdauernd durch „Selbst-Training“ zu revitalisieren und zukünftig zu stabilisieren.

So empfiehlt sich stets im Familienbasierten Kompetenz-Training für anorektische Jugendliche, folgendes zu berücksichtigen:

- Familiärer Optimismus, z.B. Arbeitsblatt Familienwappen (Anlage 3)
- Lösungsorientiertheit, z.B. durch Problemlösestrategien
- Gemeinsam die Zukunft gestalten, z.B. Lebensziele definieren
- Beziehungen zueinander stabilisieren, z.B. gemeinsame Aktivitäten
- Gemeinsame Projekte aufbauen und regulieren
- Verantwortung übernehmen, z.B. Family Talk
- Sprache emotional positiv kontrollieren/regulieren, Gewaltfreie Kommunikation

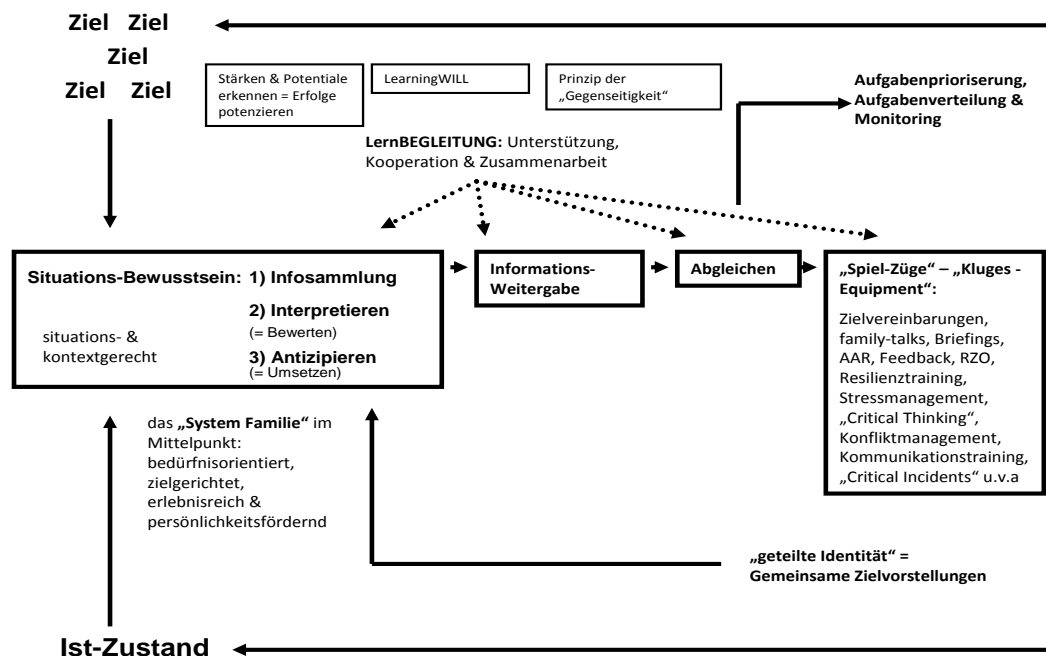


Abbildung 04: Zielstrategien im HPG der Familie Hausmann

Tochter Sophie wurde insgesamt über einen Zeitraum von vier Jahren von dem Trainerteam betreut. Ihre Familie nahm regelmäßig am Familienbasierten Kompetenz-Training in Nordhorn teil.

Es wurde in den Trainingseinheiten deutlich, dass Familie Hausmann bereits auf einem „guten Weg“ war und Verhaltensänderungen stattfanden. Die Familienmitglieder verhielten sich zunehmend sicher in ihren „Rollen“.

Sie lernten, diese mit entsprechendem Verhalten zu „füllen“. So wussten die Eltern nun um eine andere Art von Verantwortung gegenüber ihrer Tochter, indem sie sich zwar ihre Sorge um sie eingestanden, ihr jedoch einen

gebührenden Anteil an Verantwortung und Mitbestimmung übertragen. Sie lernten, „die Tochter ziehen zu lassen“.

Dasselbe Verhalten erfüllte ihrerseits die Tochter mit dem Wunsch nach Selbstverwirklichung, was den Eltern den inneren Druck nahm und ihnen die Möglichkeit eröffnete, sich selbst gewisse „Freiräume“ zu schaffen.

Im Rahmen des Familienbasierten Kompetenz-Trainings lernten die Familienmitglieder Strategien kennen und einzuüben, die sie im Familienalltag integrierten und wirksam umsetzten.

Die favorisierten Strategien galt es, zukünftig habituiert (gewohnheitsmäßig) anzuwenden, um die Familiendynamik langfristig wieder „in die richtigen Bahnen zu lenken“.

Die folgenden Trainingsinhalte waren für das Familienbasierte Kompetenz-Training bei diagnostizierter Anorexia nervosa (FKT) der Familie Hausmann bereitgestellt worden:

Familie Hausmann beim FKT am 31.10.2014

- Family Talk
- Zuhören statt Heraushören
- Richtig Kommunizieren – Paraphrasieren & Co
- Erziehung durch Beziehung
- Critical Thinking
- Eltern-Team-Effizienz
- Problemlösekonferenzen

Familie Hausmann beim FKT am 05.11.2014

- Gefühle & Kommunikation
- Frischlob
- Individuelle Zuwendung
- Fürsorglichkeit, Akzeptanz und Zeit

Familie Hausmann beim FKT am 07.12.2014

- AKTIOTOP = Prozesslob
- Ich-Botschaften
- Gewaltfreies Kommunizieren
- Stunde der Pygmäen = WER macht was bis WANN?
- Feedback & Feedforward

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Inhalte des Familienbasierten Kompetenz-Trainings:

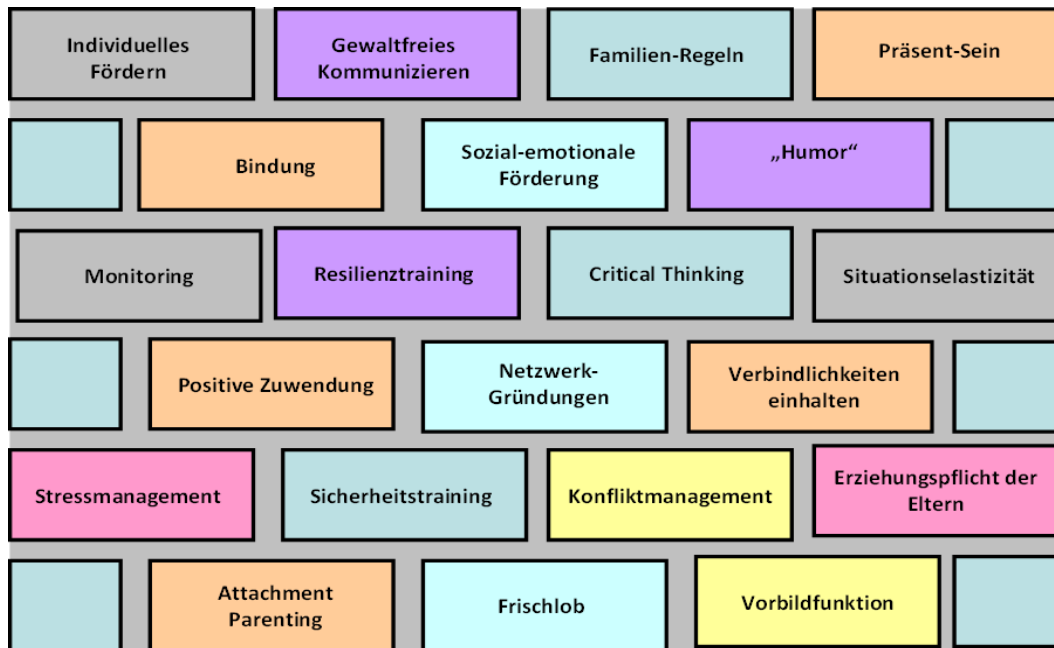


Abbildung 05: Trainingsmodule beim FKT aus dem „Methodenkoffer“ des Trainers für Familie Hausmann

Familie Hausmann steht stellvertretend auch für andere Familien, die ähnliche Erfahrungen mitgemacht haben. Aufgrund dieser Erfahrungen wurde das Familienbasierte Kompetenz-Training für diese Gruppe Jugendlicher konzipiert (vgl. Kap. 5-8).

III THEORIE, KONZEPTION, METHODIK

5. Trainingsansätze im Familienbasierten Kompetenz-Training

„Ich glaube daran, dass ein Mensch sich ändern kann, solange er lebt.“

Karen Horney; deutsch-amerikanische Psychoanalytikerin, (1885-1952)

In diesem Kapitel greift die Verfasserin die vorgestellten Grundgedanken bzw. Empfehlungen der qualitativen Fallanalysen aus Kap. 4 auf und verarbeitet sie in Konzept und Methodik für das angewandte „Familienbasierte Kompetenz-Training“. Es wurde hinreichend empfohlen, dass „Positive Psychologie“, positive Gefühle, soziales Kompetenztraining, Lernen, Kommunikation wichtige Rollen spielen in der Intervention in der Gruppe der Jugendlichen.

Aus diesem Grunde werden sie hier noch einmal ausführlich dargestellt.

In den Kapiteln 2 bis 4 wurde erläutert, dass Familie bzw. Familiendynamik ein bedeutsamer Einflussfaktor auf jugendliches Verhalten ist. Während bisher von der Verfasserin darauf eingegangen wurde, wie und unter welchen Umständen Erziehungs-, Kommunikations- und Interaktionsverhalten in Familien mit Jugendlichen Anorexia nervosa auslösen bzw. aufrechterhalten, befasst sich dieses Kapitel mit der Rolle von Familien in der Entwicklung kompetenten Verhaltens Jugendlicher. Gerade die Familie Hausmann mit Tochter Sophie gab zu erkennen, dass es bei ihnen – nach Ansicht der Verfasserin – noch zu Erlernendes gab.

5.1 Die Rolle der Familie

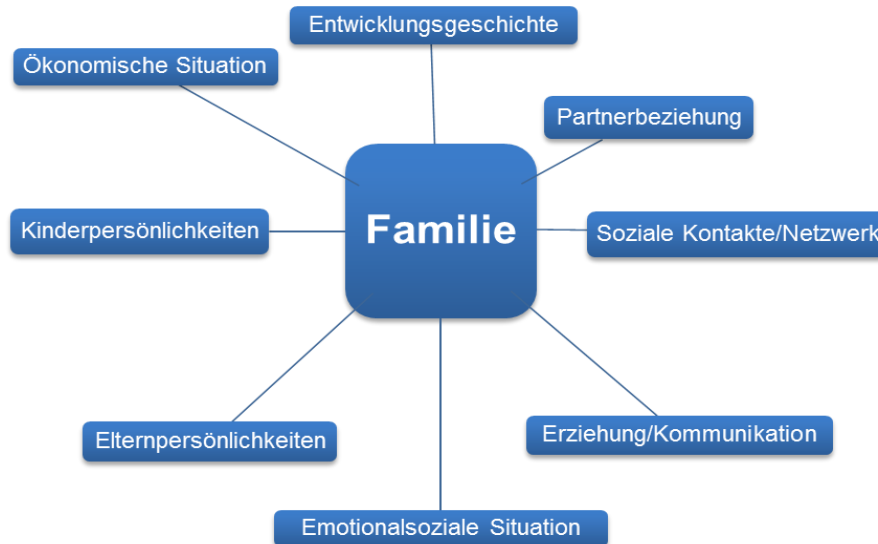


Abbildung 06: Modell der Einflussfaktoren auf die Familie (A. Hölscher in Anlehnung an Belsky 1984, Schwerwind 1999, Noltenlenge 2011)

Nach der industriellen Revolution veränderte sich das Familiengefüge in westlichen Ländern. Es gab die Entwicklung hin zu Kleinfamilien. Der Zusammenhalt innerhalb der Familien nahm ab.

Dem System Familie sind heute viele Faktoren ausgesetzt (s. obige Abbildung 07).

Heute leben Familienmitglieder nicht mehr in Großfamilien, sondern in Ein- oder Zwei-Familien-Haushalten. Dadurch ist der Fokus mehr auf die Einzelperson denn auf Familie gerichtet: Individualität vor Kollektivität (vgl. Kap. 1.7.3).

In anderen Kulturen und Ländern ist die kulturelle Prägung anders.

In Deutschland: „Wie geht es dir?“

Im Orient: „Wie geht es der Familie?“

Dr. med. Nossrat Peseschkian, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, stellt mit diesem Begrüßungsritual die unterschiedliche Schwerpunktsetzung der eigenen Identität bzw. die Stellung der Identität in der Familie dar.

Unabhängig der kulturell bedingten Verhaltensweisen ist das Gemeinsame in Familien für ihn eine uneingeschränkte Verbundenheit aller Mitglieder: Familie als ein Ort der Zugehörigkeit und Verbindung, wenn auch zeitweise nicht für alle erkennbar – ein Leben lang. Sie gilt, so Peseschkian, als unersetzlich und bildet die existenzielle Grunderfahrung für jeden Einzelnen. Zudem behauptet er, dass durch sein „Differenzierungsanalytisches Inventar“ (kurz: DAI) es möglich wäre, jede psychische Krankheit (wie gesagt: jede!) unter dem Gesichtspunkt zu entschlüsseln, wo der Konfliktherd sitzt, und auch, an welchen „positiven“ Verhaltensanteilen die Therapie anzusetzen hätte.

Dieser Ansatz war auch erforderlich für den Trainingsansatz mit Hilfe der „Positiven Psychologie“ (vgl. Kap. 5.4).

„Je mehr wir über unsere Familie wissen, desto mehr wissen wir über uns selbst, und desto mehr Freiheit haben wir zu bestimmen, wie wir leben wollen. Auch die schlimmsten und schmerzlichsten Familienerfahrungen – Alkoholabhängigkeit, sexueller Missbrauch, Selbstmord – sind Teil unserer gewordenen Identität.“

(vgl. McGoldrick, 2013, S. 13)

Zum Verständnis geht die Verfasserin an dieser Stelle auf die Definition von Familie ein, um deutlich zu machen, dass diese Form der Lebensgemeinschaft nicht selbst gewählt ist, sondern man in sie „hineingeboren“ wurde.

„Familie“ wird als eine Lebensgemeinschaft gesehen, die durch Partnerschaft, Heirat oder Abstammung entstehen kann. Soziologisch betrachtet besteht im europäischen Kulturkreis diese Lebensgemeinschaft meist aus Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und Kindern“.

(Hill & Kopp 2005; Peukert 2004; vgl. N. Kluge 2011, S. 28)

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist in Deutschland seit den 1960er Jahren die Zahl der „klassischen Familien“, Kernfamilien und Großfamilien zurückgegangen. So sank die Zahl der Haushalte mit drei oder mehr Generationen in Deutschland zwischen 1995 und 2015 von 351 000 auf 209 000. Das entspricht einem Rückgang von 40,5 %. Von 1995 bis 2015 sank die Zahl der Haushalte, in denen die mittlere Generation mit ledigen Kindern lebte um (– 13,9 %), von 12,8 Millionen auf 11,0 Millionen (Bundesamt für Statistik 2018). Die Begründung wird mit sinkenden Geburtenzahlen, Rückgang an Eheschließungen, steigender Anzahl an Scheidungen und einem Wertewandel gegeben. Dazu kommen alternative Lebensformen, wie z. B. Stief-Familien, Alleinerziehenden-Haushalte, nicht eheliche Lebensgemeinschaften, „Regenbogenfamilien“ und Pflegefamilien. Auch Familie Hausmann lebte getrennt; es gab zwei „kleine Familieneinheiten“ (vgl. Kap. 4).

Als Konsequenz dieser Befunde bzw. allumfassend wird „Familie“ im Folgenden als eine Beziehungsgemeinschaft definiert, die sich aus Erziehungsberechtigten und abhängigen Kindern bzw. Jugendlichen zusammensetzt.

Unter Berücksichtigung der diversen Veröffentlichungen zum Verhalten anorektischer Jugendlicher muss aus Sicht der Verfasserin die gesamte Lebenssituation analysiert werden, wenn man der Krankheitsproblematik gerecht werden will. Eine wichtige Rolle nimmt dabei die Familie der Betroffenen ein. Virginia Satirs „Familienbehandlung – Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie“ erklärt, wie das System Familie agiert. Familie stellt nach Satirs die erste, prägendste und nachhaltigste Gemeinschaft im Leben eines jeden Kindes dar. Diese Einheit agiert u.a. interaktiv: Wenn ein Familienmitglied leidet, fühlen andere Familienmitglieder das Leiden des anderen mit.

Nicht nur die Lebenssituation des Betroffenen ist nach Satirs zu überprüfen, sondern auch die der anderen Familienangehörigen. Diese Aussage beinhaltet ein enges, engagiertes und interdisziplinäres Zusammenarbeiten im Umgang mit anorektischen Jugendlichen: Welche

Ernährungsvorstellungen leben betroffene Jugendliche und welche ihre Eltern? Bieten sich Chancen, diese zu verändern – und welche pädagogische Vielfalt muss seitens der Eltern und Trainer entwickelt werden, um Nachhaltiges zu erzielen?

Ein weiterer Aspekt ist die Beziehung der Familienmitglieder zueinander. Eine bedeutende Rolle übernimmt die Familie durch erlebte Gefühle wie Liebe, Geborgenheit, Vertrauen und Kommunikation im Leben eines Heranwachsenden. Diese Stützpfiler bleiben ein Leben lang Bestandteil einer liebevollen Beziehung zwischen den Familienmitgliedern und sind prägend für den weiteren Lebenslauf.

Familien bilden nicht nur einen Lebensmittelpunkt, sondern geben Heranwachsenden auch die Möglichkeit, Erlerntes kritisch zu hinterfragen und die eigene Identität zu entwickeln. Einige reagieren mit typischer Gegenwehr und rebellieren gegen alle gesellschaftlichen und/oder elterlichen Vorschriften und Regeln. Andere können ihre Wut und ihren Unmut über eigene interpretierte Gefühle nicht anders äußern, als sich und den eigenen Körper zu bestrafen. Jugendliche mit Anorexia nervosa, wie Tochter Sophie (vgl. Kap. 4), demonstrieren mit extremen und teilweise lebensbedrohlichen Gewichtsverlusten ihre Verletzung nach außen und üben gleichzeitig Kontrolle über ihr Körpergewicht aus. Die Betroffenen scheinen eine unsichtbare Mauer aufzubauen, hinter der sie Schutz finden. Gleichzeitig zeigen sie ihre emotionale Hilflosigkeit und Verletzlichkeit durch ihre Erkrankung, lassen Interpretationen zu.

Erst wenn äußerlich Veränderungen bei den als anorektisch geltenden Jugendlichen messbar werden, entsteht Alarm in Familien.

Die Betroffenen und andere Familienangehörige werden aktiv und suchen nach (Therapie-)Ansätzen, um schnellstmöglich jenen bisher erlebten „Normalzustand“ herzustellen.

Entwicklung von familiären Zugehörigkeitsgefühlen

Das Lernen von Familienzugehörigkeit, Vertrauen zu Familienmitgliedern sollen in dem Familienbasierten Kompetenz-Training für Jugendliche mit diagnostischer Anorexia nervosa feste Bestandteile werden. Eine Übung ist

z. B. das gemeinsame Entwerfen eines Familienwappens und das wöchentliche FamilyTalk sowie auch Dokumentationen durch Fragebögen.

5.2 Die Rolle der Sozialkompetenz

Im Folgenden wird das Phänomen „Soziale Kompetenz“ näher erläutert:

„Soziale Kompetenz wird definiert als die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen“

(vgl. i.S.v. Hinsch & Pfingsten 2007; vgl. N. Kluge, 2011, S. 35).

Soziale Kompetenz bedeutet auch,

„eigene Ziele zu erreichen und dabei positive Beziehungen, über die Zeit und verschiedene Situationen hinweg, aufrechtzuerhalten und auch auf der Grundannahme, dass soziale Kompetenz lern- bzw. trainierbar ist“

(vgl. Marees & Petermann 2009, S. 245; vgl. N. Kluge, 2011, S. 35).

Das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa greift die Bedeutung von „Sozialer Kompetenz“ im Konzept auf.

Experten wie Monika Wertfein (2007) gehen davon aus, dass Kinder und Jugendliche dann soziale Kompetenz ausdrücken, wenn sie „konstruktive Bewältigungsstrategien anwenden, ihr Verhalten flexibel an neue Situationen anpassen können und aufgrund guter Emotionsregulation und geringer Erregbarkeit wenig negative Emotionen äußern“ (vgl. Wertfein, 2007, S. 5). So sollen sie über ein „Repertoire internaler Regulationsstrategien“ verfügen (vgl. Petermann & Wiedebusch 2003, S. 56; N. Kluge 2011, S. 35) Eine wichtige Rolle spielt, unangenehme Situationen wie beispielsweise Stress mit Eltern oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper zu bewältigen.

Jugendliche mit Anorexia nervosa verfügen oft nicht über soziale Kontakte (vgl. Kap. 4 am Beispiel Sophie); sie schließen sich auch deshalb einer anonymen Chatgruppe wie „Pro Ana“ an, um dazuzugehören und akzeptiert

zu werden. Sie haben das Gefühl, in eigenen Einstellungen, Wertorientierungen bzw. Handlungszielen anerkannt und respektiert zu werden bzw. Freundschaften zu schließen und zu halten.

In zahlreichen klinischen und theoretischen Studien zu Anorexia nervosa bei Jugendlichen werden oftmals Scham und Angst beobachtet (vgl. Kap. 1 und 4). Häufig wenden sie deshalb aus Angst, Gefühle zu zeigen, sehr zwanghafte und kontrollierbare Methoden – auch gegen sich selbst – an, um nicht von unangenehmen Gefühlen geleitet zu werden.

"Essgestörte Patientinnen werden häufig als schüchtern, zurückgezogen, sozial gehemmt wahrgenommen".

Grabhorn, (1992)

So sollen Schamgefühle als ein emotionales Leitsymptom der sozialen Angst bei anorektischen ,Patienten gewertet werden (Grabhorn, Overbeck, 2005).

Entwicklung sozialer Fertigkeiten

Soziales Lernen und Kompetenzbildung beginnt in den ersten Lebensjahren und setzt sich während der gesamten Entwicklung bis hin zum Einsetzen ins Erwachsenenalter fort. Im jugendlichen Alter sollten z. B. Fähigkeiten entwickelt sein, mit den eigenen Gefühlen sowie mit Gefühlen anderer effektiv und umsichtig umzugehen. Näheres dazu findet sich weiter unten in diesem Kapitel.

Bereits Neugeborene bringen Voraussetzungen für das soziale Lernen mit, weil sie von Geburt an soziale und sozial aktive Wesen sind (vgl. Schmidt-Denter 2005, S. 1).

Die Entwicklungsaufgabe während des zweiten und dritten Lebensjahres besteht für Kinder in der Entdeckung der eigenen Person und der Erkenntnis, dass andere Menschen andere Gedanken, Wünsche und Empfindungen haben können. Dies geht einher mit der sprachlichen Entwicklung und lässt sich an dem wachsenden Wortschatz des Kindes, d. h. dem Erlernen und Anwenden sozialer Worte wie „alle“, „ich“, „wir“ (vgl. Roux 2008, S. 2), erkennen (vgl. N. Kluge, 2011, S. 36).

„Sobald Kinder erkennen, in welchen Situationen welche Gefühle bei ihnen selbst ausgelöst werden, entwickeln sie zunehmend auch ein Verständnis für die Emotionen anderer“ (vgl. Wertfein 2007; S. 2 vgl. N. Kluge, 2011, S. 36).

„Diese Empathie-Fähigkeit ist mit der Entwicklung sozialer Verhaltensweisen und Kompetenzen verbunden. Zunächst werden dabei eigene und fremde Gefühle „vermischt“ erlebt (2.-4. Lebensjahr)“. „Ab dem 4.-6. Lebensjahr lernt das Kind dann, zwischen eigenen und fremden Gefühlen zu differenzieren und demonstriert pro-soziales Verhalten auch aus der Sicht des Gegenübers“

(Hoffmann 2000, vgl. N. Kluge 2011, S. 36).

„Mit Kindertageeintritt treten bei Kindern vor allem Veränderungen in Beziehungen mit seinen Mitmenschen in den Vordergrund. Zum einen muss das Kind lernen, sich zeitweilig von seinen primären Bezugspersonen wie Vater und Mutter zu trennen. Zum anderen hat es die soziale Aufgabe, sein Beziehungsdenken bzw. -verhalten zu erweitern und muss sich an soziale Systeme und Regeln anpassen bzw. sich in einem neuen Umfeld und mit neuen Personen zurechtfinden“ (vgl. Mähler 2007, S. 170; vgl. N. Kluge 2011, S. 37).

Für die Verfasserin ist es besonders wichtig, Jugendliche bei der sozialen Entwicklung, verbunden mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen, zu unterstützen. Jugendliche sollen lernen auch mit Misserfolgen und schwierigen belastenden Situationen fertig zu werden, z. B. Scheidung der Eltern. Zudem sollen anorektische Jugendliche lernen, ihre eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen (vgl. Jahnke 2007, S. 347f). In der Familie Hausmann war es für die Tochter Sophie sehr wichtig, diese Fertigkeiten zu erlernen. Diese Vorgehensweise findet deshalb beim Training FKT starke Berücksichtigung.

5.3 Die Rolle der „Positiven Psychologie“ – Glücksfaktor

Die Glücks-Formel lautet:

$G = V + L + W$, d. h. *Glück = Vererbung + Lebensumstände + Wille*

Martin Seligman, (2005)

Seligman sagt, dass man gegen Vererbung wenig tun kann, auch kann man Lebensumstände oft nicht beeinflussen, wohl aber den eigenen Willen, der seiner Ansicht nach ein lebensbejahender Faktor ist.

So behauptet er, dass Optimismus trainiert werden kann, indem negatives Vergangenes in positives Hoffnungsvolles umgewandelt werden kann. Zudem behauptet er, aufgrund von durchgeführten Studien (mit Novizinnen), dass Optimisten länger leben.

„Optimisten leben im Durchschnitt und im Vergleich zu den Pessimisten 19 Prozent länger als ihre prognostizierte Lebenserwartung.“

Martin Seligman, in „Der Glücksfaktor“, (2005) ⁵

Ein beachtenswerter Punkt in der Positiven Psychologie ist für Seligman die Belohnung. Hier unterscheidet er Vergnügen als schnell vergänglich und als passiv (z. B. fernsehen, Eis essen gehen). Belohnung hingegen bedeutet positive Anstrengung, um etwas zu erreichen z.B. durch Sport, Hobby. Einen solchen Zustand bezeichnet er als „FLOW“. Flow beeinflusst auch positiv das Selbstwertbewusstsein (M. Seligman, Der Glücksfaktor, 2005, S. 174).

„Es sind die Hoch-Flow-Kids, die es bis zur Universität schaffen, die tiefere Bindungen zu Menschen und Gesellschaft haben und später im Leben erfolgreicher sind.“

Martin Seligman, in „Der Glücksfaktor“, (2005)

Steht jetzt die Frage im Raum:

⁵ Aus dem Englischen von Siegfried Bockert, 2005, Bastei Lübbe. Englische Originalausgabe: Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment (2002)

Wie kann man anorektische Jugendliche in den Glückszustand verhelfen? „Anstrengungen“ bedurfte es mit dem „Abnehmen“ schließlich genug. Wie kann ihnen vermittelt werden, dass negative Erlebnisse der Vergangenheit in positive umgewandelt werden können.

„Positive Psychologie“ ist ein Begriff des 21. Jahrhunderts und ist inhaltlich wichtig bei dem Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa. Bei der Anorexia nervosa fehlen oft positive Gefühle, auch im Sinne von gesundem Selbstwertgefühl. Die Positive Psychologie berücksichtigt genau diese Defizite. Deshalb ist sie fundamental wichtig für das Familienbasierte Kompetenz-Training.

Positive Psychologie ist keine neue Erfindung unsere Zeit, sondern aus Sicht von Brockert allenfalls ein Paradigmenwechsel. Positive Psychologie beschäftigt sich überwiegend mit den Stärken einer Person und konzentriert sich nicht ausschließlich auf die negativen Seiten der menschlichen Persönlichkeit (vgl. Kap. 5.8 Resilienz). Positive Psychologie heißt für Siegfried Brockert, „die Menschen bei ihren Stärken zu packen“ (Brockert, 2001).

Seit etwa dem 20. Jahrhundert gewinnt der Bereich der Positiven Psychologie immer mehr an Bedeutung. Wissenschaftlich betrachtet gibt es derzeit ausreichend empirische Werte darüber, welche Auswirkungen negative Emotionen auf die Psyche des Menschen haben und welche körperlichen Beeinträchtigungen das mit sich bringt. Anorektische Jugendliche und deren Familien beherrschen diese positive Sichtweise häufig nicht. Im Familienbasierten Kompetenz-Training ist Positive Psychologie deshalb die Basis für die Intervention.

Die Frage nach dem Sinn des Lebens wird erfahrungsgemäß individuell beantwortet. Als oberstes Ziel gilt, die innere Zufriedenheit zu spüren und vor allem Glückserleben zu finden. Innere Zufriedenheit wird für jeden unterschiedlich erreicht; sie ist jedoch in Zahlen nicht zu erfassen. Viele orientieren sich auf der Suche danach an den eigenen Leistungen, z. B. „was habe ich erreicht im Leben“ oder „wo möchte ich hin“. Dabei vergleichen sie

sich mit anderen. Problematisch gestaltet sich diese Art der Suche, wenn die Ziele zu hoch gesteckt werden, was fast unweigerlich negative Gedanken und Gefühle mit sich bringt und eher einen Zustand der Unzufriedenheit auslöst. Aber wie gelangen wir zu einem Glückszustand und innerer Zufriedenheit?

Im Falle von Jugendlichen mit diagnostizierter Anorexia nervosa ist das Ziel sehr oft zu hoch gesteckt und viele suchen nach dem „Sinn des Lebens“. Die Verfasserin kann diese, anhand von Gesprächen im FKT Training, nur bestätigen.

Anorektische Jugendliche müssen lernen, Kompromisse einzugehen, Möglichkeiten und Chancen ergreifen, um inneres Glück zu erreichen. Dabei dürfen negative Gedanken nicht über sie Macht gewinnen.

Negative Situationen könnten für Anorektiker sein, an Gewicht zuzunehmen. Diese negativen Gedanken in ihren Köpfen können sich wie Windmühlen drehen und immer wieder den Kreislauf der Anorexia nervosa in Gang setzen. Dieser Zirkel schränkt sie ein und lässt sie regelrecht erstarren.

Ben Furmann hat in seinem Buch „Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben“ darüber publiziert. Selbst sehr belastende Lebensereignisse in der Kindheit und Jugendzeit wie Anorexia nervosa können durch Übungen aufgebrochen werden.

In Bezug auf „Positiven Affekt“ konnten Studien zeigen, dass die Ausgeglichenheit zwischen positiven und negativen Gefühlen bzw. Gemütsbewegungen als Ausdruck mentaler Gesundheit gelten (vgl. Diener, Sandvik & Pavot, 1991, S.119f). Traditionelle Psychologie, im Vergleich zur Positiven Psychologie, beschäftigt sich hauptsächlich mit den Auswirkungen negativer Emotionen und Verhaltensweisen, z. B. mit der Behandlung von Essstörungen.

Genauso wichtig wie die Verminderung von negativen Emotionen und Verhaltensweisen ist jedoch auch der Aufbau von Positivem. Allgemein wird angenommen, dass Erfolg zu positiven Emotionen führt. Positive Emotionen können aber genauso zum Erfolg führen.

Studien zeigen, dass positive Gefühle, wie z. B. glücklich zu sein, Erfolg bestimmen. Zum Beispiel stellten Forschungsstudien (vgl. Kadshan & Roberts,

2004, S. 119f; vgl. Frederickson, 2004) fest, dass Menschen, die sich selbst als glücklich beschreiben und ein hohes Ausmaß an positiven Gefühlen haben, als sozial attraktiver gelten. Als sozial attraktiv zu gelten ist besonders für Jugendliche wichtig, da in Peergroups das Äußere eines jeden einzeln eine große Rolle spielt. Mangelndes Selbstwertgefühl und eine negative eigene Einschätzung ist oftmals der Grund für übermäßiges Hungern der Jugendlichen und der Beginn einer Essstörung.

Diese Studien weisen auf einen wichtigen Kreislauf hin: So wurde z. B. festgestellt, dass Jugendliche, die oft in positiven Interaktionen involviert sind, eher ihre sozialen, intellektuellen bzw. psychischen Ressourcen vermehren als andere Jugendliche (vgl. Frederickson, 1998, S. 300f). Empirische Studien konnten eindeutig belegen, dass positive Emotionen eine der wichtigsten Variablen sind, die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu fördern inklusive psycho-sozialem Verhalten (Isen et al., 1973; vgl. Kenrick et al., 1979, S. 747f).

„Wenn wir aber uns nur mit negativen Situationen befassen, können wir unser Bewusstsein nicht ausweiten. Wir müssen ebenso, die andere Seite der Medaille‘ lokalisieren bzw. erkennen, um die Kraft der positiven Gefühle und ihre Stärken zu nutzen.“

(i.S.v. Karl-J. Kluge)

Übungen zur Entwicklung „Positiver Psychologie“

„Gestern ist vorbei. Morgen ist noch nicht gekommen.

Wir haben heute.“

Weisheit von Mutter Theresa, Ordensschwester (1910-1997)

Es gibt eine Vielzahl von Übungen aus der „Lebensrückblicktherapie“.

Einige Übungen, die bei Familienbasierten Kompetenz-Training eingebunden werden sollen, sind:

- Belastendes aus der Vergangenheit benennen und in eine „schwarze Cloud“ packen. Hier sind sie gesichert und geschützt. Wichtig ist, nicht zu lange im Vergangenen harren, sondern lieber dann ressourcenorientierte Quellen suchen.

- Einen Brief an einen besten Freund schreiben. Dabei wird das Belastende der Vergangenheit kurz erwähnt und dann die jetzige positive Zeit aufgeführt.
- Eine Tabelle aufschreiben zu: Was hat mir geholfen, schwierige Situationen zu bewältigen? Welche eigenen Fähigkeiten waren dabei wichtig?

5.4 Die Rolle der „Positiven Gefühle“

„Positive Emotionen öffnen unsere Herzen und unseren Geist, so dass wir empfänglicher und kreativer werden. Eine positive Lebenseinstellung macht uns zu besseren Menschen. Indem wir unsere Herzen und unseren Geist öffnen, können wir neue Fähigkeiten, neue Bande, neues Wissen und neue Möglichkeiten unseres Seins entdecken, ausloten und aufbauen. Auf Negatives stoßen wir im Leben von selbst. Deine Aufgabe besteht deshalb darin, das Positive zu erschaffen.“

(Barbara Fredrickson in „Die Macht der guten Gefühle“, 2009)

In diesem Zitat stehen Glück, Optimismus und vor allem die Macht der guten Gefühle im Vordergrund. Sie schreibt, dass Gefühle auch aus positiven Emotionen entstehen können. Dabei scheint die Art und Weise, wie Ereignisse interpretiert werden, von Bedeutung zu sein. „Das Gute“ wahrzunehmen und bereit zu sein, dafür zu sorgen, dass es wächst und gedeiht, gilt als sehr bedeutsam für anorektische Jugendliche und deren Familien.

Wissenschaft befasst sich zunehmend mit der Frage nach der Wirkung von Gefühlen. Als negativ bewertete Emotionen wie Depressionen, Aggressionen können objektive Sichtweise extrem einschränken und könnte so die Lebensqualität vermindert, vermutet die Verfasserin.

In vielen Familien sind positive Gefühle „Mangelware“ und es dominieren negative Gefühle wie Wut, Zorn, Angst und Sorge. Im Beispiel von Familie Hausmann mit der anorektischen Tochter Sophie dominieren oft die negativen Gefühle und Erfahrungen. Dadurch verliert die ganze Familie nach Auffassung der Verfasserin an Lebensqualität, Freude und Heiterkeit (vgl. Kap. 4).

Über Gefühle wird nicht gern gesprochen und schon gar nicht öffentlich. Warum aber werden Gefühle zum Tabuthema? Die Verfasserin vermutet nach Studien von Grabhorn und Overbeck einen Zusammenhang zu gefühlten Ängsten (Grabhorn, Overbeck, 2005). In jeder Situation werden Gefühle durch bestimmte Verhaltensweisen erfahren. Wie sind die Gefühle bei anorektischen

Jugendlichen? Wie gehen sie mit ihren Gefühlen und Sorgen um? Wie geht die Tochter Sophie mit ihren Gefühlen, Ängsten und Emotionen um?

Martin Seligman beschreibt in „Flourish“ die Abhängigkeit der Bestimmung von positiven Gefühlen einer Person bezüglich deren subjektiv gedeuteten Erfahrungen. Das heißt, dass positive Gefühle eine subjektive Komponente aufweisen und unterschiedliche Auswirkungen auf den Einzelnen haben (vgl. Seligman, 2011, S. 46). Seligman spricht von „Subjektivität“, was verdeutlicht, dass positive oder negative Gefühle sehr individuell erlebt werden, da die Interpretation und deren erlebte Wirklichkeit abhängig sind von ehemals gemachten Erfahrungen des Individuums. Subjektive Empfindungen liegen bei jedem selbst, denn „was wir fühlen, ist nicht anzuzweifeln“ (vgl. Seligman 2011, S. 35ff).

Da Eltern, beabsichtigt oder unbeabsichtigt, die Grundsteine in der Erziehung ihrer Kinder legen, müssten sie eine zukunftsorientierte und positive Grundhaltung einbringen und vorleben. Alle Berührungen und Gesten werden von Kindern aufgesogen wie ein Schwamm. Problematiken innerhalb der Familie entstehen aus Unsicherheiten und wirkungslosen Botschaften und sind das Ergebnis von Kommunikation mit wenig Einfühlungsvermögen. Erst durch die eigene positive Grundhaltung der Eltern kann bei Kindern ein bedürfnisorientiertes Gefühl und eine positive Grundhaltung erzielt werden (vgl. B. Frederickson, 2009 S. 22ff).

positives als auch negatives Gefühlsleben bestimmt unser Verhalten nachhaltig in jeder erdenklichen Hinsicht.

Es gibt immer noch einen großen und wachsenden Anteil an Menschen, die durch ihre negativen Gedanken und Gefühle gehindert werden, ein zufriedenes und glückliches Leben zu leben. Es werden Therapien durchgeführt und medikamentöse Maßnahmen ergriffen, um Menschen zu helfen, ihr Leben wieder in geordnete Bahnen zu bringen. Dies vermindert zwar meist kurzfristig die Symptome, aber bei einkehrendem Alltag sind die Probleme wieder allgegenwärtig, siehe Familie Hausmann.

Dabei werden Gefühle wie Liebe, Zusammengehörigkeit und Freude außer Acht gelassen, weil die Wirkung und der Nutzen für viele Menschen wahrscheinlich in Vergessenheit geraten sind. Die Verfasserin vermutet, dass gerade bedürfniserfüllende Gefühle dem Menschen Wohlbefinden verleihen kann, was folglich zu einer optimistischen Lebenseinstellung beiträgt und langfristig zu einem erfüllten Leben führt.

Barbara Frederickson entwickelt in ihrem Buch „Die Macht der guten Gefühle“ das System Perspektivwechsel, um eine Antwort auf die wissenschaftlich häufig vernachlässigte Sichtweise „Wozu sind positive Gefühle gut?“ (vgl. Frederickson, 2009, S. 33) zu erlernen und anzuwenden: „Positive Emotionen öffnen unsere Herzen und unseren Geist, so dass wir empfänglicher und kreativer werden“ (vgl. Frederickson, 2009, S. 36).

Martin Seligman, der Begründer der Positiven Psychologie, betont: „Es ist nicht Aufgabe der Positiven Psychologie, den Menschen vorzuschreiben, was sie tun sollen, um Wohlbefinden zu erlangen, sondern zu beschreiben, was sie zu diesem Zweck tatsächlich tun können“ (vgl. Seligman, 2011 S. 33). In dieser Begründung kommt zum Ausdruck, dass Wohlbefinden erreicht wird, wenn aus freier Entscheidung gehandelt wird, ohne auf Erwartungsdruck zu reagieren. Die Familie Hausmann hatte, nach Ansicht der Verfasserin, sehr hohe Erwartungen an die Klinik bei der Einweisung der Tochter und einen hohen Erwartungsdruck an die anorektische Tochter zur Gesundung. In diesem Fall wurden die Erwartungen nicht erfüllt und es machten sich Kummer und Sorgen in der Familie Hausmann breit (s Kap. 4).

Doch welche Momente verschaffen Wohlbefinden oder innere Zufriedenheit? Diese Zustände sind aus Sicht der Verfasserin erstrebenswert bei anorektischen Jugendlichen, weil dies einer Gesundung förderlich ist.

Außerdem sind sie ebenso ein wichtiger Bestandteil im Familienbasierten Kompetenz-Training, z.B. im „Positiven GlücksJournal“ (s. Anlage 1).

Glückliche Menschen beschreiben sich selbst als sozial kompetent und werden auch von anderen so bewertet (Isen 1999). Glückliche Menschen haben Freunde, erfahren von anderen Hilfe und Unterstützung (vgl. Salovey et al. 2000, S. 110f): „Positive Affekte laden durch Gestik und Mimik wie Lächeln

oder Lachen andere zur positiven sozialen Interaktion ein. Sich glücklich erleben führt außerdem zur Entwicklung effektiver Bewältigungsstrategien“ (vgl. Lyubomirsky et al. 2005, S. 803f, vgl. N. Kluge 2011, S. 49). Und die Entwicklung effektiver Bewältigungsstrategien ist nach Annahme der Verfasserin für Anorexia nervosa anzustreben.

„In Familie und Freundschaft führen Gefühle von Glück und Äußerungen in Verhalten und Sprache zu erfolgreichen sozialen Beziehungen“ (vgl. Frijda & Mesquita 1994, S. 51f; Keltner & Kring 1998, S. 320; Ruch 1993; vgl. N. Kluge 2011, S. 49).

Im Leben der Familie Hausmann sind die bedeutsamen ersten Lebensmonate der Tochter Sophie, nach eigenen Angaben, nicht optimal verlaufen. Schon die Geburt und die ersten Lebensmonate waren nach eigenen Angaben weniger mit Freude verbunden, Schwierigkeiten und Probleme dominierten die Situation. Die erste Zeit mit einem Kind ist für jede Familie anstrengend und ist mit Veränderungen verbunden. Schwierigkeiten entwickeln sich in der Regel durch nicht unbefriedigte Wünsche und durch eine Erwartungshaltung, die nicht erfüllt wurde (s. Familie Hausmann nach dem Klinikaufenthalt der Tochter Sophie).

Jede Gefühlsregung der Mutter wird vom Säugling registriert. Untersuchungen belegen, dass die erlebten Gefühle einer Mutter bereits in der Schwangerschaft vom Kind wahrgenommen werden. Der Säugling nimmt die Gefühle der Mutter wahr, kann sie jedoch nicht deuten (i.S.v. Michaela Huber). Im Laufe des Entwicklungsprozesses erlernen Kinder diese Deutung und entwickeln Verhaltensmuster.

Die ersten Momente nach der Geburt werden im Regelfall beim Anblick des eigenen Kindes positiv überlagert durch Euphorie und ein Gefühl von Liebe, hervorgerufen durch die einsetzende Endorphin-Ausschüttung der Hypophyse, die die Anstrengung der Geburt vergessen lässt. Dieser Moment ist – laut Gerhard Roth – „kaum in Worte zu fassen“.

Positive Gefühle wie Liebe, Dankbarkeit, Glücksempfinden, so die Verfasserin, „öffnen den Geist“: Dieser „besondere“ Augenblick der Empfindung von Liebe,

Freude und Dankbarkeit vermittele nicht nur ein positives Gefühl, sondern Stärke und Hoffnung sowie Kraft, anstrengende Lebenssituationen zu meistern. Doch was ist, wenn dieser Moment z. B. durch Schwierigkeiten im familiären Umfeld ins Gegenteil verkehrt? Nimmt die Beziehung zwischen Menschen schon Schaden? Könnte bei Familie Hausmann diese Schiefelage für die Entwicklung einer Anorexia nervosa eine Rolle gespielt haben? Und was trägt dann zu einer sinnvollen Intervention und Aufarbeitung bei (vgl. Kap. 1 und 4)?

Kinder sehen sich zu Beginn ihres Lebens erst einmal im „Spiegel“ ihrer Mutter bzw. ihrer Eltern. Fakt ist: Je entspannter, natürlicher und ungezwungener Eltern beziehungsweise Mütter sich ihren Kindern gegenüber verhalten, desto weniger bedroht entwickelt sich auch die Beziehung zu ihrem Nachwuchs. Kinder und Jugendliche wollen authentische und „starke“ Eltern, die sich nicht mit anderen vergleichen und einer geforderten Normvorstellung unterwerfen, mutmaßt die Verfasserin aufgrund der Erfahrungen im Training.

„Ich habe in der langen Zeit meiner Krankheit viel erkannt: Hintergründe, Ursachen, Beweggründe, Folgen. Doch all das hat mich nicht gesund gemacht. Ich habe meine letzte Hürde nie übersprungen. Ich bin immer zurückgeschreckt, die Krankheit ganz aufzugeben. Bei dem Gedanken, das zu tun, durchfährt mich auch jetzt eine Riesenangst. Ich habe Angst, meine Magersucht aufzugeben, weil ich Angst habe, mich dann nicht mehr von morgens bis abends mit Essen auseinandersetzen zu können. Essen, Hungern ... das ist mein einziger Lebensinhalt. Ich kann darüber diskutieren, mich verteidigen und durchsetzen. Hungern ist das, was mich stark und eigenwillig macht. Nur über meine Magersucht kenne ich Gefühle wie Ekel vor vielen Speisen, Völlegefühl, schlechtes Gewissen und Schuldgefühle, wenn ich gegessen habe; dagegen aber angenehme Leere, Verminderung der Schuldgefühle und ein Gefühl der Stärke, wenn ich nicht wie andere dem Essenstrieb verfallen bin. Meine Magersucht ist meine vertraute Welt. Ich habe unendlich Angst, ohne sie vor dem Nichts zu stehen. Dann wiederum hasse ich mein Aussehen, mein

Gefühl, Ärzte und Krankenkassen zu belasten mit meiner Krankheit. Ich hasse die Erkenntnis, mir so vieles verbaut zu haben in meinem Leben und eigentlich schon gar nicht mehr zu wissen, was Leben überhaupt heißt.“

(vgl. Monika Gerlinghoff in „Magersucht“, 2001, S.105)

Auf der Basis von Angsterleben entstehen „unerfüllt werdende“ Bedürfnisse und unerwünschte Gefühle; ein Perspektivwechsel findet nicht mehr statt. Positive Beziehung hingegen beruht auf gewaltfreier Kommunikation, auf Respekt und gegenseitigem Verständnis auf der Basis von Vertrauen. Entstehen Konflikte oder belastende Situationen, werden ehemals positive Beziehungen zueinander der Schlüssel, diese aufzuheben (vgl. Bergmann, 2009: „Warum unsere Kinder ein Glück sind“, S. 41).

Zur Arbeit mit dem „Positiven GefühlsJournal“

In „Positiven GefühlsJournalen“ (Karl-J. Kluge) kommen beschreibende Aussagen zur Geltung, die als Grundlage für erwünschte Gefühle im Training von Familie Hausmann als auch im Gruppentraining für anorektische Jugendliche zum Einsatz kommen (s. Anlage 1). Gefühle werden analysiert im Sinne von Reflexion und Aufarbeitung mit Hilfe der Trainer wie in dem Bericht von der anorektischen Jugendlichen (vgl. Kap. 4). Gefühle beeinflussen unser Handeln. Unerwünschte Bedürfnisse werden verkraftet, wenn positive Gefühle erlebt werden.

Es bleibt wichtig, achtsam und aufmerksam durch den Beziehungsalltag zu gehen, so Barbara Fredrickson. Situationen bzw. Gefühlserleben werden aufgeschrieben (z. B. im „Positiven GefühlsJournal“). Nach Barbara Fredrickson werden durch Achtsamkeitstraining wie im „Positiven GefühlsJournal“ sogar alltägliche Tagesabläufe wie Geschirrspüler-Ausräumen zum Glücksempfinden verhelfen. Dieses Wissen wurde auch beim „Familienbasierten Kompetenz-Training“ eingebracht. So war z. B. das Gespräch über Gefühle Bestandteil der Eingangsrunde (Willkommensrunde) im FKT.

Die sich beteiligten Jugendlichen wurden angeleitet, anhand erlebter Episoden und Situationen Gefühle zu beschreiben: z. B. 7.45h: Frühstück – Freude, 7.45-8.10h: Fahrt zur Schule/Uni – Heiterkeit usw. So lernten sie intensiv ihren Körper und ihre Gefühlswelt kennen und lernten, mehr auf sich zu achten.

Als Ziel jedes „Positiven Gefühlsjournals“ war vorgegeben, „Quellen des Positiven“ (B. Fredrickson, 2009, S. 255) in Tagesabläufen zu suchen. Wichtig für Jugendliche und ihre Eltern war es, die sog. „kleinen Freuden des Alltags“ zu genießen, wie z. B. die Umwelt bewusst wahrzunehmen (⇒ Achtsamkeit).

Arbeitsauftrag beim Familienbasierten Kompetenz Training - FKT

„Wer ständig glücklich sein möchte, muss sich oft verändern.“

Konfuzius, Chinesischer Philosoph, (551 v. Chr.-479 v.Chr.)

Im Sinne von Konfuzius könnte folgender Arbeitsauftrag verstanden werden, immer wieder an sich zu arbeiten, sich verändern.

Folgende Arbeitsaufträge wurden beim FKT verteilt, um sich mit den eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen, sie zu reflektieren und sie, falls unerwünscht, im Laufe der Zeit zu modifizieren, zu verändern:

1. Fragen wie: Was bereitet Ihnen Freude? Worauf sind Sie stolz? Worauf konzentrieren Sie sich besonders? Wann erleben Sie sich stolz, höflich, erschrocken, ängstlich, zornig, glücklich, beleidigt, aufgewertet, akzeptiert usw.? Ein Auftrag des Positiven GefühlsJournals ist z. B.: „Welche Episoden geben Ihnen Energie?“
2. Um sich intensiv mit Ihrer Gefühlssituation konstruktiv auseinanderzusetzen, rufen Sie sich in der Vergangenheit liegende Erlebnisse ins Gedächtnis, die Sie mit den zehn aufgelisteten „positiven Gefühlen“ verbinden. Sie können die Liste um positive Gefühle (s. unten) erweitern, falls weitere erlebte Gefühle in Ihrem Alltagsleben eine Rolle spielt.
Liebe, Stolz, Freude, Interesse, Inspiration, Hoffnung, Ehrfurcht, Heiterkeit, Dankbarkeit und Vergnügen.
3. Notieren Sie sich Ihre bedürfniserfüllenden Gefühlserlebnisse in Ihrem GefühlsJournal. Befassen Sie sich an erwünschte bzw. aufwertende Momente/Episoden, um daraus Kraft und Energie zu ziehen.
4. Überlegen Sie, wie Sie zukünftig selbst positive und „pro-soziale“ Gefühle abrufen können. Wer oder was hilft Ihnen dabei?
5. Sie dürfen Ihr „Positives GefühlsJournal“ auch mit Bildern oder Fotos anreichern.

5.5 Die Funktion des Lernens

„Unter Lernen versteht man eine relativ permanente Veränderung des Verhaltens in Abhängigkeit von den Erfahrungen, wenn es Individuen Vorteile bei der Bewältigung von Anforderungen verschaffen kann.“

E. Stern, Psychologin (2009)

Sterns Aussage steht für die Verfasserin deshalb an erster Stelle, weil das Nordhorner „Familienbasierte Kompetenz-Training“- FKT auf nachhaltigem Lernen durch Erfahrung beruht. Jugendliche und Eltern setzen sich mit belastenden Situationen und alltäglichen Erfahrungen direkt unter Beteiligung des Trainers auseinander, sie werden reflektiert dann in ein familienförderndes und gesellschaftlich erwünschtes Verhalten umgesetzt, und das nach Bedarf immer wieder. Lernen aus Erfahrungen (A. Kluge, 2016). Dieses Modell absolvierte Familie Hausmann. Frau Hausmann bekannte nach eigenen Angaben, dass sie während des Trainings viel erlernte (vgl. Kap. 4).

Lernen und dessen Wirkungen gilt als eines der ältesten Forschungsbereiche in der Psychologie, weil Lernen alles Erleben und Verhalten von Geburt (Schwangerschaft) ab an bis zum Tod formt. Gemeint ist nicht nur schulisches Lernen, sondern auch das direkte Lernen aus Erfahrungen. Menschen erlernen die Mehrzahl von Fähigkeiten ohne große Anstrengung ganz natürlich, wie z. B. zu greifen, zu sprechen, zu laufen. Lernprozesse und Lebensweisheiten wirken bis ans Lebensende.

Das erfahrungsbasierte Lernen gilt als eine von vielen wirkungsvollen Lernprozessen. Lernen aus Erfolgen bzw. Misserfolgen „verbiegt“ den Lernenden nicht, sondern wird dem Menschen quasi „in die Wiege gelegt“ und wirkt so effektiv: Auf das Lernen aus Erfahrungen sind wir „programmiert“ (A. Kluge, 2016).

Warum gilt das Lernen aus Erfahrungen als so wirkungsvoll?

Dieser Frage ging David A. Kolb nach und entwickelte einen „Lernzyklus-Modell“, weil seiner Meinung nach „Erfahrung die Grundlage des Lernens“ ist. Kolbs Modell kann somit den humanistischen Lerntheorien in der Tradition von Carl R. Rogers zugeordnet werden. Kolb hält den Fokus auf Lernen als

Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit hin zu Autonomie und Selbstverwirklichung. Diese Entwicklung zu fördern schien insbesondere Frau Hausmann als notwendig anzusehen und erstrebenswert zu sein.

Kolbs Ansatz versteht „Lernen als ganzheitlichen Prozess, der Erfahrung, Denken und Verhalten beinhaltet“ (vgl. Kolb, 1984, S. 20f). Anders als in sozialen Lerntheorien von Bandura spricht er von „lebenslangem Lernen in Form von Persönlichkeitsentwicklung, Entfaltung des individuellen Potenzials in Verknüpfung von Bildung, Arbeit und persönlicher Entwicklung“ (vgl. Kolb, 1984, S. 3f).

Die Verfasserin nimmt den Ansatz von Lehr- und Lernmethoden als Basis für die Auswahl der Trainingsmaterialien im FKT, z. B. das Führen einer Dokumentationsmappe zur Selbst-Reflexion und Selbst-Exploration des Gelernten in Bezug auf persönlichkeits- und berufsförderliches Wachstum (vgl. Anlage 2 „Lernprozess-Journal“). Mit „Wachstum“ meint die Verfasserin das Annehmen und das Anwenden von Erlerntem wie bspw. „einführendes Verstehen“, „Aktives Zuhören“ (i.S.v. von F. Schulz von Thun) oder „Emotionssprache anwenden“ (i.S.v. Karl J. Kluge).

Diese Lernbausteine gelten als Bestandteil des Nordhorner Familienbasierten Kompetenz-Trainings.

Bodo Januszewski und Karl-J. Kluge, beide von der Universität zu Köln forschten zum Thema „Erfahrungslernen“ (Januszewski & Kluge, 1984). Beide betonen, dass es dem Lernenden zu ermöglichen sei, Erfahrungen im Hörsaal (Seminare, Workshops) zu machen bzw. Emotionen „aufzudecken“ und aus Beziehungserfahrungen in der Universität zu lernen.

Im Sinne des Familienbasierten Kompetenz-Trainings müssten Jugendliche diese Lernerfahrungen erst machen und Verhaltensweisen erwerben – möglichst bestärkt durch ihre Eltern.

Carl R. Rogers spricht in seinem Therapieansatz von „signifikantem Lernen“ und der Bedeutung humanpsychologisch angelegten Lernens. Er bestätigt, dass Lernen durch Erleben und Erfahren stattfinden muss, um daraus zu wachsen.

Wenn Gefühle und auch Intelligenz mit im Spiel sind (vgl. C. Rogers, 1979, 156ff), wird Lernen *noch* bedeutsamer und nachhaltiger. Beides gilt bei anorektischen Jugendlichen in der Regel als stark ausgeprägt, wie die Trainings zeigten, wie auch Beispiel Hausmann zeigt (s. Kap.4).

Weitere Meinungen zum „Lernen“ gibt es von A. Kluge (2014):

„Man muss es uns nicht erklären, wir kommen bereits ‚mit dieser Funktion‘ auf die Welt. Lernen aus Erfahrung nutzt damit das angeborene Potenzial des Menschen, sich zu entwickeln. Lernen von Profis unterscheidet sich diesbezüglich nicht, und wir würden üblicherweise einen Profi oder Experten als denjenigen beschreiben, der sehr viele Erfahrungen gemacht hat.“ Und:

„Lernen aus Erfahrung ist der zielführende Mechanismus, um aus Novizen Experten zu machen.“

Diesen Standpunkt macht sich die Verfasserin in Bezug auf anorektische Jugendliche und deren Eltern zunutze, um aus noch unerfahrenen Personen durch gezieltes Lernen „Experten für das eigene Leben“ zu machen. Diese „Experten“ zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Beurteilungen, z. B. ihrer momentanen Situation, außergewöhnlich zutreffend und zuverlässig sind und auch in schwierigen und ungewöhnlichen Situation eine hohe Verhaltensqualität aufweisen.

„Jeder, der lernt, wie er lernt, verändert sich und passt sich somit neuen/anderen Umweltbedingungen an.“

C. Rogers, 1979, S. 104f

Dieser These konnte die Verfasserin im Verlauf der Trainings bei Familie Hausmann zustimmen.

Für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa und deren Eltern ist es notwendig, die im Veränderungszeitraum gemachten Erfahrungen zu reflektieren und zu beurteilen, um dann ein neues Verhalten erlernen und abspeichern zu können, so dass Lernen – nach Carl R. Rogers – „anderen und neuen Umweltbedingungen angepasst wird“.

Zum Dritten, so A. Kluge, wird Lernen umso effektiver, wenn es mit persönlich bedeutsamen und selbst erlebten Episoden verbunden ist:

„Die Anstrengung aufseiten der Trainer und Teilnehmer, etwas zu erlernen, es bis zu einer möglichen Anwendungssituation ‚abzuspeichern‘ und dann auch richtig ‚abzurufen‘ (d. h. anzuwenden), ist deutlich geringer, wenn mit dem Lernen eine persönlich bedeutsame und selbst erlebte Episode verbunden ist.“

A. Kluge, 2016

Erfahrungen in der Qualität von persönlich bedeutsamen Episoden, wie z. B. Hungern, werden im episodischen Gedächtnis abgespeichert. In einer sich erneut einstellenden Situation, die in diesem Fall wieder mit einer Essenssituation zu hat, wird das neu Erlernte eingebracht, sodass neue Erfahrungen gesammelt werden.

„Wenn wir vor einem Problem stehen, dann reisen wir mental in die Vergangenheit und suchen nach ähnlichen Episoden ...“

Conway, 2008

„Haben wir eine ähnliche Episode gefunden, dann reisen wir mit dieser mental in die Zukunft und simulieren gedanklich, was in der Zukunft passieren wird, wenn wir diese Episode aus der Vergangenheit jetzt anwenden würden.“

Klein, 2000

Aus den o. g. Beiträgen lässt sich schließen, dass jedes „episodische Gedächtnis“ eine eigene Gedächtnisform ist (in Ergänzung zum deklarativen und prozeduralen Gedächtnis (Tulving, 2002), die den gelernten Inhalt in bildhafter Form aus der Perspektive des Lernenden abspeichert und auch sensorische Eindrücke, z. B. Gerüche, Geräusche, aber auch Emotionen (Conway, 2008) mit erhält. So „folgert“ die Verfasserin, dass das episodische Gedächtnis anorektischer Jugendlicher „neu programmiert“ werden muss.

Das episodische Gedächtnis ist jedoch nicht nur in der Lage, einzelne Episoden abzuspeichern, sondern ist essentielle Voraussetzung dafür, dass wir aus persönlich erlebten Episoden abstraktes Wissen und kognitive

Schemata ableiten können (Conway, 2008). Daraus lässt sich ableiten, dass jeder Mensch seine eigene „Schablone“ aus einer oder mehreren erlebten Episoden erstellt (A. Kluge, 2016). So übertrug Sophie z.B. die als unangenehm erlebten Essenssituationen in der Familie auf die Schulkameradinnen, so dass sie sogar die Klassenfahrt ablehnte aus Angst, beim Essen beobachtet zu werden (s. Kap. 4).

Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa können so auf ein erweitertes neu erlerntes Episodengedächtnis zurückgreifen, mit dem sie sich in die Lage bringen, Ernährungssituationen so zu deuten, diese nicht als Bedrohung zu werten und sich wieder zu ernähren beginnen. Ebenso ist das Umfeld der Betroffenen zu schulen, um neue Lernformen wie „Aktives Zuhören“ und „Ich-Botschaften“ zu etablieren.

„Wenn jemand viele unterschiedliche Episoden erlebt hat, dann ist er in der Lage, sogenannte generalisierte Episoden zu entwickeln, in denen nicht mehr sämtliche Details einer Episode abgespeichert werden müssen, sondern die ‚kleinen (aber feinen) Unterschiede‘ vermerkt werden, die z. B. für eine Lagebeurteilung wichtig sind.“

A. Kluge, 2014

Eine Antwort auf die Frage, wie man Fertigkeiten für koordinierte Teamarbeit erwirbt bzw. wie Familie zu einem Team wird, gibt Annette Kluge:

„Bei Lernprozessen ist man selten alleine und sehr häufig im Team aktiv. Teamarbeit bringt diverse Vorteile, aber nur, wenn man in der Lage ist, solche Fertigkeiten im Team anzuwenden, die die effektive Koordination der Einzelleistungen der Teammitglieder in einer Teamleistung bewerkstelligen helfen. Der Erwerb und die professionelle Anwendung von Techniken für koordinierte Teamarbeit unterscheiden sich nicht von den Prozessen, die bereits vorgestellt wurden, sodass sich sagen lässt, dass auch effektiv koordinierte Teamarbeit durch persönlich erlebte Episoden erworben wird.“

A. Kluge, 2014

Teamarbeit in Familien mit anorektischen Jugendlichen scheint für den gemeinsamen Lernfortschritt in der Familie elementar zu werden. Sowohl in der Einzelförderung der Familie Hausmann als auch im Gruppentraining des FKT wurde dieses Erkenntnis berücksichtigt durch entsprechende Trainingsmodule und -techniken für kollektives Lernen (vgl. Kap. 6).

Zur Arbeit mit „LernProzess-Journalen“

Die Psychologen K. Bundschuh, A. C. Frenzel und P. Pekrun machten darauf aufmerksam, dass insbesondere der Anfang eines jeden Lernprozesses vom emotionalen Zustand der Person abhängt (Bundschuh, 2003; Frenzel & Götz & Pekrun, 2015). Deren Auffassung von Lernen setzen die Trainer in Form von LernProzess-Journalen im Familienbasierten Kompetenz-Training für Jugendliche ein: Jugendliche sollen dabei ihren persönlichen Lernfortschritt eintragen und sich bewusst machen. Die Trainer können die Jugendlichen über diese persönlichen Dokumentationen begleiten in ihrem Lernprozess bzw. Lernfortschritt.

„Denn wenn Sie glauben, Ihr Wissen und Ihr Können beeinflussen zu können, zeigen Sie sich offener, spornen sich an und wagen Neues. LernProzess-Journale fordern Sie auf, sich zu prüfen, indem Sie sich selbst von Ihrem Fortschritt überzeugen.“

(Karl-J. Kluge)

In dem LernProzess-Journal werden die Ziele der letzten Woche besprochen sowie deren Erreichung. Es wird angefragt, wie intensiv und mit wie viel Zeitaufwand und „Leidenschaft“ diese Ziele aufgegriffen wurden. Denn es gilt zu beurteilen, wie die Betroffenen mit erlebten Gefühlen, Gedanken, Kritik umgehen und Konsequenzen nach angemessenem oder nicht angemessenem Verhalten sind zu formulieren (s. Anlage 2).

5.6 Die Rolle der Bindung – Bindung braucht Beziehung

Die erste, wichtigste und vor allem prägendste Bindung im Leben eines Menschen ist die Familie. Innerhalb der Familie werden erste Beziehungserfahrungen gesammelt und durch deren vorherrschendes Werte- und Normsystem geprägt (vgl. Pesechian, S. 70). Diese Zusammengehörigkeit kann nicht ersetzt werden und ist bedeutsam für die Entwicklung der Psyche. Kinder benötigen sicher-gebundene Beziehungen und vor allem starke Eltern (Bowlby, 2003).

Im weiteren Verlauf geht die Verfasserin vorrangig auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind bzw. Jugendlichen ein. Dabei versucht sie darzustellen, wie wichtig eine positive Beziehung zwischen Eltern und Kinder für die Entwicklung des Kindes ist.

Der Autor Wolfgang Bergmann beschreibt 2009 in seinem Buch „Warum unsere Kinder ein Glück sind“ die Faktoren Respekt und Vertrauen als verantwortlich und Voraussetzung für eine sicher-gebundene Beziehung zwischen Mutter/Vater und Kind.

„Ein Kind, das nicht auf Vertrauen und Liebe gehorcht, sondern auf Angst, wendet sich innerlich von den Eltern ab.“

Bergmann, 2009

Bemerkungswert ist die Meinung, dass Eltern nicht als Partner, sondern als eine Art Beschützer agieren sollten. Häufig wird davon ausgegangen, dass Eltern als Gleichberechtigte in der Beziehung zu ihren Kindern agieren sollten, aber genau das stellt er infrage. Vielmehr sollen Eltern präsent sein, „überragend“, wie er sagt, nicht „dominierend“. Kinder möchten von ihren Eltern verstanden werden und suchen Rückhalt und Geborgenheit. Sie möchten nicht durch Grenzen dominiert bzw. bestimmt werden. Bergmann spricht nicht von Grenzen als Bestandteil einer Erziehung, sondern von Begrenzungen und dem Eigensinn der Realität (vgl. Bergmann, 2009 S. 28). Die Welt besteht aus Besonderheiten, z. B. Familienkonstellationen, Kulturen, soziale Milieus usw. Unabhängig davon brauchen Kinder Autoritätspersonen,

die stark sind, die ihnen Richtung geben, aber auch Alternativen aufzeigen. Kinder benötigen klare Ansagen, um sich darin widerspiegeln zu können. All das bedarf aber eines freundlichen Blicks und einer freundlichen Stimme (vgl. Bergmann, 2009 S. 28ff).

Eine positive Beziehung beruht also auf Respekt, Vertrauen, Präsenz und Begrenzung. Aber warum spielt das Setzen von Grenzen, wenn es um Erziehung geht, so eine bedeutende Rolle?

Wie die Erfahrung zeigt, entsteht eine positive Beziehung nicht durch das Setzen von Grenzen oder gar Bestrafung. Vielmehr werden gerade durch diese Art der Kommunikation Mauern aufgebaut und es entstehen Unsicherheiten. Haben Eltern Angst, dass sie ohne das Aufzeigen von Grenzen und Konsequenzen, wie z. B. Bestrafung, die Situation nicht mehr im Griff haben?

Auch die Verfasserin war anfangs davon ausgegangen, dass sehr wohl Grenzen eingehalten werden müssen und bei Widerstand auch Bestrafung erfolgen muss, um nachhaltig zu intervenieren. Aber langfristig betrachtet helfen Bestrafungen eben nur kurzfristig und der Effekt ist meist nicht von Dauer.

Zuerst steht im Leben eines Kindes die Beziehung zur Mutter, so der Kinderpsychologe Wolfgang Bergmann (2009). Dies begründet er mit der im Normalfall ersten Kontaktaufnahme zum Kind durch den Augenkontakt, letztlich auch durch die starke körperliche Zuneigung und den innigen Kontakt, der z. B. durch das Stillen entsteht. Eine Art Gleichgewicht zwischen Fürsorge der Mutter und Selbstwahrnehmung führt zum inneren Gleichgewicht und fördert das eigene Selbstwertgefühl des Kindes, so Bergmann. Welche immensen positiven Auswirkungen das Lächeln der Mutter sowie die Gestik und Mimik hat, ist unumstritten. Die entstandene Freude empfängt das Kind als innerliches Wohlempfinden, geliebt zu werden. Wie jedoch genau ein gutes Selbstwertgefühl entsteht, lässt einen gewissen Raum für Diskussionen offen. Eine sicher-gebundene Bindung im Sinne von John Bowlby (Bowlby, 2003, 2006). ist vor allem im Verlauf der ersten Lebensjahre entscheidend. Kinder entwickeln, beziehungsweise erlernen bestimmte Verhaltensmuster innerhalb vorgelebter und erlebter Beziehungen. Bergmann fasst diese

Sichtweise zusammen und begründet sie auf der Verlässlichkeit der frühen Beziehungen. Er geht davon aus, dass mittels einer sicher-gebundenen Bindung zwischen Mutter (Beziehungsperson) und Kind das Kind seinen Entwicklungsprozess und seine Erfahrungen in der neuen Umwelt frei erleben wird, da es die Liebe, Verlässlichkeit und Geborgenheit, d. h. die Elternliebe, trotz Abnabelung allgegenwärtig erlebt. Dagegen haben Kinder, die eine unsicher-gebundene Bindung erfahren, häufig Probleme, sich zu ordnen. Für Bowlby ist Bindung ein „lebenslanger Prozess“, für den das Angewiesensein auf sichere Basen auch im Erwachsenenalter normal und vor allem in der Erziehung von Kindern notwendig sei (vgl. Storch 1994, S. ,33).

Ebenfalls beschreibt Maja Storch in einer empirischen Längsschnittstudie zum Thema „Das Eltern-Kind-Verhältnis im Jugendalter“ die Wichtigkeit der Bindung zwischen den jeweiligen Bezugspersonen, denn „erst wenn ein Individuum auf einen anderen Menschen, wie z. B. Mutter und Vater, vertrauen kann, entwickelt sich ein psychisches Wohlbefinden“.

Anfangs bezieht sich das Urvertrauen auf die Erfüllung physischer Belange, die für die spätere emotionale Nähe Voraussetzung sind. Diese anfängliche dominierende körperliche Verfügbarkeit verändert sich mit zunehmendem Alter in eine psychologische Verfügbarkeit, so Storch. Während der Adoleszenz benötigen Kinder ein Mittelmaß dieser beiden Verfügbarkeitsvarianten. Jugendliche brauchen, so die Verfasserin, das Gefühl des Vertrauens sowie die Gewissheit, dass die Eltern bei Bedarf zur Verfügung stehen. Dieses Urvertrauen, sich auf jemanden uneingeschränkt verlassen zu können und Rückhalt zu bekommen, stärkt Kinder und Jugendliche.

Im Familienbasierten Kompetenz-Training sollen Familien ihre Bindungen durch Beziehung festigen und Eltern ihre Ressourcen kennenlernen, um ihren Versorgungs-, Betreuungs- und Erziehungspflichten nachzukommen.

Kinder brauchen authentische Eltern. Wenn sich Kinder nicht geliebt fühlen, wenn z. B. persönliche Grenzen verletzt und/oder nicht respektiert werden, hat das zur Folge, dass das Selbstwertgefühl der Kinder abnimmt und diese nicht mehr fähig sind, konstruktiv zu handeln. Welche Einflussfaktoren dazu

beitragen, dass Kinder und Jugendliche sich ungeliebt fühlen, und welches Selbstwertgefühl sie erleben, sind dabei unterschiedlich. Ein spezifischer Faktor ist das erlebte Eltern-Kind-Bindungsverhalten, das auf die Entwicklung des Selbstwerts des Kindes Einfluss nimmt. Innerhalb der Familie erlernen Kinder Verhaltensmuster, ein regelrechtes Verhaltensinstrumentarium, das im Umgang mit den Familienmitgliedern und anderen Personen, z. B. Lehrern, Freunden u.a., praktiziert wird. Diese Verhaltensmuster verfestigen sich im Laufe der Zeit im Bewusstsein und beeinflussen die Persönlichkeit des Individuums.

Eine neue Welt eröffnet sich für Jugendliche während der Adoleszenz. Autonomie wird angestrebt und die Welt wird infrage gestellt, so auch bei Tochter Sophie, und die Jugendlichen reflektieren bereits bestehende Beziehungsstrukturen. Auch die Familienideologien werden kritisch beäugt.

Das Gefühlschaos, das Jugendliche erleben und der Umgang damit, kann unerwünschtes Verhalten erzeugen. Eine „sichere“ Eltern-Kind-Bindung stellt gerade in der Adoleszenz einen Rückhalt dar und gibt Kindern psychischen Halt. In Bezug darauf trägt „emotionale Wärme“ als Stimmungsfaktor im Umgang miteinander dazu bei, wie eine Eltern-Kind-Beziehung erlebt wird. Empfinden Kinder und Eltern die familiäre Beziehung als emotional warm, d. h. besteht eine beidseitig empfundene zwischenmenschliche Nähe und wird diese wertgeschätzt im Austausch untereinander, akzeptieren Kinder auch ein gewisses Maß an elterlicher Kontrolle, ohne sich provoziert oder bevormundet zu fühlen (vgl. Völker, 2002, S. 20).

Ebenso befasst sich die Soziologie und Psychologie mit dem emotionalen Faktor und dessen Einflussbereich innerhalb familiärer Beziehungen. Insbesondere die aktuelle Familienforschung beschäftigt sich in neuerer Zeit zunehmend mit dem Begriff Familie und wie dieser definiert werden kann (vgl. Hill, Kopp, 2006 S. 29ff).

Ein pro-soziales Verhalten in der Erziehung bzw. im Umgang mit Kindern ist förderlich für dessen Wahrnehmungsverhalten. Sieht ein Kind, dass sich die Eltern ihm gegenüber beispielsweise anteilnehmend, liebevoll und

vertrauensvoll verhalten und dieses Verhalten ebenso anderen gegenüber vermitteln, lernen Kinder pro-soziales Verhalten (vgl. R. Tausch & A.-M. Tausch 1979, S. 34). Andererseits stellt ein „unsoziales“ Verhalten innerhalb der Erziehung wie ständiges Dirigieren, Lenken und Bewerten eine Geringschätzung gegenüber dem Kind dar. Es werden individuelle Bedürfnisse des Kindes missachtet. Unsoziales Verhalten ist nicht nur durch die Anwendung körperlicher Gewalt gekennzeichnet, sondern auch durch psychische Beeinträchtigungen wie Demütigungen, Geringschätzung, Abweisung (vgl. R. Tausch & A.-M. Tausch 1979; vgl. S. 35; N. Kluge 2011).

Ein unsoziales Verhalten gegenüber der anorektischen Tochter Sophie war in Familie Hausmann allerdings nicht zu erkennen (vgl. Kap.4).

Das Leben von Heranwachsenden ist häufig geprägt von Beeinträchtigungen, schmerzvollen Erfahrungen und Erlebnissen, aber auch von Freude und Glück, Liebe und Zuneigung. Wenn beispielsweise in anstrengenden Situationen und zum Abbau von Frustrationen unvorsichtige Verhaltensweisen vorgelebt werden, können diese wahrgenommenen Verhaltensweisen das Verhalten der Kinder prägen.

Herbert Stack Sullivan (1892-1949), amerikanischer Psychiater und Vertreter der Neopsychoanalyse, geht davon aus, dass erlernte Verhaltensmuster Kinder beeinflussen, z. B. auf andere Menschen zugehen und nach deren Empfindungen fragen. Wenn die Einfühlungs- und Empathie-Beziehungen nie vorgelebt wurden, können Kinder nicht lernen, diese zu etablieren. Grundsätzlich geht Sullivan (1953) davon aus, dass Menschen gute und harmonische zwischenmenschliche Beziehungen anstreben. Alles andere erzeuge Angst.

Die „persönliche Eigenheit“ im Umgang mit anderen, gerade das, was eine „Persönlichkeit“ ausmacht, kommt im Umgang bzw. in zwischenmenschlichen Beziehungen zum Tragen und wird vom Gegenüber wahrgenommen (vgl. Storch 1994, S. 28f).

Verschiedene Autoren wie Sullivan, Bowlby u.a. sind sich einig darin, dass emotionale Bindungen zum Überleben wichtig sind und schließlich eine physische und psychische Notwendigkeit darstellen.

Eine persönliche Beziehung ist gekennzeichnet durch „persönliches Wissen“, d. h. vermittelte Regel- und Wertevorstellungen sowie erlernte Verhaltensweisen, die das interaktive Miteinander prägen. Persönliche Beziehung kann sowohl aus positiven (Liebe, Hoffnung etc.) und negativen (Angst, Wut, Hass etc.) Emotionen bestehen.

Die einzelnen Akteure beeinflussen sich gegenseitig und stehen wechselseitig in Abhängigkeit zu erlebten Einflüssen und Erfahrungen. Dabei spielt vor allem die emotionale Bindung zwischen den Personen innerhalb der persönlichen Beziehung sowie die Verfügbarkeit der Bezugspersonen, z. B. Eltern, und Vertrauen eine wesentliche Rolle, die auf den Umgang und das Miteinander innerhalb der Beziehungen Einfluss ausüben (vgl. Lenz 2009, S. 119f). Die Adoleszenz-Phase ist eine Zeitspanne, in der persönliche Beziehungen die emotionale Bindung überdurchschnittlich beanspruchen. Durch die, wie Lewin beschreibt, „Erweiterung des Lebensraums“ verändern sich innerhalb der Familie die Machtstrukturen.

5.7 Die Rolle der Kommunikation und die „Innere Welt des Verstehens“

„Die Menschen reden viel zu sehr übereinander, sie sollen besser miteinander reden.“

Chinesisches Sprichwort

Um die „innere Welt“ der eigenen Kinder und Jugendlichen einführend zu verstehen, möchte die Verfasserin auf verschiedene psychische und kommunikative Förderungen eingehen. Diese sollen dann beim FKT implementiert werden.

Um zu zeigen, dass Eltern sich mit der „inneren Welt“ ihrer Kinder auseinandersetzen, ist es wichtig, das Gehörte richtig zu verstehen. Des Weiteren bedingt personenzentriertes Handeln positiv das zwischenmenschliche Zusammenleben. Personenzentriertes Handeln vermittelt ein Verstehen der „inneren Welt“ des Gegenübers. Gerade die jüngere Tochter Sophie mit diagnostizierter Anorexia nervosa fühlte sich nach Auffassung der Verfasserin nicht genügend wertgeschätzt und verstanden.

Die Echtheit einer Person ist dabei entscheidend: Offen zu sagen, was ich denke und fühle, stellt eine Herausforderung dar. Kinder spüren, ob es „echt“ ist, was ihre Eltern sagen. Wenn Eltern etwas sagen, weil es gesellschaftlich nach ihren Vorstellungen angemessen erscheint (Soziale Erwünschtheit), bemerken Kinder dies sehr schnell. Auch haben Eltern die Pflicht, sich ihren Kinder gegenüber zu öffnen und ihre Gefühle und Gedanken mitzuteilen. Erst dann können Kinder verstehen lernen, was es heißt, die „innere Welt“ des anderen wahrzunehmen (vgl. R. Tausch & A.-M. Tausch 1979, S. 210).

Ein weiteres wichtiges Thema beim FKT ist die gewaltfreie Kommunikation.

Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg

„Was ich in meinem Leben will, ist Einfühlsamkeit, ein Fluss zwischen mir und anderen, der auf gegenseitigem geben von Herzen beruht.“

Marshall B. Rosenberg, in „Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens.“ (2016, S.17)

Die „Gewaltfreie Kommunikation“ (GFK) ist ein Prozess, der von Dr. Marshall B. Rosenberg entwickelt wurde. Er ermöglicht Menschen, so miteinander umzugehen, dass der Kommunikationsfluss zwischen ihnen verbessert wird. GFK kann sowohl beim Kommunizieren im Alltag als auch beim friedlichen Lösen von Konflikten im persönlichen, beruflichen oder politischen Kontext hilfreich sein. Sie versteht sich nicht als Technik, die andere Menschen zu einem bestimmten Handeln bewegen soll, sondern als Grundhaltung, bei der eine wertschätzende Beziehung im Vordergrund steht. Das Modell baut auf einer Haltung auf, die sagt: Menschen möchten grundsätzlich miteinander im Austausch sein, in einer Balance von Geben und Nehmen. Mit jeder Handlung versuchen sich Menschen Bedürfnisse zu erfüllen, um das Leben wirklich leben zu können in seiner ganzen Fülle und Herausforderung. Was bewegt Menschen, zu der Erfüllung der Bedürfnisse beitragen zu wollen und was hindert sie daran? Die GFK hilft uns dabei, die Verantwortung für die eigenen Gefühle und für das eigene Handeln zu übernehmen. Die GFK ist ein Prozess, der mich daran erinnert und mir bewusst macht, dass sowohl „Ich“ als auch mein Gegenüber „Du“ in jedem Moment eine Wahlmöglichkeit haben: nämlich mir und anderen entweder das Leben zu erschweren oder das Leben zu bereichern. GFK ist aus Sicht der Verfasserin somit nichts absolut Neues, aber dennoch sehr Effektives.

Denn man kann die Methode sofort anwenden und hat sofort Erfolg. Dabei können Probleme und Konflikte verschwinden und schwierige Situationen können zur positiven Herausforderung verändert werden.

Die vier Schritte sind:

Beobachtung, Gefühl, Bedürfnis, Bitte

1. Beschreibe die Beobachtung einer konkreten Handlung oder Unterlassung, ohne diese mit einer Bewertung oder Interpretation zu vermischen.
2. Drücke dein Gefühl aus, das mit der Beobachtung in Verbindung steht.
3. Suche das Bedürfnis, das hinter dem Gefühl liegt, und formuliere es. Es ist wichtig, dass es wirklich dein eigenes Bedürfnis ist.
4. Formuliere deine Bitte um eine konkrete Handlung. Versuche, die Bitte in einer „positiven Handlungssprache“ zu formulieren.

Rosenberg (2016) fasst die Kommunikationsart der GFK in folgendem Satz zusammen:

„Wenn a, dann fühle ich mich b, weil ich c brauche. Deshalb möchte ich jetzt gerne d.“

„Die Qualität des Erziehungs-, Kommunikations- und Interaktionsverhaltens ist ein starker, potenziell jedoch veränderbarer Risikofaktor für die Entwicklung bzw. das Aufrechterhalten jugendlicher Verhaltensauffälligkeit, dem Jugendliche durch Eltern bzw. Erziehungsberechtigte ausgesetzt sind. Studien zeigten, dass Erziehungspraktiken einen beachtlichen Einfluss auf die Entwicklung von Jugendlichen ausüben“ (vgl. Collins 2000, S. 218f).

Manche Eltern rufen unbewusst starke innere Unsicherheitsgefühle bei ihren jugendlichen Kindern hervor, durch Aussagen wie: „Wenn du so weiter isst, wirst du ganz schön dick!“. Ihre Intention ist es, ihre Kinder zu einer gewünschten Verhaltensweise hin zu bewegen. Selbst wenn eine Aussage spaßig gemeint ist, kann das für Jugendliche ein Anlass sein zu hungern. Die Äußerung der Eltern stellt somit eine stark bedrohende Instanz für Jugendlichen dar.

Äußere Umstände und Trauma-Erlebnisse wie Scheidung oder Trennung der Eltern, ein Unfall, Verlust von Bezugspersonen bzw. das Eintreten weiterer Personen in das Familiensystem können ebenfalls bei Jugendlichen eine

Anorexia nervosa auslösen (Ahrens-Eipper & Leplow 2004; Davidson et al. 1993; vgl. Petermann & Petermann 2010, S.70 f; vgl. Kap. 1).

Vielfach sind solche o. g. Faktoren nicht voraussehbar bzw. können nicht vermieden werden. Wie und welche äußeren Faktoren vom Jugendlichen wahrgenommen werden bzw. sich auf ihr Verhalten auswirken, bestimmt unter anderem das Erziehungs-, Kommunikations- und Interaktionsverhalten innerhalb der Familie. Im ungünstigen Fall denkt der Jugendliche z. B., dass er die elterliche Scheidung verschuldet hat oder für einen Streit in der Familie verantwortlich ist. Wie Eltern in schwierigen Situationen miteinander umgehen, hat Einfluss darauf, wie Jugendliche sich fühlen und verhalten (vgl. Trapmann & Rotthaus 2004, S. 42)

Die Wahrnehmung der Verfasserin ist, dass anorektische Mädchen starke emotionale Lebenseinschnitte erlebt haben.

Nicht nur das Elternverhalten beeinflusst Jugendliche, sondern auch das Verhalten der Jugendlichen beeinflusst die Eltern, die Familie. So ändert sich z. B. aufgrund der Verhaltensauffälligkeit bei anorektischen Jugendlichen u. U. auch die familiäre Beziehung. Familienmitglieder übernehmen bestimmte Funktionen und Rollen, um Verhaltensweisen des anorektischen Jugendlichen zu kompensieren. Wächst z. B. eine Mutter-Tochter-Beziehung immer enger zueinander, unternehmen der Vater oder die übrigen Geschwister u. U. als Reaktion darauf häufiger Aktivitäten alleine oder fühlen sich von der restlichen Familie ausgeschlossen.

Im Fall Familie Hausmann fährt die ältere Tochter für ein Jahr nach Australien. Von Deutschland aus betrachtet, gibt es kaum eine weitere Entfernung. Auch bei anderen Familien, die im Rahmen des FKT betreut wurden, „flüchteten“ Geschwisterkinder.

Veränderte Beziehungen führen zu neuen Anforderungen und Aufgaben in der Familie.

Somit schließt sich der Kreis und es wird deutlich, dass nicht nur Familienbedingungen Anorexia nervosa bei Jugendlichen entstehen lassen

und aufrechterhalten können, sondern dass auch betroffene Jugendliche durch ihr Erleben und Verhalten den familiären Bezugsrahmen beeinflussen und elterliches Verhalten beeinflussen.

Im FKT sollten Kommunikationsstörungen innerhalb der Familie beseitigt werden. Dafür ist es entscheidend, bestimmte Kommunikationstechniken zu erlernen, denn es ist basal wichtig, das Senden und Hören von Nachrichten richtig zu verstehen: Was gebe ich beim Reden von mir preis (Ich-Botschaften) und was erwarte ich von meinem Gesprächspartner?

Im FKT bietet sich neben dem Modell von M. Rosenberg auch das Kommunikationsmodell nach Friedemann Schulz von Thun an (Von Thun, 2013).

Dabei werden die vier Ebenen der Kommunikation berücksichtigt:

- Sachebene (worüber ich informiere)
- Selbstkundgabe (was ich von mir zu erkennen gebe)
- Beziehungshinweis (was ich von dir halte und wie ich zu dir stehe)
- Appell (was ich bei dir erreichen möchte)

Weitere Inhalte für Übungen des FKT können sein:

- Welche Erwartungen werden an mich gestellt? Welche Rollen muss ich erfüllen, z.B. als Mutter, Tochter, Freundin, Kollegin?
- Welche Grenzen kann ich setzen? Wann traue ich mich, „nein“ zu sagen?
- Kann ich mit Konflikten umgehen? Wie verhalte ich in Konfliktgesprächen? Was muss ich dabei berücksichtigen?

5.8 Die Rolle der Resilienz

„Wenn man alles, was einem begegnet, als Möglichkeit zu innerem Wachstum ansieht, gewinnt man innere Stärke.“

Milarepa, Tibetischer Meditationsmeister (1052-1135)

Der Begriff Resilienz kommt aus dem Lateinischen und heißt wörtlich übersetzt: Widerstandsfähigkeit (von *resilire* ‚zurückspringen‘ ‚abprallen‘).

Resilienz beinhaltet die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen, widerstandsfähiger zu werden in schwierigen Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigungen.

Es gibt einige Studien, die sich mit dem Thema Resilienz beschäftigt haben, z. B. Aaron Antonovskys „Modell der Salutogenese“ oder die „Grundlagen Resilienzforschung“ von Emmy Werner über 40 Jahre auf Hawaii.

Die entscheidende Erkenntnis dieser und anderer Forschungsstudien zu Resilienz ist, dass resiliente Personen über Fähigkeiten verfügen, „das Beste“ aus einer ausweglosen und schwierigen Situation zu machen, d. h. Bewältigungsstrategien zu entwickeln bei widrigen Umständen.

Sogenannte Resilienzförderung wird deshalb heute auch viel bei Erkrankungen, Störungen und Problemen angewandt.

Diese Erkenntnis will sich die Verfasserin bei dem Training für anorektische Jugendliche und deren Eltern zunutze machen.

Effektives Resilienztraining

Belastungen abbauen, Ressourcen aufbauen: Ein effektives Resilienztraining erarbeitet Strategien, um schwierige Zustände situationsbedingt zu überstehen.

Beim FKT werden zunächst mittels Fragebögen eine Bedarfsanalyse für das Problem erstellt und dann geeignete Methoden, z.B. Beratungsgespräche, Diskussionen, Transferübungen, Einzel- und Gruppenarbeit, Rollenspiele, Präsentationen, Ressourcenstärkung durch positive Erfahrungen, angewandt.

Schwerpunkte zur Förderung individueller und organisationaler Resilienz

1. Umgang mit Widersprüchlichem und Unerwartetem erlernen
2. Widerstandsfähigkeit bei Belastungen aufbauen
3. Eigenverantwortung übernehmen
4. Entscheidungen sicher treffen
5. Handlungsfähigkeit, Sinnhaftigkeit und Selbstwirksamkeit fördern
6. Innere Stärke und Kraftquellen entwickeln
7. Problem-Check und Handlungsfelder identifizieren
8. Gemeinsame Leitbilder und realistische Ziele schaffen

Individuelle Übungen zur Resilienz im FKT sollen umgesetzt werden:

1. Selbstfürsorge: Was sind meine Bedürfnisse? Wie kann ich sie durchsetzen? Wie kann ich für mich selbst sorgen?
2. Soziale Kontakte: Welche Menschen gehören zu meinem sozialem Netzwerk? Auf wen kann ich mich verlassen?
3. Problemlösestrategien: Krisen dürfen nicht als unüberwindbares Problem betrachtet werden.
4. Selbstwirksamkeit: Wo sehe ich meine Stärken? Welche realistischen Ziele kann ich entwickeln? Wie kann ich die Opferrolle verlassen und aktiv werden?
5. Wie kann ich eigene Kompetenz ausbauen?
6. Stressregulationsmethoden: Welcher Stresstyp bin ich? Welche Entspannungsmöglichkeiten/-techniken tun mir gut?
7. Gibt es einen Leitsatz, der mir gut tut?

5.9 Zusammenfassung und theoretische Rückschlüsse

In den ersten drei Kapiteln wurden von der Verfasserin die Einflussfaktoren für das Entstehen von diagnostizierter Anorexia nervosa bei Jugendlichen erläutert. In Kap. 4 stellte sie die Einzelstudie von Familie Hausmann vor, insbesondere wie durch die Erkrankung der Tochter Sophie die Mutter litt und an ihre Grenzen kam und im Laufe des Trainings ihre eigene Stärke wiederfand.

Nach Ansicht der Verfasserin ist die Einbeziehung der Familie von ganz besonderer Bedeutung. Bei der Anorexia nervosa werden i. d. R. zunächst Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Ernährungsberater konsultiert. Andere Behandlungshilfen, z. B. Familientrainings, werden nach Auffassung der Verfasserin zu wenig berücksichtigt.

Ihrer Ansicht nach wird der Aspekt der Familiendynamik in bisherigen Therapieansätzen bei Anorexia nervosa nicht ausreichend beachtet und die Chance, Verhalten zusätzlich nachhaltig positiv zu beeinflussen, vergeblich.

In der Medizin wird häufig unterteilt in zwei Kategorien: Symptome sprechen für eine Krankheit oder Gesundheit.

Im Rahmen des Familienbasierten Kompetenz-Trainings bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa (FKT) liegt das Hauptaugenmerk nicht auf „Krankheit“ oder „Gesundheit“; es werden auch keine Schuldigen gesucht oder Schuldzuweisungen vorgenommen. Anders als bei herkömmlichen Therapieansätzen werden die auslösenden Reize identifiziert; es werden nicht Symptome oder die Krankheit behandelt.

Da die Problematik von einem veränderten Ernährungskonzept nicht nur die betroffene Person umfasst, sondern ebenfalls deren Umfeld, muss nach Ansicht der Verfasserin der Ansatz für ein Umdenken geschaffen werden. Um Umdenken zu ermöglichen, muss ein Paradigmenwechsel vollzogen werden. Die medizinisch- psychiatrische Sichtweise darf nicht länger ausschließlich in Betracht kommen. Vielmehr ist es erwünscht und erscheint geradezu als notwendig, familienorientiert zu arbeiten, was schon in anderen Ländern, wie z. B. England und den USA, seit längerem

stattfindet (s. Einführung). Die Familie bildet die Basis; mit ihr wird gearbeitet, um erlernte Essgewohnheiten und deren lebensbedrohliche Gefährdung zu vermeiden oder das Ernährungshabitat zu überprüfen (vgl. Kap. 3). Um jugendliches Verhalten positiv zu beeinflussen, müssen folglich Jugendliche und dessen Eltern bzw. Familie mitwirken. Wenn eine „betroffene“ Familie selbst nicht in der Lage ist, positive Veränderungen zu initiieren, z. B. wenn ein Jugendlicher an Anorexia nervosa „erkrankt“, dann ist Hilfe „von außen“ wünschens- und empfehlenswert. Auch hier lag ein weiterer Grund, das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa, kurz FKT, zu konzipieren. In diesem Sinn entwickelte sie im Trainerteam sozial-emotionale Trainingsanleitungen für Eltern und Familienmitglieder. Das Konzept und die Methodik für das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa entstanden.

Themen wie Positive Psychologie, Gefühle, Kommunikation, Lernen und soziale Kompetenzen waren wichtige Faktoren für die Gesundheit und wurden deshalb in das FKT eingearbeitet (vgl. Kap. 5.1 bis 5.8).

Es wurde mit der Familie Hausmann sozusagen ein „Pre-Training“ absolviert. Es konnten positive Ergebnisse verzeichnet werden, sodass der nächste Schritt folgen konnte, dieses Kompetenz-Training in einem Gruppenkurs mehreren anorektischen Jugendlichen zusammen mit ihrer Familie anzubieten.

IV INTERVENTION

6. Zum Ansatz des Familienbasierten Kompetenz-Trainings bei Anorexia nervosa (FKT)

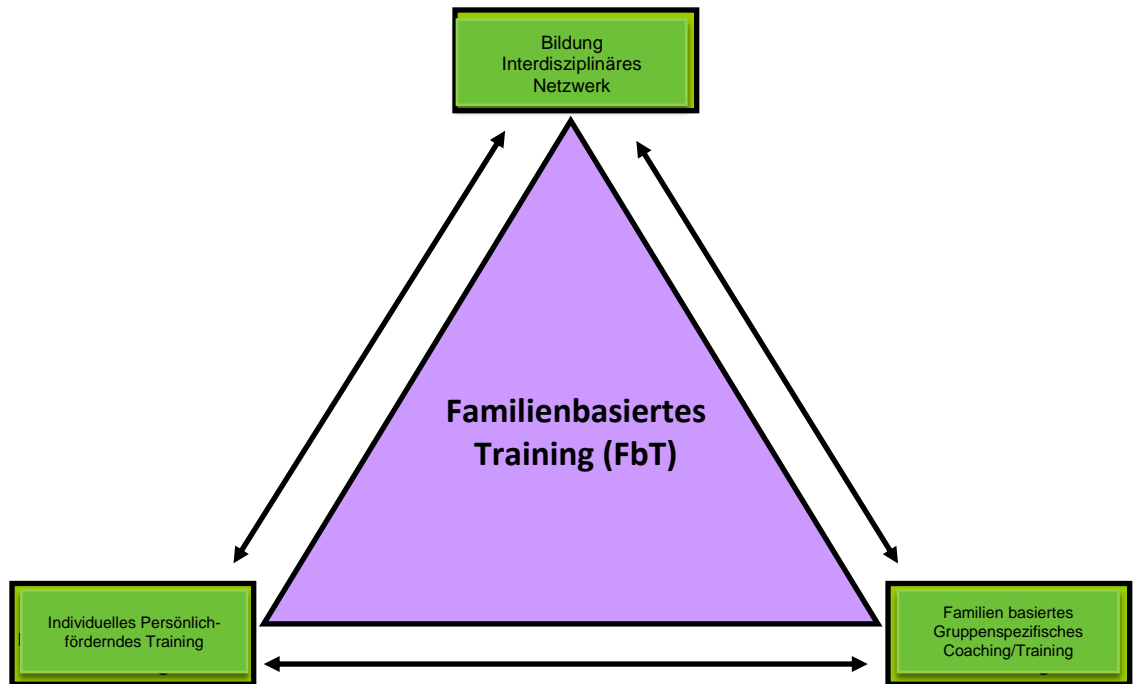


Abbildung 07: Ursprungsansatz des Familienbasierten Kompetenz-Trainings bei Anorexia nervosa (FKT)

„Das Geheimnis des Wandels liegt darin, nicht das Vergangene zu bekämpfen, sondern alle Energie darauf zu richten, das Neue aufzubauen.“

Sokrates, griechischer Philosoph (469 v. Chr.- 399 v. Chr.)

6.1 Allgemeine Einführung

Das Angebot des Familienbasierten Kompetenz-Trainings bei Anorexia nervosa (FKT) will die Situation in den Familien verbessern.

Das Training soll wertschätzend und empathisch umgesetzt werden.

Speziell psycho-soziale Veränderungen in Familien, das „Über-den-Tellerrand-Schauen“, soll durch das Familienbasierte Kompetenz-Training im gegenseitigen Umgang aller miteinander ermöglicht werden.

Neue Sichtweisen in familiären Strukturen werden erlernt, z. B. Family-Talk. Ungewollte Beziehungssituationen sollen zumutbar werden und in wahrgenommenen „Sackgassen“ sollen Wege heraus aufgezeigt werden.

Hierin liegen der Schwerpunkt und die Chance des Familientrainings.

Bis dato ist der Verfasserin im deutschen Sprachraum kein Training bei Anorexia nervosa bekannt, in dem Familien gemeinsam, d. h. Eltern mit ihren Jugendlichen, wie bei Familie Hausmann, unter An- bzw. Begleitung eines Trainers trainieren.

Im englischsprachigen Raum, z. B. in den USA, sind bereits staatliche Programme für Familien bzw. Familientrainings zur Behandlung und Vorbeugung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen etabliert worden (vgl. Rose et al., 1984; Wilson & Howell, 1993).

Diese Initiativen zeigen, dass ein wachsender Konsensus der Experten darin besteht, Familienprogramme bzw. Familientrainings als effiziente Maßnahme zur Vorbeugung sozialer bzw. gesellschaftlicher Probleme einzusetzen (vgl. N. Kluge 2011, S. 32).

Das Familienbasierte Kompetenz-Training bei Anorexia nervosa ist in Ansätzen auch der Maudsley-Methode einer speziellen Therapieform, entnommen. Diese wurde in den 80er Jahren von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten entwickelt: Bei der Familienbasierten Kompetenz-Therapie werden die Eltern dazu motiviert, eine aktive Rolle bei der Behandlung der Anorexie einzunehmen. Diese Methode wurde im Maudsley-Spital in London entwickelt. Ziel war es, lange Klinikaufenthalte der anorektischen Kinder zu vermeiden und den Eltern die Möglichkeit zu geben, zu Hause ein gesundes Essverhalten durchzusetzen. Bei der Therapie wurde versucht, die Jugendlichen wieder auf die „normale“ Entwicklungsschiene zu bringen (Wade, Treasure, Schmidt, 2011).

Dies geschah in drei Phasen

„In der ersten Phase kam es zu 15 bis 20 Therapiesitzungen während 12 Monaten. Diese Phase wurde auch als „Gewichtswiederherstellungsphase“ bezeichnet. Die Gefahren einer Mangelernährung, z. B. Hormonstörungen, kardiale Dysfunktion und viele mehr, standen im Mittelpunkt. Ziel war es, wieder ein gesundes Gewicht zu erreichen. Dafür wurden typische Familienmuster und Essgewohnheiten hinterfragt und verbessert. Die Eltern wurden dazu befähigt, die Gewichtszunahme ihres Kindes zu unterstützen und voranzutreiben.

Sobald die Patienten die Hilfe der Eltern akzeptieren, dass das Gewicht stetig zunahm und sich die Stimmung innerhalb der Familie verbessert hatte, konnte die zweite Phase eingeleitet werden [...]. Dabei wirkten die Eltern kontrollierend, aber auch unterstützend auf das Essverhalten ihrer Kinder ein.

Die dritte Phase wurde eingeleitet, als das Kind / der Jugendliche allein in der Lage war, das Gewicht bei 95 Prozent des Idealgewichts zu halten. Ziel der Phase war es, den Jugendlichen eine gesunde „jugendliche Identität“ zu geben. Die Jugendlichen sollten ihre Jugendlichkeit gesund ausleben können und mit typischen jugendlichen Konflikten zurechtzukommen“.

Die Beziehung zu den Eltern steht dabei im Mittelpunkt“ (vgl. Pflegeportal Schweiz).

Das Trainingskonzept, bei dem Eltern und Jugendliche unter Anleitung eines Trainers gemeinsam trainierten, so belegten US-amerikanische Studien, erwies sich als sehr effektiv bzw. effizient zum Abbau und zur Verminderung von Verhaltensauffälligkeiten. (vgl. N. Kluge, 2011, S. 33; Ducharme et al., 2000; Webster-Stratton, 1999; Webster-Stratton & Lindsay, 1999; Webster-Stratton et al., 2001).

So lag die Vermutung der Verfasserin nahe, dass auch bei Anorexia nervosa als Verhaltensauffälligkeit ein Familientraining besonders wirkungsvoll sei.

Der Zusammenhang zwischen elterlicher Erziehung, Kommunikation bzw. Interaktion, Familiendynamik und jugendlichem Denken, Fühlen und Verhalten unterstreicht die Bedeutsamkeit von Familientrainings.

Diese Idee bildet die Basis, auf der das Grundkonzept des Familienbasierten Kompetenz-Trainings für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa (FKT) beruht. Unter Einbeziehung der Familie kann auf jeder Ebene effektive Hilfestellung geleistet werden, was zur Verbesserung der Familiendynamik und des psycho-sozialen Funktionsniveaus aller Beteiligten führt. Dies wurde bei der Familie Hausmann deutlich.

6.2 Hauptziel der Untersuchung

„Man kann einen Menschen nicht lehren. Man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken.“

Galileo Galilei, 16. Jahrhundert

Das Hauptziel der empirischen Untersuchung war für die Verfasserin die Überprüfung der Hypothesen, die in Kapitel 7 vorgestellt werden, d. h. die Überprüfung, inwiefern das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa seine erklärte Zielsetzung, nämlich Reduktion von Anorexia nervosa bzw. abweichend normalem Essverhalten, erreicht und zugleich einen Aufbau gewollter Verhaltensänderungen – besonders in Bezug auf Aneignung eines gesunden Essverhaltens durch soziale Kompetenzen und Positiver Psychologie bei Jugendlichen – erzielt.

- Anorexia nervosa bei Jugendlichen kann durch die Förderung Familienbasierter Kompetenz-Trainings und durch Strategien der Positiven Psychologie abgeschwächt werden; eventuell kann der Krankheit sogar vorgebeugt werden.
- Jugendliche können durch Lernerfahrungen und Verhaltensänderungen in der Familie gefördert werden.
- Elterliches Modell- und Vorbildverhalten und elterliche Anleitung spielen bei der Förderung jugendlicher Sozialkompetenzen eine bedeutsame Rolle.
- Familientraining, bei dem Eltern und Jugendliche gemeinsam zusammen trainieren, stellt eine effektive und begleitende Maßnahme zur Behandlung von Anorexia nervosa bei Jugendlichen dar. Dabei ist auch das gemeinsame Miteinander innerhalb einer Familie wichtig.

Ziel des Trainings sind die Förderung und der Einsatz bereits vorhandener Kompetenzen und der Aufbau neuer Handlungsstrategien und Verhaltensänderungen.

Das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa ist primär für anorektische Jugendliche gedacht. Zugrunde liegt in diesem Fall das individuelle und intensive Training bei Familie Hausmann mit Tochter Sophie.

In Anlehnung an Kap. 1 bis 4 hat das Training zum Ziel, Anorexia nervosa bei Jugendlichen zu reduzieren bzw. ein „gesundes Ernährungskonzept“ aufzubauen.

Im Sinne der Psychologie und der Heil- und Sozialpädagogik betonen familienbasierte Trainings für anorektische Jugendliche eine ganzheitliche Sichtweise des Individuums im Familiensystem. Der Begriff „heil“ bezieht sich in diesem Sinne auf die alte Bedeutung des Wortes, nämlich „ganz“ (vgl. Klöck & Schorer 2010, S. 12). Es geht beim Training demnach um die Förderung des Jugendlichen unter Berücksichtigung seiner Gesamtpersönlichkeit, seiner Stärken und Schwächen, seiner familiären Lebenssituation, seiner Ressourcen und seines sozialen Umfelds.

Das Training versteht sich deshalb weniger als funktionelle Therapieform, sondern vielmehr als interaktions- und kommunikationsbezogene

Erziehungshilfe (vgl. Sohns 2000, S. 22f) bzw. Förderung und Begleitung des Jugendlichen und dessen Umfeld.

Studien belegen, dass Klienten im Rahmen familienbasierter Trainings deutlichere Fortschritte machen als jene, die nur „Einzeltraining“ erhielten. Dort heißt es: „Familienbasiertes Training setzt vor allem auf Stärkung von Autonomie, Selbstvertrauen, Individuation und Selbstbewusstsein und schließt Elterntreffen ein“ (Nimis, 2015).

6.3 Leitlinien

Als Leitlinien für das Vorgehen im Training wurden u. a. die von Göschke, 1997 (vgl. N. Kluge 2011, S. 45ff), aufgestellten Grundprinzipien heilpädagogischen Handelns gewählt. Das Training ist personen- und lebensweltbezogen, z. B. kommt der Trainer dem Jugendlichen und seinen Eltern kommunikatorisch entgegen.

Die Förderung im Familienbasierten Kompetenz-Training für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa beruht auf einem ganzheitlichen Ansatz im Sinne des sozial-emotionalen Ansatzes der Humanwissenschaftlichen Fakultät zu Köln im Department für Heilpädagogik und Rehabilitation. Der Trainer geht folglich nicht symptomorientiert bzw. defizitorientiert vor (vgl. Kap. 5 und 6.), sondern er legt die Förderung holistisch an, um den „ganzen Menschen“ anzusprechen.

Das Trainingsteam baut auf das Potenzial der am Training teilnehmenden Familien auf. Die sozial-emotionalen Kompetenzen werden durch Rollenspiele und weitere Methoden erlernt (vgl. Bandura 1997, Modell-Lernen). Kommunikationstechniken spielen eine große Rolle im Sinne von „Gewaltfreier Kommunikation“ nach Marshall Rosenberg und dem Kommunikationsmodell von Friedemann Schulz von Thun (vgl. Kap. 5.7).

Die Trainer praktizieren den Trainingsteilnehmern gegenüber eine wertschätzende Haltung.

Verborgene Fähigkeiten, Ressourcen und Talente werden dabei vom Trainerteam in Zusammenarbeit mit den anderen Teilnehmern entdeckt, und gefördert (vgl. Köhn 2008 S. 44; vgl. N. Kluge 2011, S. 45) im Sinne

eines ressourcen-orientierten Vorgehens (vgl. Salutogenese-Modell von Antonovsky).

Köhn gibt weiter eine gute Beziehung aller Beteiligten als Hoffnung für eine positive Zukunftsperspektive an:

„Es muss ein Vertrauen in die Zukunft bestehen, damit durch die heil-pädagogische Behandlung eine Verbesserung der gestörten Entwicklung eintreten kann.“

Köhn (2008)

Wenn der Trainer dem Jugendlichen und dessen Familie offen und unvoreingenommen entgegentritt („Ich mag Dich so, wie Du bist“) und Urteilen bzw. Verurteilen (z. B. „verhaltensauffällig“ oder „verhaltensunauffällig“, „gesund“ oder „gestört“) unterlässt, dann praktiziert er eine Haltung, die Vertrauen und Offenheit innerhalb einer Beziehung fördert. Verhaltensauffälligkeit und Anorexia nervosa bei Jugendlichen werden dieser Auffassung nach dann nicht als Defizite eines Menschen gesehen, sondern im Sinne von Häberlin als „menschliche Daseinsform, die es anzuerkennen gilt“ (Häberlin 1996; vgl. N. Kluge 2011, S. 46).

Das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa versteht das Angebot zur Förderung deshalb als Angebot zur Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung. Es geht beim Training nicht um die Frage, wie man bei Jugendlichen Verhaltensauffälligkeiten ändert, sondern es geht darum, durch Beziehung und Dialog das Trainingserleben („Verstehen gründet im gemeinsamen Erleben“, (vgl. Kobi, 1993, S. 61) bzw. die Trainingserfahrung der teilnehmenden Familie so zu gestalten, dass diese sich „neu“ erleben und effektivere Möglichkeiten des Umgangs miteinander als bisher entdecken. Erfahrungen, Denken und Fühlen sollen in die alltägliche Lebenswelt transferiert werden. In diesem Sinne geht es im FKT um Selbsterziehung (i.S.v. Moor, 1965, S. 364f), Selbstfindung, Selbstwirksamkeit und Selbstwert.

Da das Trainingskonzept interdisziplinär aufgestellt ist, wurden als weitere Leitlinien für das Trainingsvorgehen Grundprinzipien verhaltenstherapeutischer Interventionsmethoden gewählt. So orientiert sich das FKT

an der empirischen Psychologie. Es verwendet Methoden, die empirisch durch Studien abgesichert sind und sich sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen in ihrer Effektivität bewiesen haben (vgl. Eitle, 2008, S. 9; vgl. Köhn, 2008, S. 19f).

Das Training ist folglich handlungs- und lösungsorientiert, indem in den Sitzungen genau die Situationen geübt werden soll, die Jugendliche und ihre Eltern im alltäglichen Leben vorfinden, z.B. Familiengespräche bei Tisch.

Zielorientiert ist das Training in dem Sinne, dass Eltern und Jugendliche ihre Ziele und Teilziele u. a. selbst festlegen, soweit diese mit den Förderschwerpunkten des Trainings vereinbar sind, und schrittweise umsetzen. Die Förderschwerpunkte werden zum Thema der jeweiligen Trainingseinheit.

Das Training demonstriert Handlungsorientiertheit durch Übungsmöglichkeiten beim Training selbst als auch zwischen den Trainingseinheiten als Aufgabe für zuhause.

Jugendliche sollen täglich die neu erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten umzusetzen und ihre Fortschritte in einem privaten Tagebuch festhalten.

Wichtig sind beim Training Offenheit und Ehrlichkeit zwischen Trainern, Eltern und Jugendlichen.

„Erhofft wird, dass das Familienbasierte Kompetenz-Training „Hilfe zur Selbsthilfe“-Strategien vermittelt, die über das Training hinaus von Jugendlichen und Eltern angewandt werden. Eltern und Jugendliche sollen die erlernten Fertigkeiten künftig selbstständig einsetzen und in Problemsituationen anwenden können“ (vgl. N. Kluge 2011, S. 48).

Als weitere Leitlinie für das Trainingsvorgehen wurden auch die von den Vertretern der Positiven Psychologie eingebrachten Grundprinzipien „Positive Psychologie“ bzw. „Hoffnung und Optimismus“ mit einbezogen (Conoley & Conoley. 2009; Seligman, 2009; vgl. Kap 5.3).

Ein kreativer Umgang mit sich selbst und seiner Lebensumwelt erweitere das persönliche Verhaltensrepertoire, welches wiederum vielfältigere Wege

aufzeige, mit Problemen umzugehen, und zu mehr sozialem Engagement und Wissen anleite (Connolly & Connolly, 2009).

Zwecks des Trainings ist es, dass die Anwendung dieser o. g. Grundprinzipien gemäß den Forschungsergebnissen der Positiven Psychologie zu einem effektiveren Verhaltensrepertoire in den teilnehmenden Familien führt in Bezug auf Umgang mit dem eigenen Körper und angemessenes Essverhalten.

6.4 Zur Methodik

„Alle Familienmitglieder müssen in Bezug auf ihr Verhalten dazulernen, z. B. wie sie ihre Beziehungen gestalten.“

(Karl.- J. Kluge)

Wie bereits in Kap. 1 und 3 erwähnt, wirkt sich die Familiensituation eines Jugendlichen auf sein Umfeld aus; umgekehrt ist die Familie an der Entstehung und Aufrechterhaltung des auffälligen Verhaltens wie bei Anorexia nervosa beteiligt. Das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa bezieht deshalb die Eltern mit in den Trainingsprozess ein. Das Training ist sowohl alltagsspezifisch, indem es auf konkrete Erfahrungen der Eltern eingeht, als auch emotionsspezifisch angelegt, indem es die Gefühle, Ängste und Sorgen der Eltern berücksichtigt.

Hier werden die Erfahrungen der Familie Hausmann eingebracht.

Die Trainer sind Beobachter und gehen auf Interaktions- und Kommunikationsmechanismen der Familie ein; sie leiten Modellverhalten, Beratung, Moderation und Mediation an, einen effektiven Erziehungsstil bzw. ein effektives Interaktions- bzw. Kommunikationsverhalten zu entwickeln (vgl. Greving & Ondracek, 2009, S. 201).

Das FKT geht davon aus, dass nur aus der Familie heraus Handlungsstrategien und -muster erwachsen können, die zu einem Veränderungsprozess der Familie im Ganzen bzw. zu einer Entwicklungsförderung des betroffenen anorektischen Jugendlichen beitragen (vgl. N. Kluge, 2011, S. 63).

Des Weiteren setzt das FKT Methoden der Heilpädagogik zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, der Ich- und Sozial-Kompetenz sowie der Selbstbestimmung ein (Goetze, 2002; Schmidtchen, 1999).

In der Begegnung und der Beziehung mit dem Trainer und der Familie sucht der Jugendliche nach Formen der Verarbeitung und bekommt die Möglichkeit, neue Wege des psycho-sozialen Verhaltens und des Umgangs mit Emotionen auszuprobieren (vgl. N. Kluge, 2011, S. 64).

Auch beinhaltet das FKT Ansätze der heilpädagogischen Kunsttherapie bei Essstörungen (Rau, E. 2004). Es wird davon ausgegangen, dass durch schöpferisches Tun (z. B. Gestalten mit unterschiedlichen Materialien wie Papier, Farben, Ton etc.) Empfindungen, Vorstellungen, Sorgen und Ängste, Wünsche, Konflikte, Probleme, „belastende oder beflügelnde Gefühle“ bzw. Fantasien ausgedrückt und bearbeitet werden und dadurch zukünftiges soziales Verhalten positiv beeinflusst bzw. eingeleitet wird (Eitle, 2008 S. 199, N. Kluge, 2011, S. 65).

So sollte eine künstlerische Aufgabe der Familie Hausmann das Zeichnen eines Familienwappens (s. Anlage) sein. Dabei arbeitet die Familie gemeinsam aus, was ihre Familie auszeichnet und was sie in einem Familienwappen integrieren möchten.

Das FKT setzt das Rollenspiel als eine Methode ein, soziale Fertigkeiten realitätsnah einzuüben. Die Inhalte des Rollenspiels sind auf die Probleme der Jugendlichen (z. B. das „tägliche Theater“ um das häusliche Kochen und Essen) bezogen, um motivierend zu wirken und neue Verhaltensmuster aufzubauen.

In Anlehnung an die Forschungsstudie von Petermann & Petermann (2008, S. 245) besteht das Rollenspiel beim FKT aus

- (a) der Rollenspielphase
- (b) der Reflexionsphase, u. U.
- (c) einer revidierten Rollenspielphase und
- (d) einem Realitätstransfer

In der Rollenspielphase erhalten Jugendliche und Eltern realitätsnahe Beispiele, die nachgespielt werden sollen, d. h. die unerwünschte Lösung wird gespielt. Die „Schauspieler“ werden gefragt, wie sie sich dabei gefühlt haben. Anschließend wird der Jugendliche nach einem alternativen Lösungsansatz gefragt. Zum Abschluss werden die anderen Teilnehmer in

der Gruppe mit einbezogen.

Weitere heilpädagogische und psychologische Methoden, die FKT eingesetzt werden, sind Entspannungsübungen, Atemübungen, Fantasie-Reisen und Imaginationsübungen. Die anorektischen Jugendlichen werden im Training z. B. angeleitet, auf ihre Atmung zu achten. Durch die bessere Versorgung aller Organe mit Sauerstoff werden die Teilnehmer ruhiger und entspannter (vgl. Schneider & Margraf, 2009, S. 243ff). Sie erleben Stille und lernen, in sich hineinzuhorchen, Verantwortung für sich und den Körper zu übernehmen, eins zu werden mit Körper und Geist (vgl. Petermann, 2009, S. 87). Für das FKT ist die Förderung von Körperwahrnehmungsübungen von besonderer Bedeutung, da anorektische Jugendliche häufig Defizite in der Körperwahrnehmung haben (vgl. Kap. 1 und 4). Beim Autogenen Training werden durch Anspannung und Entspannung die einzelnen Muskelpartien und Organe aktiviert, wodurch eine besonders tiefe Entspannung zustande kommt.

Musik ist ein weiterer Baustein, der in der Entspannungsarbeit während des FKT eingesetzt wird, z. B. ruhiges Zuhören bzw. freies Bewegen nach Musik. Dies kann den anorektischen Teilnehmern helfen, Gefühle effektiv zu verarbeiten und offener für die eigenen und die Gefühle anderer zu werden (vgl. Klöck & Schorer, 2010, S. 23, vgl. N. Kluge, 2011, S. 67).

Als Feedback zur Wirksamkeit des Familienbasierten Kompetenz-Trainings für Jugendliche mit Anorexia nervosa wurde ein Jugendtagebuch entwickelt. Durch das Führen dieser Tagebücher sollte zudem ein Transfer des im Training Gelernten auf den Alltag angeregt werden.

Der Tagebucheintrag dient in erster Linie der Selbstreflexion, der Selbstbeobachtung und dem Versuch der Einschätzung eigener Verhaltensweisen.

Es soll dazu dienen, über den Tag nachzudenken und Beobachtungen bzw. Erfolgserlebnisse festzuhalten sowie im Alltag soziale Fähigkeiten einzuüben und diese im Kontext von Situationen anzuwenden. So sollen Verhaltensweisen zum normalen Umgang mit Essen eingeübt werden. Ziel soll sein, dass anorektische Jugendliche befähigt werden, Lebensmittel

wieder einkaufen zu können, sie zu kochen und gemeinsam mit Freunden und der Familie einzunehmen und zu genießen.

Zudem sollen die anorektischen Jugendlichen ein Ernährungstagebuch führen, d.h. konkret jeden Abend ihr Essverhalten zu reflektieren und zu notieren, was sie am Tag gegessen und getrunken haben.

Zum Ende einer jeden Trainingssitzung erhalten die Jugendlichen dann von den Trainern eine Wochenaufgabe, an der sie zuhause arbeiten sollen. Für Jugendliche mit Anorexia kann das z. B. die Aufgabe sein, einmal am Tag gemeinsam mit der Familie eine Mahlzeit einzunehmen. Dabei sollen die Jugendlichen sich selbst beobachten, um zu dokumentieren, in wie weit sie die gestellte Aufgabe erfüllt haben bzw. ob das Erfüllen der Aufgabe überhaupt möglich war.

6.5 Zielgruppe

Beim FKT handelt es sich um ein systemisches Vorgehen. Das Training richtet sich sowohl an betroffene Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa. Mit Hilfe von lernzielorientierten heilpädagogischen Übungen und Methoden bezieht sie aber auch deren Eltern und Familienangehörige durch Beratungsangebote, Informationen, heilpädagogische Übungen und Methoden mit ein (vgl. N. Kluge, 2011, S. 70).

Das Training wurde für Familien mit ihren anorektischen Jugendlichen im Alter von 13-20 Jahren entwickelt.

6.6 Untersuchungsdesign und Vorgehensweise

Die Überprüfung der Hypothesen und damit der Trainingswirksamkeit erfolgte mittels eines quasi experimentellen Designs mit drei Gruppen: zwei Trainingsgruppen (IG1 und IG2) sowie eine (dritte) Wartekontrollgruppe. Die Gruppenzugehörigkeit der einzelnen Familien wurde zufällig zugeteilt.

- In Trainingsgruppe 1 (IG1) trainierten Jugendliche gemeinsam mit einem Trainer. Das Hauptaugenmerk fällt auf das Training der Jugendlichen. Eltern werden aufgeklärt und informiert.

- In Trainingsgruppe 2 (IG2) trainierten Eltern und Jugendliche gemeinsam miteinander unter der Anleitung von zwei Trainern in einem Raum.

Inhalt, Methoden, Materialien, Ablauf und Struktur des Trainings (s. Kap. 4-6) waren bei beiden Gruppen (IG1 und IG2) identisch. Die Wartekontrollgruppe wurde nicht trainiert.

Es gab, wie bereits in Kap. 6 dargestellt, drei Messzeitpunkte: vor Beginn des Trainings (t1 = vorher), direkt nach Abschluss der Trainingseinheit (t2 = nachher) und 6 Monate nach Trainingsabschluss (t3 = Follow-up).

Das Trainerteam für sämtliche Gruppen bestand aus einer Psychologin (der Verfasserin) und Prof. Dr. Karl-J. Kluge, die in Methoden und Konzept vor Trainingsbeginn trainiert und begleitend zum Training regelmäßig supervisiert wurden.

Die Trainings für die Gruppen IG1 und IG2 wurden von Anfang September 2014 bis Anfang Dezember 2014 in Nordhorn durchgeführt und fanden in dieser Zeit an mehreren Samstagen statt: vormittags die IG2-Gruppe (Eltern und Jugendliche), nachmittags die IG1-Gruppe (nur Jugendliche).

6.7 Rahmenbedingungen

Das Training wurde für Gruppen mit 5-8 Familien unter der Leitung der Trainer Karl-J. Kluge und A. Hölscher konzipiert. Nach Möglichkeit sollten immer zwei Trainer pro Gruppe zur Verfügung stehen. Es wurden vier Trainingseinheiten mit je sechs Stunden inklusive einer 30-minütigen Pause durchgeführt, zusätzlich je zwei Einzelgespräche. Die Trainings fanden jeweils samstags statt.

In der sogenannten Kontrollgruppe wurden bei den Jugendlichen mit diagnostizierter Magersucht die Trainings unter gleichen Bedingungen in Kleingruppen durchgeführt. Diese fanden auch an Samstagen statt. Außerdem gab es Einzelgespräche am Anfang und am Ende der Trainings.

6.8 Trainingsablauf

Eingesetzt wurden, wie bereits dargestellt, folgende psychologisch-heilpädagogischen Methoden: Informationsvermittlung, Instruktionen, Modelllernen, Rollenspiele zu speziellen Sitzungsthemen, Videotraining / Skype-Aufzeichnungen bzw. Hördokumentationen, Entspannungstechniken sowie heilpädagogische Spiele, kunsttherapeutische Übungen und Übungen aus der Psychomotorik zur Auflockerung und Kompetenzbildung. Mit Hilfe von Wochenaufgaben, Video- und Hördokumentationen sollte eine weitere Methode eingesetzt werden (i.S.v. N. Kluge, 2011).

Die Einbeziehung der Eltern bzw. Familie in das Training hatte zum Ziel, familiäre Bedingungen systemisch zu verändern und neue Verhaltensweisen zu üben, sodass sich aktuelle Probleme wie die Magersucht auflösen und künftig vermieden werden.

Im Rahmen einer Vorbesprechung mit den Trainern und Anschreiben vor Trainingsbeginn bzw. während der Trainingszeit erhielten Eltern Informationen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Anorexia nervosa bei Jugendlichen, lerntheoretische Erziehungsprinzipien, Anleitungen zur Verhaltensbeobachtung, Anleitungen zum Erkennen und Abbau von ineffektivem Erziehungs-, Interaktions- und Kommunikationsverhalten sowie Problemlösestrategien.

Das Training hatte folgenden Ablauf:

Anschreiben an die Eltern bzw. Familie

Einzelgespräch 1:

Vorbesprechung mit Eltern und Jugendlichen nach Möglichkeit im Einzelgespräch. Fragebogen IEG (t1) beantworten. Hauptthema: „Warum hungere ich?“, „Wonach hungere ich?“ Gründe für das anormale Ernährungskonzept, für die Magersucht.

Trainingseinheit 2:

Hauptthema: „Selbstvertrauen und positives Denken aufbauen“. Übungen.

Trainingseinheit 3:

Hauptthema: „Zwischenbilanz: Was konnte ich bereits verändern, woran will ich noch weiter arbeiten?“ Übungen.

Trainingseinheit 4:

Hauptthema: Rollenspiele, Auswertungen, Familienkompetenz üben.

Trainingseinheit 5:

Hauptthema: „Sich annehmen“ - Gefühle zeigen, Meinungen und Kritik äußern. „Sich etwas alleine trauen“. Offen werden für neue Erfahrungen; Verabschieden der Gruppe.

Abschlussgespräch 6:

Hauptthema: „Wie will ich mein Leben gestalten?“ „Wie hat sich die persönliche und auch die Familiensituation durch das Training geändert?“ Fragebogen IEG (t2) beantworten, nach Möglichkeit Einzelgespräche mit Eltern und Jugendlichen (vgl. N. Kluge, 2011, S. 67).

Die Trainingssitzungen haben eine einheitliche Struktur:

1. Begrüßung und Bekanntgabe der Tagesordnung
2. Wochenreflexion und Auswertung der Tagebücher/Wochenaufgabe aus der letzten Sitzung, Family Talk.
3. Hauptthema und Übungen: Informationen, Auswertung und Besprechung der Hör- bzw. Tondokumentationen, Spiele/Übungen, Rollenspiele zu einem Themenbereich (z. B. mit jemanden essen gehen, in der Familie kochen), Entspannungstraining.
4. Eigene Stärken finden: Teilnehmer sollen mit einem positiven und gestärkten Selbstwertgefühl nach Hause gehen, Elemente der Positiven Psychologie kennenlernen.
5. Besprechung und Planung der Tages- und Wochenaufgaben. LernProzess-Journale und Positive GefühlsJournale werden eingesetzt.

6.8.1 Materialien

Die Erläuterung des Trainingsprogramms erfolgt durch ein Manual. In diesem befinden sich zusätzlich alle diagnostischen Fragebögen, die zum Einsatz kommen, sowie Kopiervorlagen der Informations- und Arbeitsblätter für die Teilnehmer.

Die Teilnehmer fertigen zudem während der Trainingssitzungen eigene Materialien an, z. B. LernProzess-Journale und Positive GefühlsJournale, Kreatives Gestalten (wie das „Familienwappen“, s. Anlage); Videoaufzeichnungen.

Die Teilnehmer sollen hierdurch das Erlernte vertiefen und sich später im Sinne der Rückfallprophylaxe immer wieder in Erinnerung rufen können. Bei Jugendlichen könnte ein Rückfall eine Brech- oder Essattacke sein oder – vielleicht wahrscheinlicher – ein Rückfall in die totale Isolation und die totale Kontrolle des Essens.

6.8.2 Fragebogen zum Essverhalten und Gewichtsverlauf

Die Verfasserin recherchierte, welcher Fragenbogen für die Abfrage der Trainingswirksamkeit am geeignetsten sei. So wurde die Trainingswirksamkeit mit Hilfe des Fragebogen IEG zum Essverhalten und Gewicht von Prof. Dr. T. Staufenbiel und Prof. Dr. J. M. Diehl überprüft (s. Anlage).

6.9 Zusammenfassung Konzept und Aufbau

Basierend auf den Grundannahmen, die in Kapitel 1-4 dargestellt wurden, arbeitet das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa mit Eltern und Jugendlichen gemeinsam als Gesamtgruppe.

Eine besondere Bedeutung kommt den Trainern zu, die eine positive Grundhaltung bzw. das erstrebte Sozialverhalten vorleben und damit bei den Teilnehmern Modelllernen ermöglichen.

Die Leitlinien und Methodik des Trainingsvorgehens sind hauptsächlich psychologischer und heilpädagogischer Art, aber auch interdisziplinär bzw. multimodal ausgerichtet. Sie orientieren sich dabei sowohl an den Empfehlungen und Forschungsergebnissen (vgl. Kapitel 4) als auch an psychologischen und heilpädagogischen Konzepten, empirischen Untersuchungen, verhaltenstherapeutischen Interventionsmethoden bzw. Grundprinzipien der Positiven Psychologie.

Das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa nimmt an, dass es in seinem Ansatz und seiner Methodik wirkt. Ob dem so ist, wird in den folgenden Kapiteln untersucht.

Basis zur Untersuchung der Wirksamkeit des Trainings ist die Hypothesen-Bildung im folgenden Kapitel 7.

V EMPIRIE

7. Forschungsfragen und Hypothesenbildung

7.1 Forschungsfragen

Nach Literaturrecherchen, Studien und Publikationen kommt die Verfasserin zu der Erkenntnis, dass ein Familienbasiertes Kompetenz-Training (FKT) für Jugendliche mit Anorexia nervosa sinnvoll erscheint. Ihrer Meinung nach besteht der Vorteil darin, dass im FKT Familien bzw. Eltern und Jugendliche, entgegen der sonst üblichen medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Therapie- und Behandlungsmethoden, die emotional-soziale Förderung der Jugendlichen mehr im Vordergrund steht.

Aufgrund der durchgeführten Recherchen und Trainingserfahrungen (vgl. Kap. 1-6) ist daher eine Überprüfung dieses Grundgedankens besonders interessant.

Die Forschungsfragen der Verfasserin lauten:

Forschungsfrage 1:

Ist das Familienbasierte Kompetenz-Training (FKT) eine geeignete Behandlungsform, das Krankheitsbild Anorexia nervosa bei Jugendlichen zu verringern und emotional-soziale Kompetenzen bei Jugendlichen zu fördern?

Forschungsfrage 2:

Ist das Familienbasierte Kompetenz-Training (FKT), bei dem Eltern und Jugendliche gemeinsam miteinander trainieren, sinnvoller, um das Krankheitsbild Anorexia nervosa bei Jugendlichen zu verringern und emotional-soziale Kompetenzen bei Jugendlichen zu fördern, als wenn Jugendliche alleine trainiert werden?

Der Hintergrund des FKT ist ausführlich im Methodenteil in Kapitel 6 beschrieben worden. Zum besseren Verständnis der Untersuchung findet sich hier eine Kurzbeschreibung:

Mit Hilfe zweier Trainingsgruppen (IG1 und IG2) und zusätzlich einer Wartekontrollgruppe (KG) sollte die kurzfristige bzw. längerfristige Wirksamkeit eines Trainings für Familien mit an Anorexia nervosa erkrankten Jugendlichen untersucht werden.

In Gruppe IG1 trainierten betroffene Jugendliche gemeinsam.

In Gruppe IG2 trainierten Eltern und betroffene Jugendliche gemeinsam miteinander.

Abgesehen von dieser differenzierenden Gestaltung des Trainingssettings wurde der Ablauf der Trainings dahingehend gestaltet und kontrolliert, dass es in den beiden Trainingsgruppen hinsichtlich der Bereiche Konzept, Aufbau, Methodik und Materialien keine Unterschiede gab.

Die Wartekontrollgruppe wurde für diese Untersuchung nicht trainiert (in Anlehnung an der Forschungsstudie mit unsicheren Kindern von N. Kluge, 2011, S. 60-62).

7.2 Hypothesen

Durch die intensive Betreuung der Familie Hausmann und den Hintergründen des Krankheitsbildes im Theorieteil (vgl. Kap. 1-6) möchte die Verfasserin folgende Thesen aufstellen:

Hypothese 1:

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa bei den Jugendlichen gegenüber dem Trainingsbeginn (t1).

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Hypothese 2:

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber dem Trainingsbeginn (t1).

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Hypothese 3:

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Wartekontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt.

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Hypothese 4:

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Wartekontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt.

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Hypothese 5:

In der FKT-Trainingsgruppe, in der Eltern und Jugendliche gemeinsam trainieren (IG2), zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Trainingsgruppe (IG1), in dem anorektische Jugendliche alleine gemeinsam trainiert werden, zum gleichen Zeitpunkt.

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Hypothese 6:

In der FKT-Trainingsgruppe, in der Eltern und Jugendliche gemeinsam trainieren (IG2), zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der anderen Trainingsgruppe (IG1), in dem anorektische Jugendliche alleine gemeinsam trainiert werden, zum gleichen Zeitpunkt.

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

7.3 Erfassungsverfahren von Trainingseffekten

Aus Kapitel 1-6 ergab sich für die Verfasserin die Frage nach der Wirksamkeit des Familienbasierten Kompetenz-Trainings für Jugendliche mit Anorexia nervosa. Diese Frage soll mit Hilfe der in diesem Kapitel dargestellten empirischen Untersuchung beantwortet werden. Es werden an dieser Stelle zunächst einmal die genauen Ziele und Vorgehensweisen (Untersuchungsdesign) der Untersuchung erläutert. Danach werden die Messinstrumente, die Stichprobe sowie die Untersuchungsdurchführung beschrieben. Im Anschluss folgen in den darauffolgenden Kapiteln Auswertung, Interpretation bzw. Diskussion der Ergebnisse (in Anlehnung an die Forschungsstudie von N. Kluge, 2011, S. 63-71).

7.4 Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen (IEG)

Zur Untersuchung der Wirksamkeit wurde der Fragebogen IEG „Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen“ (2006) von Prof. Dr. Thomas Staufenbiel und Prof. Dr. Jörg M. Diehl eingesetzt (s. Anlage).

Mit den Standardskalen des IEG werden 14 von der Ernährungspsychologie als zentral erachtete Einstellungs- und Verhaltensdimensionen erfasst. Für den Einsatz im Bereich der Essstörungen liegen neun Zusatzskalen vor.

Während im englischsprachigen Raum bereits seit langem eine Vielzahl von Fragebögen zur Beurteilung normalen und gestörten Essverhaltens vorliegt, war und ist die Auswahl an publizierten deutschen Fragebögen zur Erfassung der entsprechenden Konstrukte wesentlich begrenzter (Fichter, 1989; Grunert, 1989; Meermann & Vandereycken, 1987; Pudiel & Westenhöfer, 1989; Thiel & Paul, 1988). Auf Grund dieses Sachverhalts hätte auch ein Fragebogen konstruiert werden können, mit dem eine noch größere Zahl zusätzlicher Facetten des Problembereichs „Essen und Gewicht“ erfasst werden könnte. Die Verfasserin wählte den IEG als standardisierten und normierten Fragebogen.

Durch entsprechende Verlaufsmessungen kann mit dem IEG überprüft werden, inwieweit angestrebte Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreicht worden sind.

Der für die Konstruktion der Standardskalen zusammengestellte Item-Pool bestand aus 471 Aussagen, die überwiegend Ferstl et al. (1978) entstammten. Weiterhin aufgenommen wurden die Items der "Latenten Adipositas-Skala" von Pudiel (1978), ein unveröffentlichter Fragebogen desselben Autors sowie zwei Skalen von Diehl (1980). Faktoren- und nachfolgende Item-Analysen aus einer Stichprobe von 585 Erwachsenen führten zur Endform des IEG mit 145 Items, die 14 (Standard-)Skalen zugeordnet wurden. Für Untersuchungen speziell im Bereich der Essstörungen wurde das IEG später um neun Zusatzskalen (47 Items) erweitert. Ihre Konstruktion erfolgte auf Grund einer Faktorenanalyse der Items des „Eating Attitude Tests“ (EAT; Meermann & Vandereycken, 1987, S. 29-30), des „Eating Disorder Inventory“ (EDI; Thiel & Paul, 1988) und des „Anorexia-nervosa-Inventars zur Selbstbeurteilung“ (ANIS; Fichter, 1980).

Die **Standardskalen des IEG** (mit Anzahl der Items und Bedeutung des Skalenwertes) sind:

- Einstellung zum Essen (10 Items): Positive Einstellung. Das Essen hat bei der Person einen hohen Stellenwert für das Wohlbefinden und die Lebensfreude.
- Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses (7 Items): Die Person ist häufig hungrig und äußere Nahrungsreize lösen in der Regel das Bedürfnis aus, etwas zu essen bzw. mit dem Essen fortzufahren.
- Sozial-situative Auslöser für Mehressen (8 Items): Die Person reagiert in einer Vielzahl von (sozialen) Situationen mit erhöhter Nahrungszufuhr.
- Wirkung des Essens (9 Items): Die Zufuhr von Nahrung hat einen (äußerst) positiven Effekt auf das körperliche und psychische Wohlbefinden der Person.
- Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung (20 Items): Die (erhöhte) Zufuhr von Nahrung wird von der Person in erheblichem Umfang zur Bewältigung von (emotionalen) Belastungen eingesetzt.

- Essen und Gewicht als Problem (14 Items): Die Höhe des Körpergewichts und der Nahrungszufuhr stellen für die Person ein erhebliches Problem dar.
- Zügelung des Essens (11 Items): Die Person ist in hohem Maße mit der Regulation ihres Körpergewichts beschäftigt und unterwirft sich aus Gewichtsgründen starken Beschränkungen in der Nahrungszufuhr.
- Einstellung zur gesunden Ernährung (10 Items): Positive Einstellung zu vernünftiger, gesunder Ernährung. Eine derartige Ernährungsweise wird als wichtig und notwendig angesehen.
- Einstellung zu Übergewichtigen (7 Items): Die Person ist Übergewichtigen gegenüber nicht negativ eingestellt.
- Essgeschwindigkeit (11 Items): Die Person isst schnell und hastig.
- Essen zwischen den Mahlzeiten (5 Items): Die Person nimmt in größerem Umfang Nahrung zwischen den drei Hauptmahlzeiten zu sich.
- Nächtliches Essen (4 Items): Die Person isst vor dem Einschlafen oder in der Nacht meist etwas.
- Esszwänge in der Kindheit (3 Items): Die Person wurde in ihrer Kindheit zum Auf- und Vielessen angehalten.
- Belastung durch Übergewicht (16 Items): Das Übergewicht stellt für die Person in körperlicher, psychischer oder sozialer Hinsicht eine starke Belastung dar.

Zusatzskalen des IEG:

- Angst vor Gewichtszunahme (6 Items): Massive und ständige Angst, vom Essen zuzunehmen und „dick“ zu werden („Gewichtsphobie“).
- Unzufriedenheit mit der Figur (6 Items): Die Person hat starke „Figurprobleme“. Sie ist mit dem Aussehen verschiedener Körperpartien in hohem Maße unzufrieden.
- Bulimie (Ess-/Fressanfälle) (6 Items): Die Person berichtet von häufigen bulimischen Attacken (Ess- oder Fressanfällen).
- Übelkeit und Erbrechen nach dem Essen (5 Items): Essen löst bei der Person meist Übelkeit und (den Drang zu) Erbrechen aus.

- Gefühl äußerer Esszwänge (3 Items): Die Person fühlt sich durch Menschen aus ihrer Umgebung gedrängt, mehr zu essen und an Gewicht zuzunehmen.
- Überforderungs- und Minderwertigkeitsgefühle (6 Items): Die Person fühlt sich selbstunsicher und in starkem Maße überfordert.
- Perfektionismus und Leistungsmotiviertheit (5 Items): Die Person ist motiviert, stets Bestleistungen zu vollbringen und alle Aufgaben möglichst perfekt zu erledigen.
- Zwischenmenschliche Verslossenheit (5 Items): Die Person ist gegenüber anderen Menschen verschlossen und distanziert. Sie meidet enge (gefühlsmäßige) Beziehungen.
- Angst vor den eigenen Gefühlen (5 Items): Die Person hat das Empfinden, die eigenen Gedanken und Gefühlsregungen nicht ausreichend zu verstehen und unter Kontrolle halten zu können.
Antwortformat der Items: Auf die Items kann mit zwei Stufen der Zustimmung (trifft zu, trifft überwiegend zu) sowie der Ablehnung (trifft überwiegend nicht zu, trifft nicht zu) geantwortet werden.

Zusatzfragen: Im zweiten Teil des Inventars sind zusätzliche Fragen und Ratingskalen zu Gewicht und Übergewicht, zur Gewichtszufriedenheit sowie zum Tabakkonsum zusammengestellt. Der dritte Teil erhebt die für das Ernährungsverhalten relevanten soziodemographischen Merkmale.

Reliabilität: Für sämtliche Items wurden Trennschärfekoeffizienten mitgeteilt. Die Werte von Cronbach's α lagen bei den Standardskalen zwischen .71 und .93, bei den Zusatzskalen zwischen .61 und .91. Validität: Das Verfahren besaß faktorielle und inhaltliche Validität. Es werden Prozentrangnormen für Frauen und Männer sowie Mittelwerte für verschiedene Alters-, Schulbildungs- und Gewichtsgruppen mitgeteilt.

7.5 Indikatoren der Trainingswirksamkeit

Als Parameter für die Wirksamkeit des Interventionserfolgs wurden Indikatoren für Anorexia nervosa bei Jugendlichen festgelegt wie soziale Verhaltensweisen, Zufriedenheit mit sich, normales Essverhalten – eventuell auch das Gewicht, jedoch muss die Angabe auf freiwilliger Basis sein, da es nicht gut ist, wenn die Bedeutung des Gewichts in irgendeiner Form einen Schwerpunkt zu bilden scheint oder nur das Gewicht im Vordergrund steht.

Die Indikatoren zur Erfassung der Wirksamkeit des Familienbasierten Kompetenz-Trainings für Jugendliche mit Anorexia nervosa wurden in Anlehnung an die Merkmale für Anorexia nervosa entwickelt.

Sie beziehen sich auf jugendliches Verhalten bzw. Befinden insbesondere:

- Wohlbefinden, Zufriedenheit mit sich selbst
- Körperausdruck / Körperhaltung
- Verhalten in emotional-sozialen-psychologischen Situationen wie Essen mit der Familie oder Freunden
- evtl. Gewichtskontrolle

Das Gewicht von anorektischen Jugendlichen zu kontrollieren ist schwierig. Zum einen will man eine messbare Größe haben, zum anderen ist es problematisch, anorektische Jugendliche, immer wieder mit dem Gewicht zu konfrontieren. Schließlich ist das gerade der „wunde Punkt“. Bei den anorektischen Jugendlichen dreht sich alles ums Gewicht und davon will man sie wegbringen. Sämtliche Gewichtsverläufe wurden vertraulich von der Verfasserin ausgewertet.

Die Jugendlichen wurden gebeten, sich einmal wöchentlich zu wiegen. Zudem wurde von der Verfasserin empfohlen, Ernährungstagebücher zu führen.

Die Ernährungsprotokolle und Ernährungstagebücher wurden von der Verfasserin gesichtet und für die Einzelgespräche mit der Trainerin hinzugezogen, aber nicht statistisch ausgewertet.

7.6 Stichproben

An dieser Studie nahmen insgesamt 16 Familien mit anorektischen Jugendlichen teil; zusätzlich noch acht Familien aus der Wartekontrollgruppe.

Der Fragebogen IEG wurde statistisch ausgewertet (vgl. Kap. 8).

7.7 Durchführung

Die Jugendlichen sämtlicher Gruppen wurden unmittelbar vor Trainingsbeginn (t_1 = vorher) im September 2014 sowie unmittelbar nach Trainingsabschluss (t_2 = nachher) im Dezember 2014 mittels des Fragebogens IEG Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen befragt (s. Kap. 7.4) Der Fragebogen wurde von den Trainern am Tag der Vorbesprechung (t_1 = vorher) erklärt und ausgeteilt und am letzten Trainingstag (t_2 = nachher) eingesammelt.

Die Familien der Wartekontrollgruppe wurden zu denselben Zeitpunkten mit demselben Fragebogen befragt. Für den zweiten Messzeitpunkt (t_2 = nachher) wurden die Familien der Wartekontrollgruppe zu einem Vortrag mit anschließender Beköstigung eingeladen, an dem die Befragung dann stattfand.

Der dritte Messzeitpunkt der Untersuchung (t_3 = Follow-up) im Juni/Juli 2015 lag sechs Monate nach Beendigung des Trainings. Hierzu wurden die Jugendlichen zu einem Einzeltermin am Freitagnachmittag bzw. Samstag eingeladen und konnten darüber berichten, wie es ihnen in den letzten sechs Wochen ergangen ist.

VI ERGEBNISSE

8 Auswertung und Ergebnisse

8.1 Vorbemerkungen zum Vorgehen

Zunächst wurden die gebildeten Skalen vorgestellt. Es zeigte sich, dass einige Male die Cronbach´s Alpha Werte nur sehr schwach sind – bei diesen Skalen sollten alle Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden.

Grundsätzlich ist die Fallzahl insgesamt recht klein, was ebenfalls bedeutet, die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren (Dies war auch der Grund weshalb bei den induktiven Verfahren nichtparametrisch vorgegangen wurde und z.B. nicht mit ANOVAS für Messwiederholungen gearbeitet wurde).

Die deskriptiven und induktiven Auswertungen wurden mit dem statistischen Programmpaket SPSS 24.0 erstellt (IBM, 2016).

Im Anhang befinden sich sämtliche Auswertungen, Tabellen und Grafiken mit Beschreibungen aller verwendeten Verfahren und einer kurzen Erklärung.

Die Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings erfolgte über die Analyse verschiedener Skalenwerte. Dabei konnten die Werte sowohl deskriptiv als auch induktiv untersucht werden. Die abgefragten Items des Fragebogens IEG waren ordinal skaliert mit den Abstufungen 4 = “trifft zu“, 3 = “trifft überwiegend zu“, 2 = “trifft überwiegend nicht zu“ und 1 = „trifft nicht zu“. Aus den einzelnen Items wurden Aufsummierung Skalen gebildet, die intervallskaliert sind.

Das Tagebuch der Jugendlichen wurde nicht rechnerisch ausgewertet, es floss in den Gesamtzustand der Jugendlichen mit ein.

Die Gewichtsveränderungen der Jugendlichen waren angegeben und konnten ausgewertet werden.

8.2 Datenauswertung

Das Signifikanzniveau sollte in statistischen Tests möglichst hoch sein. Er wird mit einem p-Wert angegeben. Ein hochsignifikantes Ergebnis liegt z.B. bei $p < 0.01$. Zwischen $0.01 < p < 0.05$ spricht man von signifikanten Ergebnissen. Werte zwischen 0.05 und 0.1, werden als schwach signifikante Ergebnisse interpretiert. (Eckey, 2006).

8.3 Skalenbildung

Es wurden 14 verschiedene Skalen zu drei verschiedenen Zeitpunkten berechnet. Fehlende Werte wurden durch den Mittelwert der übrigen Items der jeweiligen Skala geschätzt. Dazu wurden einige Umcodierungen der Items vorgenommen, damit die verschiedenen Codierungen inhaltlich alle gleichgewichtet waren. Die Skalen wurden entsprechend den Angaben vom Manual (Diehl, M. 2006) normiert, so dass die Werte jeder Skala von 0 bis 30 gehen, was eine Vergleichbarkeit der Skalen untereinander ermöglicht. Es handelt sich um eine homogene Personengruppe von Mädchen mit Untergewicht. Zu allen Skalen wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt, indem jeweils Cronbach's Alpha berechnet wurde. Die entsprechenden Ergebnisse fasst Tabelle 1 zusammen.

Tabelle 1: Cronbach's Alpha zu den verschiedenen Skalen und Zeitpunkten

Skala	T1	T2	T3
Einstellung zum Essen	0.654	0.515	0.235
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses	0.853	0.841	0.794
Sozial-situative Auslöser für Mehressen	0.795	0.763	0.641
Wirkung des Essens	0.864	0.801	0.697
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung	0.924	0.914	0.865
Essen und Gewicht als Problem	0.615	0.489	0.572
Zügelung des Essens	0.813	0.671	0.639
Einstellung zur gesunden Ernährung	0.652	0.693	0.533
Einstellung zu Übergewichtigen	0.61	0.5	0.344
Essgeschwindigkeit	0.363	0.21	0.275
Essen zwischen den Mahlzeiten	0.615	0.368	0.555
Nächtliches Essen	0.508	0.233	0.016
Esszwänge in der Kindheit	0.715	0.649	0.367
Belastung durch Übergewicht	0.891	0.932	0.89

Angegeben sind hier alle Cronbach´s Alpha Werte zu den Skalen.

Man kann an den Werten ablesen, dass der angestrebte Referenzwert von 0.7 (Referenz) in vielen Fällen unterschritten wird. Die entsprechenden Skalen wurden farbig markiert. Die blau markierten Skalen sind am besten als Indikator für Veränderungen / Unterschiede zu gebrauchen.

Eine weitere Verwendung dieser (der gelben) Skalen wurde als nicht sinnvoll erachtet, so dass sie in den folgenden Untersuchungen nicht mehr berücksichtigt wurden. Im Anhang 0 sind jedoch die Ergebnisse auch bzgl. der hier nicht berücksichtigten Skalen mit angegeben.

8.4 Deskriptive Auswertung

Der Datensatz setzt sich aus 24 Mädchen zusammen, die zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 15 und 17 Jahre alt waren. Jeweils acht Personen waren dabei einer der drei Untersuchungsgruppen zugeordnet.

Tabelle 2 fasst die deskriptiven Ergebnisse zu den erhobenen stetigen Variablen des Datensatzes zusammen.

Im Datensatz sind Informationen zu Größe und Gewicht gegeben. Diese beiden Variablen wurden in die folgende Formel des Body-Mass-Index (BMI) eingebracht:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in Kilogramm}}{(\text{Größe in Metern})^2}$$

Tabelle 2: Deskriptiver Überblick zum Datensatz

	M	Median	SD	Min	Max
Größe (cm)	169.5	170	2.48	164	174
Ausgangsgewicht	45.42	44.5	4.77	39	54
Endgewicht	45.96	45	4.5	39	54
Abweichung vom Idealgewicht in% - Ausgangsgewicht	-23.01	-24.43	9.18	36.27	-2.26
Abweichung vom Idealgewicht in % - Endgewicht	-22.10	-23.78	8.89	36.27	-4.07
BMI - Ausgang	15.82	15.49	1.83	13.18	19.83
BMI - Endmessung	16.01	15.73	1.77	13.18	19.47

Die Abweichung vom Idealgewicht wurde dabei mit den Normierungstabellen des Manuals berechnet. Man kann erkennen, dass die Werte der Eingangs- und Endmessung sehr nahe beieinander liegen. Grafische Darstellungen (s. Anlage 0).

Die deskriptiven Ergebnisse zu den verschiedenen Skalen sind nach Gruppen aufgeteilt in der folgenden Tabelle 3 zu finden, getrennt nach den drei Messzeitpunkten (t1 = Sep 2014, t2 = Januar 2015, t3 = Juni/Juli 2015). Wie bereits weiter oben erwähnt, wurden nur diejenigen Skalen berücksichtigt, bei denen ein ausreichender Wert bei Cronbach's Alpha ermittelt werden konnte.

Tabelle 3: Deskriptiver Überblick zu den Skalen, nach Zeitpunkten getrennt

	IG1		IG2		KG	
	M	SD	M	SD	M	SD
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1	15.96	6.76	17.35	3.76	15.88	3.69
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	15.3	5.2	16.9	3.3	15	3.8
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	15.33	4.69	17.52	3.3	15.72	2.12
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1	14.69	6.19	13.44	5.78	17.03	5.17
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	14.84	4.84	14.22	5.86	16.88	4.58
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	15.2	3.95	15.78	5.09	17.03	3.4
Wirkung des Essens t1	12.22	6.11	9.72	6.66	14.58	7.21
Wirkung des Essens t2	12.36	5.26	11.53	6.23	15.14	3.8
Wirkung des Essens t3	13.61	4.51	13.06	5.17	15.97	2.22
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1	18	8.33	25.94	2.95	18.94	3.22
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	16.43	5.39	24.06	2.83	16.56	3.4
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	16.69	4.46	23.13	1.87	16.5	2.48
Belastung durch Übergewicht t1	17.63	6.18	22.71	2.49	16.46	3.35
Belastung durch Übergewicht t2	13.13	4.05	24.38	3.56	14.9	2.89
Belastung durch Übergewicht t3	15.25	5.18	21.56	2.53	17.08	4.92

Wie an diesen deskriptiven Werten ersichtlich ist, liegen zwischen den drei Gruppen meist nur kleinere Unterschiede vor. Jedoch sind in der Gruppe IG2 im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen IG1 und KG deutliche Unterschiede bei „Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung“ und „Belastung durch Übergewicht“ zu erkennen. Dieses kann unterschiedliche Ursachen haben. Da es sich um die Gruppe handelt, wo Eltern mit den Jugendlichen zusammen trainieren war laut der Verfasserin diese Entwicklung nicht unbedingt zu erwarten gewesen, zumindest nicht in den jeweiligen Zeitpunkten t2 und t3. Hier hätte die Verfasserin eher eine Entwicklung erwartet, dass die Gewichtung des Merkmals „Essen als Mittel gegen emotionale Belastung“ nimmt mit dem Verlauf des Trainings ab. „Belastung durch Übergewicht“ kann laut Verfasserin durchaus als positive Tendenz gewertet werden. Dass die Mädchen im Laufe des Trainings unter ihrem Übergewicht leiden. Das Training beinhaltet ja viele Elemente, die ein gesundes Leben, gesundes Essen, normale Gewichtsentwicklung und auch selbstsicheres Leben fördern.

8.5 Ergebnisse

Um sich einen ersten Überblick über die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Skalen zu machen, wurden Korrelationen, nach der Pearson-Methode berechnet. Dieses Verfahren wurde gewählt, da durch die Zusammenfassung der einzelnen Items stetige Scores resultierten.

Die Ergebnisse getrennt nach den drei Messzeitpunkten sind in folgender Tabelle 4 zu sehen.

Tabelle 4: Ergebnisse nach den drei Messzeitpunkten

	t1				
	1	2	3	4	5
1. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1	1	,757**	,663**	,631**	0.355
2. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1	,757**	1	,785**	0.211	0.182
3. Wirkung des Essens t1	,663**	,785**	1	0.055	0.101
4. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1	,631**	0.211	0.055	1	,533*
5. Belastung durch Übergewicht t1	0.355	0.182	0.101	,533*	1
	t2				
	1	2	3	4	5
1. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	1	,776**	,596**	,595**	0.470
2. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	,776**	1	,758**	0.127	0.233
3. Wirkung des Essens t2	,596**	,758**	1	0.061	0.071
4. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	,595**	0.127	0.061	1	,614*
5. Belastung durch Übergewicht t2	0.470	0.233	0.071	,614*	1
	t3				
	1	2	3	4	5
1. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	1	,782**	,575**	,609**	0.368
2. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	,782**	1	,564**	0.257	0.248
3. Wirkung des Essens t3	,575**	,564**	1	0.126	0.130
4. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	,609**	0.257	0.126	1	0.321
5. Belastung durch Übergewicht t3	0.368	0.248	0.130	0.321	1

*signifikant. ** hochsignifikant

Zu den drei verschiedenen Zeitpunkten t1, t2 und t3 stellten sich die meisten Zusammenhänge sehr ähnlich dar. Jedoch gab es im Zeitverlauf eine deutliche Veränderung. Während zu t1 und t2 der Zusammenhang zwischen

„Essen als Mittel gegen (emotionale Belastung)“ und „Belastung durch Übergewicht“ noch jeweils signifikant war, war diese Korrelation zu t3 statistisch nicht mehr nachweisbar.

8.6 Hypothesen

8.6.1 Hypothese 1

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa bei den Jugendlichen gegenüber dem Trainingsbeginn (t1).

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Verglichen wurden hier die verschiedenen Werte zwischen t1 und t2 bei allen drei Gruppen. Da die Fallzahl pro Gruppe nur sehr klein war, wurde nichtparametrisch (verteilungsfreies Testverfahren) vorgegangen und der Wilcoxon-Test verwendet. Neben den bereits weiter oben vorgestellten Scores wurden auch die „Beurteilung des augenblicklichen Gewichts“, der „Wunsch Zunahme“ und der „Wunsch Abnahme“ mit berücksichtigt. Hier traten jedoch keine signifikanten Unterschiede auf, wie der folgenden Tabelle zu entnehmen ist.

Tabelle 5: p-Werte der Wilcoxon-Tests zu H1

	IG1	IG2	KG
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2 - t1	0.359	0.914	0.34
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2 - t1	0.832	0.129	0.944
Wirkung des Essens t2 - Wirkung des Essens t1	0.739	0.026	0.944
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2 - t1	0.262	0.017	0.028
Belastung durch Übergewicht t2 - t1	0.273	1	0.416
Beurteilung augenblickliches Gewicht t2 –t1	0.414	1	1
Wunsch Zunahme t2 - t1	0.317	1	1
Wunsch Abnahme t2 - t1	0.48	0.317	0.279

Alle signifikanten Unterschiede sind farbig markiert: Ergebnisse, bei denen es zu einem Anwachsen der Werte gekommen ist, sind orange markiert, dort wo die Werte signifikant kleiner wurden, ist der p-Wert blau markiert.

Somit liegt in der IG2-Gruppe eine positive Veränderung vor.

In der IG1 Gruppe gibt es keine Veränderungen.

Das heißt, dass es in der Gruppe, in der Eltern mit ihren Jugendlichen mit diagnostizierter Anorexia nervosa das Familienbasierte Kompetenz-Training besuchten, mehr positive Veränderungen gab als bei der Gruppe, in der die betroffenen anorektischen Mädchen alleine mit dem Trainer trainierten. Konkret veränderten sich die Wirkung und das Essverhalten in der IG2-Gruppe positiv. Auch in der Kontrollgruppe wurde Essen seltener als Mittel gegen Belastungen eingesetzt.

Die drei Gruppen im Vergleich: Bei IG1 lag keine Verbesserung vor, bei KG eine leichte Verbesserung und bei IG2 die größte Verbesserung.

Allerdings waren bei den meisten Aspekten keine signifikanten Veränderungen ermittelt worden. Da auch die Fallzahl gering war, sollten auch alle Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. Es sei auch nochmal daran erinnert, dass einige Skalen aufgrund ungenügender Cronbach's Alpha Werte nicht berücksichtigt wurden.

8.6.2 Hypothese 2

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber dem Trainingsbeginn (t1).

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Hier wird wie oben vorgegangen, wobei allerdings t1 mit t3 verglichen wird. Es ergibt sich der folgende Output (s. Tabelle 6):

Tabelle 6: p-Werte der Wilcoxon-Tests zu H2

	IG1	IG2	KG
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3 - Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1	0.4	0.438	0.887
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3 - Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1	0.75	0.028	0.863
Wirkung des Essens t3 - Wirkung des Essens t1	0.396	0.035	0.672
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3 - Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1	0.327	0.018	0.028
Belastung durch Übergewicht t3 - Belastung durch Übergewicht t1	0.08	0.577	0.599
Beurteilung augenblickliches Gewicht t3 –t1	0.414	1	1
Wunsch Zunahme t3 - t1	0.317	1	1
Wunsch Abnahme t3 - t1	0.48	0.317	0.279

Die signifikanten p-Werte sind wieder farbig markiert worden (Abnahme der Werte in blau und Zunahme in orange).

Die einzigen Veränderungen sind in der IG2-Gruppe zu verzeichnen, also in der Gruppe, in der Eltern und betroffene Jugendliche gemeinsam das Familienbasierte Kompetenz-Training durchführten.

Die IG2-Gruppe schneidet also wieder am besten ab; bei den Gruppen IG1 und KG liegen keine nachweisbaren Unterschiede vor. Bei der Skala „Sozial-situative Auslöser“ ist eine Erhöhung des Wertes durch Mehressen gegeben.

8.6.3 Hypothese 3

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Wartekontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt.

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Es werden die Werte zu t2 der Behandlungsgruppen mit denen der Kontrollgruppe verglichen. Das heißt, hier wird das Behandlungsergebnis direkt nach dem Training mit der Wartekontrollgruppe verglichen. In einer größeren Stichprobe hätte man mit einer Ein- oder mehrfaktoriellen

Varianzanalyse (ANOVA) die Gruppenunterschiede und die Veränderungen im Zeitverlauf herausarbeiten können.

Es wurde aufgrund der kleinen Fallzahl der nichtparametrischer Mann-Whitney Test zur Untersuchung verwendet. Folgende Tabelle 8 fasst die Ergebnisse zusammen:

Tabelle 8: Ergebnisse der Mann-Whitney-Tests zu H3

Vergleich:	IG1 vs. KG		IG2 vs. KG	
	U	p-Wert	U	p-Wert
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	28	0.673	28	0.673
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	25	0.46	25	0.46
Wirkung des Essens t2	18	0.138	18	0.138
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	26	0.528	26	0.528
Belastung durch Übergewicht t2	9	0.517	9	0.517
Beurteilung augenblickliches Gewicht t 2	20.5	0.375	20.5	0.375
Wunsch Zunahme t 2	28	0.64	28	0.64
Wunsch Abnahme t 2	14	0.309	14	0.309

Wie an den p-Werten ersichtlich ist, liegen keinerlei signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zum Zeitpunkt t2 vor. Die Hypothese, dass Unterschiede bestehen, muss verworfen werden.

8.6.4 Hypothese 4

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Wartekontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt. Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Die Auswertung zur vierten Hypothese (siehe Tabelle 8) erfolgte analog zur vorangegangenen Untersuchung, wobei nun der Zeitpunkt t3 untersucht wurde.

Tabelle 8: Ergebnisse der Mann-Whitney Tests zu H4

Vergleich:	IG1 vs. KG		IG2 vs. KG	
	U	p-Wert	U	p-Wert
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	30	0.833	19.5	0.189
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	21.5	0.266	31	0.916
Wirkung des Essens t3	19	0.169	17	0.112
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	26	0.528	0	0.001
Belastung durch Übergewicht t3	13	0.712	5	0.136
Beurteilung augenblickliches Gewicht t3	20.5	0.375	4.5	0.004
Wunsch Zunahme t3	28	0.64	16	0.027
Wunsch Abnahme t3	20.5	0.376	6	0.006

Es treten hier mehrere signifikante Unterschiede auf.

IG2 hat höhere Werte bei „Essen als Mittel gegen Belastung“, „Beurteilung augenblickliches_Gewicht“, „Wunsch Zunahme“ und „Wunsch Abnahme“.

Die Ergebnisse sind beim Gewicht inhaltlich widersprüchlich.

Wünschenswert wäre eine Wunsch-Zunahme, da anorektische Jugendliche an Gewicht zunehmen „sollten“.

8.6.5 Hypothese 5

In der FKT-Trainingsgruppe, in der Eltern und Jugendliche gemeinsam trainieren (IG2), zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Trainingsgruppe (IG1), in dem anorektische Jugendliche alleine gemeinsam trainiert werden, zum gleichen Zeitpunkt.

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Auch die fünfte Hypothese wurde mittels verschiedenen Mann-Whitney Tests untersucht. Ausführliche Darstellung findet sich in Anlange 0.

Tabelle 9: Ergebnisse der Mann-Whitney-Tests zu H5

	U	p-Wert
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	27	0.599
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	29.5	0.792
Wirkung des Essens t2	22.5	0.314
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	5	0.005
Belastung durch Übergewicht t2	0	0.014
Beurteilung augenblickliches Gewicht t2	2.5	0.003
Wunsch Zunahme t2	20	0.064
Wunsch Abnahme t2	8.5	0.044

Hier werden Gruppenunterschiede zwischen IG1 und IG2 jeweils nach Trainingsende berechnet. Signifikante Unterschiede haben einen p-Wert kleiner als 0.05.

Die signifikanten Unterschiede sind farbig markiert. Die IG1-Gruppe setzt Essen seltener als Mittel gegen emotionale Belastung ein. Die IG1-Gruppe nimmt sich zudem „eher dünn“ wahr und möchte „weniger stark abnehmen“.

8.6.6 Hypothese 6

In der FKT-Trainingsgruppe, in der Eltern und Jugendliche gemeinsam trainieren (IG2), zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der anderen Trainingsgruppe (IG1), in dem anorektische Jugendliche alleine gemeinsam trainiert werden, zum gleichen Zeitpunkt.

Hier sollen die Merkmalsausprägungen des Fragebogens IEG analysiert und differenziert betrachtet werden.

Die sechste Hypothese wurde ebenfalls mit Mann-Whitney Tests untersucht, wobei hier die Skalen für den dritten Messzeitpunkt t3 verwendet wurden. Die detaillierte Darstellung findet sich in Anlage 0.

Tabelle 10: Ergebnisse der Mann-Whitney-Tests zu H6

	U	p-Wert
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	23	0.342
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	26.5	0.562
Wirkung des Essens t3	24.5	0.428
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	2.5	0.002
Belastung durch Übergewicht t3	3	0.085
Beurteilung augenblickliches Gewicht t3	2.5	0.003
Wunsch Zunahme t3	20	0.064
Wunsch Abnahme t3	9	0.026

Hier werden Gruppenunterschiede zwischen IG1 und IG2 jeweils sechs Monate nach Trainingsende berechnet. Signifikante Unterschiede haben einen p-Wert kleiner als 0.05.

Die Ergebnisse zeigen keine deutlichen signifikanten Unterscheidungen.

8.7 Überprüfung der Hypothesen durch Gegenüberstellung der Mittelwerte

Jede der in Kapitel 7 formulierten Forschungshypothesen wurde mehrfach durch die im Methodenteil beschriebenen Erhebungsinstrumente (vgl. Kap. 6.6) überprüft: durch den IEG-Fragebogen sowie die Gewichtsentwicklung.

Im Folgenden werden die Ergebnisse gegliedert nach Hypothesen und Messverfahren dargestellt. Zum besseren Verständnis für den Leser werden die jeweiligen Hypothesen an den entsprechenden Stellen nochmals ausformuliert.

8.7.1 Hypothesen 1 und 2

Überprüfung der Effektivität der Trainingsvarianten (IG1 = Jugendliche trainieren zusammen, IG2 = Eltern und Jugendliche trainieren gemeinsam)

Hypothese 1:

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa bei den Jugendlichen gegenüber dem Trainingsbeginn (t1).

Hypothese 2:

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber dem Trainingsbeginn (t1).

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothesen 1 und 2

Die Ergebnisse des Fragebogens IEG (vgl. Kap. 8.6) zeigen in beiden Trainingsgruppen (IG1 und IG2) bei sämtlichen emotional-sozial-psychologischen Verhaltenskriterien eine positive Entwicklung.

Zusammengefasst bestätigen die Ergebnisse der Untersuchung die Hypothesen 1 und 2 deutlich: Unmittelbar nach Trainingsende (t2 = nachher), zeigen beide Trainingsgruppen (IG1 und IG2) positive Verbesserungen beim Jugendlichen im Gesamtzustand. Dies deutet darauf hin, dass die betroffenen Jugendlichen besser mit ihrer Erkrankung Anorexia nervosa umgehen können, zum Teil auch an Gewicht zugenommen haben.

8.7.2 Hypothesen 3 und 4

Überprüfung der Effektivität der Trainingsvarianten (IG1 = Jugendliche trainieren zusammen; IG2 = Eltern und Jugendliche trainieren gemeinsam).

Hypothese 3:

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Wartekontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt.

Hypothese 4:

In beiden FKT-Trainingsgruppen IG1 und IG2 zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Wartekontrollgruppe zum gleichen Zeitpunkt.

Ergebnisse des Fragebogens IEG

In der Wartekontrollgruppe kam es bei keinem einzelnen Verhaltenskriterium des „Inventars für Essverhalten und Gewichtsentwicklung“ (IEG; vgl. Kap. 6.6) zu einer Reduzierung des problematischen Verhaltens bzw. einer Verbesserung sozial kompetenter Verhaltensweisen (sowohl unmittelbar nach Trainingsende (t2 = nachher) als auch zum Nacherhebungstermin sechs Monate nach Trainingsende (t3= Follow-up):

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 3 und 4

Zusammengefasst bestätigen die Untersuchungsergebnisse die Hypothesen 3 und 4: Sowohl unmittelbar nach dem Training (t2) als auch zum Nacherhebungstermin sechs Monate nach dem Training (t3 = Follow-up) wiesen die Jugendlichen in den FKT Trainingsgruppen (IG1 und IG2) deutliche Verbesserungen im emotional-sozialem Verhalten auf im Vergleich zur Wartekontrollgruppe. D.h. die Werte zu t2 bzw. t3 waren besser als in der Kontrollgruppe.

8.7.3 Hypothesen 5 und 6**Hypothese 5:**

In der FKT-Trainingsgruppe, in der Eltern und Jugendliche gemeinsam trainieren (IG2), zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen nach Trainingsende (t2) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der Trainingsgruppe (IG1), in dem anorektische Jugendliche alleine gemeinsam trainiert werden, zum gleichen Zeitpunkt.

Hypothese 6:

In der FKT-Trainingsgruppe, in der Eltern und Jugendliche gemeinsam trainieren (IG2), zeigt sich bei den anorektischen Jugendlichen sechs Monate nach Trainingsende (t3) eine bedeutendere Verbesserung des Krankheitsbildes Anorexia nervosa gegenüber der anderen Trainingsgruppe (IG1), in dem anorektische Jugendliche alleine gemeinsam trainiert werden, zum gleichen Zeitpunkt.

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 5 und 6

Zusammengefasst wird festgehalten, dass unterschiedliche Ergebnisse bei der Überprüfung von Hypothesen 5 und 6 vorliegen: Beim Fragebogen IEG gibt es tendenziell eine Überlegenheit der Trainingsvariante 2 (Eltern und Jugendliche trainieren gemeinsam) gegenüber der Trainingsvariante 1 (Jugendliche trainieren gemeinsam) bei der Nacherhebung nach sechs Monaten.

8.8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen

Zunächst wurden die gebildeten Skalen vorgestellt. Es zeigte sich, dass einige Male die Cronbach's Alpha-Werte nur sehr schwach sind: Bei diesen Skalen sollten alle Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden, weswegen auf die Darstellung der Ergebnisse zu diesen Skalen verzichtet wird (s. Anlage 0).

Grundsätzlich ist die Fallzahl insgesamt recht klein, was ebenfalls bedeutet, die induktiven Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren (dies war auch der Grund, weshalb bei den induktiven Verfahren nichtparametrisch vorgegangen wurde und z.B. nicht mit ANOVAS für Mess-Wiederholungen gearbeitet wurde).

Im nächsten Schritt wurde der Datensatz deskriptiv dargestellt – auch nach Gruppen getrennt.

Schließlich wurden die Skalen miteinander korreliert und dann die Hypothesen untersucht. Dabei konnten auch einige signifikante Ergebnisse ermittelt werden.

Oft lagen bei den Tests keine Signifikanzen vor – teils sind die Ergebnisse auch so nicht zu erwarten gewesen.

Die Untersuchungserhebung sowie die Auswertungen vorliegender Ergebnisse zeigen, dass das Familienbasierte Kompetenz-Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa sowohl kurz- als auch längerfristig eine effektive Maßnahme darstellt, wertvolle emotional-soziale Kompetenzen bei Jugendlichen zu fördern und Anorexia nervosa bei Jugendlichen abzubauen.

Die Forschungsfrage 1 (s.o.) kann somit positiv beantwortet werden.

Es konnte statistisch allein nicht festgestellt werden, dass bei Trainingsvariante 2 (IG2 = Eltern und Jugendliche trainieren gemeinsam miteinander) eine höhere längerfristige positive Trainingswirksamkeit vorliegt als bei Trainingsvariante 1 (IG1 = Jugendliche trainieren gemeinsam).

Die Forschungsfrage 2 (s.o.) kann somit in Teilbereichen bzw. tendenziell positiv beantwortet werden.

Eine ausführliche Interpretation und Diskussion der Ergebnisse schließt sich im folgenden Kapitel 9 an.

Empfehlungen für weitere Untersuchungen finden sich in Kapitel 10.

VII FAZIT

„Unser Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung wechseln kann.“

Francis Picabia

Anm. der Verfasserin: Die Richtung der Therapie bei Anorexia nervosa ist zu überdenken und sollte neue Wege einschlagen.

9. Zusammenfassung, Interpretation, Diskussion der Ergebnisse

9.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Mithilfe der erarbeiteten Untersuchungsergebnisse (s. Kap. 8), lässt sich schlussfolgern, dass das „Familienbasierte Kompetenz-Training“ (FKT) als eine zusätzliche durchgreifende Maßnahme beurteilt werden kann, um den Krankheitsverlauf einer diagnostizierten Anorexia nervosa zu mildern bzw. die betroffene Person zu stabilisieren und emotionale, pro-soziale, pädagogische und psychologische Kompetenzen familienbasiert zu fördern.

Eine direkte Gegenüberstellung des FKT mit anderen bisherigen Trainingsmethoden ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht machbar, da – aus Sicht der Verfasserin – bislang mehr die medizinisch-psychiatrische Behandlung in den Vordergrund gestellt wurde und weniger eine familienpädagogische wie beim FKT.

Im Vergleich mit anderen Konzepten zu Anorexia nervosa kann dieses Trainingskonzept als bis dato unbekannt im deutschen Sprachraum angesehen werden, da es in dieser Konstellation und mit diesen Krankheitsbildern bislang nicht praktiziert wurde. Gleichgeartete Trainings wurden jedoch schon von Nikola Kluge mit „sozial unsicheren Kindern“ durchgeführt, die hier in einigen Bereichen als Trainingsvorbild diente.

9.2 Interpretation der Untersuchungsergebnisse

Bei der Interpretation der Ergebnisse (s. Kap. 8) ist die relativ kleine Stichprobengröße ($n = 24$) für beide Trainings- und Kontrollgruppen zu beachten. Durch eine kleine Stichprobengröße können u. U. große signifikante Effekte zustande kommen.

Es wird berücksichtigt, dass bei kleinen Fallzahlen eventuell eine Verzerrung durch extreme Beobachtungen eintreten kann. Demgemäß werden von der Verfasserin die signifikanten Ergebnisse vorsichtig interpretiert.

Aufgrund dieser Erkenntnis empfiehlt sich für weitere Studien eine zahlenmäßig größere Stichprobengröße, um eine höhere signifikante Aussagekraft herleiten zu können. Auch wäre interessant, weitere Untersuchungen mit einer größeren Fallzahl zu generieren. Aus diesem Grund kann dem deskriptiven Abschnitt dieser Auswertungen ebenfalls eine wichtige Bedeutung in der Interpretation der Ergebnisse zukommen.

Es wurden sechs Hypothesen und zwei Forschungsfragen aufgestellt, die überprüft wurden. Ziel dabei war, die Wirksamkeit des Trainings für Jugendliche mit Anorexia nervosa zu testen. Der Fokus war, ein familienbasiertes Training für anorektische Jugendliche und ihren Familien zu erarbeiten, um Alternativen zu herkömmlichen Behandlungsmethoden aufzuzeigen bzw. zumindest eine sinnvolle Ergänzung zu Klinikaufenthalten und ambulanten Psychotherapien anzubieten zu können.

Durch die Studie konnten durchgehend positive Veränderungen in den Beziehungen von Jugendlichen zu ihren Eltern aufgezeigt werden, die zu einer verbesserten gesundheitlichen, pro-sozialen und emotionalen Situation in den Familien und somit für die an Anorexia nervosa erkrankten Jugendlichen geführt haben (vgl. Frau Hausmann in Kap. 4).

In beiden Gruppen IG1 und IG2 wurden positive Effekte erzielt, die – nach Auffassung der Verfasserin – darauf zurückzuführen sind, weil in beiden Gruppen intensiv beziehungspsychologisch gearbeitet wurde.

Auf intensiv beziehungspsychologischer Erarbeitungen beider Gruppen, zurückzuführen sind.

Unisono gab es Kommentare wie: „Es tut gut, mit anderen magersüchtigen Mädchen zu reden.“ Viele Jugendliche vertraten die Auffassung, nur sie alleine hätten Probleme rund um ihre Erkrankung.

Im Trainingsverlauf wurde sichtbar, dass die drei Überprüfungszeitpunkte von Bedeutung waren: In beiden Interventionsgruppen IG1 und IG2 waren zu allen drei Zeitpunkten t1- vorher, t2- nachher, t3- follow up größere Effekte erkennbar.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Wirksamkeit eines familienbasierten Trainings sowohl in der Trainingsgruppe IG2 „Eltern und Jugendliche trainieren gemeinsam“, als auch in der Trainingsgruppe IG1 „Betroffene Jugendliche trainieren gemeinsam“ erkennbar sind.

Für die Verfasserin war es ein besonderes Anliegen, eine signifikante Bestätigung für die Trainingsvariante 2 „Eltern und Jugendliche trainieren gemeinsam“ aufzuzeigen. Es ergaben sich statistische Signifikanzen bei den Auswertungen für beide Interventionsgruppen in beide Richtungen.

Bei der Überprüfung entsprechender Forschungshypothesen ergab sich jedoch keine durchgehende Überlegenheit der Trainingsgruppe 2.

Auch eine tendenzielle Gesamtüberlegenheit war in keiner der beiden Gruppen unmittelbar nach dem Training ermittelbar.

In Summe jedoch scheint, dass ein „Training für Jugendliche mit Anorexia nervosa“, in dem Eltern und Jugendliche zusammen an ihren Kompetenzen arbeiten, vorteilhafter zu sein scheint, gegenüber einem Training, in dem ausschließlich Jugendliche trainieren – unabhängig von der „Schwere der Erkrankung“ und der psychischen Verfassung der Jugendlichen (Depression etc.).

Ein Grund kann darin bestehen, dass sich Eltern in dem Training mit anderen betroffenen Eltern austauschen und beraten, sie zusätzlich einiges über sich

selbst, über Familienstrukturen, und über das Krankheitsbild „Anorexia nervosa“ erfahren. Nach Aussagen von Eltern waren besonders die Verschwiegenheit, die Partizipation, und das Lernen und die absolute Vertrautheit mit anderen Eltern und Familienangehörigen von großer Bedeutung.

Aus den bisherigen Ergebnissen ließe sich eine weitere Fragestellung ableiten: Welche Aspekte und Faktoren können im Zusammenhang mit der elterlichen Präsenz zum Trainingserfolg für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa beitragen?

Trainingselemente aus der emotional-pro-sozialen Pädagogik wie Achtsamkeit, Stressmanagement, Problemlösungsstrategien, Gewaltfreie Kommunikation, Lernen, „Positive Psychologie“, sind auch nach Aussagen von Lehrern und Therapeuten von großer Bedeutung.

Eltern erzählten, dass die Begleitung durch Experten sie in ihrer alltäglichen Erziehungskompetenz stärkten.

Ein weiterer Aspekt ist zu beachten, dass die Ergebnisse des IEG- „Inventars zum Essverhalten und Gewichtsprobleme“ ausschließlich auf subjektiver Urteilen Jugendlicher beruhen. Insbesondere anorektischen Jugendlichen wird nachgesagt, dass sie oft nicht wahrheitsgemäße Gewichtsangaben machen. Auch bei der Frage im IEG zur Gewichtsentwicklung „wollen Gewicht zunehmen“ muss auf eine mögliche Subjektivität hingewiesen werden.

Ziel im Training war, eine Reflexion mit der eigenen Identität und der damit verbundenen Krankheit bei den Jugendlichen zu erreichen. Das ist nach Einschätzung der Verfasserin zum Großteil gelungen.

Von daher erfüllt diese „Betrachtung der Subjektivität“, auch wenn sie „fehlerhaft“ sein könnte, eine therapeutisch sinnvolle Funktion für Jugendliche bzw. ihren Eltern. So kann z.B. durch eine verstärkte Achtsamkeit gegenüber des sozialen Umfeldes eine Verbesserung der familiären Kommunikation erzielt werden. In diesem Zusammenhang wird einmal mehr auf das individuelle Training mit der Familie Hausmann hingewiesen (Kap. 4).

Die Testgruppen setzten sich überwiegend aus typisch deutschen Mittelschichtfamilien zusammen. Dieses wurde aus Angaben der Eltern zum Bildungsniveau abgeleitet; die betroffenen Jugendlichen besuchten nach eigenen Angaben ausnahmslos höhere Schulen.

Inwieweit Ausbildung und Schulbildung den Trainingserfolg beeinflussen kann, könnte durch weitere Studien differenzierter erarbeitet werden.

Empfehlungen schließen sich im folgenden Kapitel 10 an.

10. Empfehlungen und Gesamtzusammenfassung

10.1 Allgemeine Empfehlungen

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung, ist die Trainingswirksamkeit mit anorektischen Jugendlichen in Form einer intensiven Begleitung mit Familienangehörigen zu prüfen.

Väter und Mütter sind häufig sehr verzweifelt und können nur ohnmächtig den körperlichen Verfall der Töchter mit ansehen. Sie erhoffen sich zwar und erwarten von spezifischen Klinikaufenthalten ein Gesunden ihrer Töchter; erfahrungsgemäß ist jedoch eine weitere intensive Betreuung in Verbindung mit der gesamten Familie, speziell der Tochter mit Anorexia nervosa, vonnöten.

Ein Ziel war es, die erkrankten Jugendlichen emotional und pro-sozial selbstsicher – und damit innerlich stärker – zu machen. Die Ausstattung mit ausgeprägten Selbst- und Fremdwahrnehmungsfähigkeiten scheint eine wirksame Prophylaxe gegenüber einer latent vorhandenen Anorexia und einem gesellschaftlichen zunehmenden „Schlankheitswahn“ zu sein.

Wie Ergebnisse dieser Untersuchung (s. Kap. 8) zeigen, ist die Wirksamkeit des „Familienbasierten Kompetenz-Trainings für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa“ (FKT) beachtenswert.

Abgeleitete Empfehlungen aus Sicht der Verfasserin sind in diesem Zusammenhang:

- zusätzlich ein Training mit einer größeren Stichprobe durchzuführen;
- weitere Kriterien in der Untersuchung zu berücksichtigen, z.B. kultureller und familiärer Hintergrund der Familie;
- ein Fortsetzungs- und Vertiefungstraining zu entwickeln, um die nachhaltige Trainingseffektivität förderwirksam aufzuzeigen;

- Trainingseinheiten zur Dauerhaftigkeit des Trainingseffekts anzubieten in Form von z.B. zweimal monatlich stattfindenden sog. „Begleitete Selbsthilfegruppen-Treffen“;
- zusätzlich Trainer auszubilden für den speziellen Schwerpunkt „Anorexia nervosa“;
- begleitende Unterrichtseinheiten und präventive Maßnahmen ab der Klasse 7 und 8 vorzubereiten;
- fortlaufende Überprüfung der Wirksamkeit der Trainings.

Generell gilt, dass bei diesen Maßnahmen engmaschig interdisziplinär gearbeitet werden muss, da das gesamte Aufgabengebiet kompetenzübergreifend ausgerichtet ist.

Interessant war auch die Frage, inwieweit jedes einzelne Familienmitglied von dem „Familienbasierten Kompetenztraining“ positiv beeinflusst wurde und sich bestimmte Trainingselemente wie „Family Talk“ in den Familien integriert haben.

Auch wichtig erschien es zu überprüfen, ob und inwieweit eine Nachhaltigkeit über den Trainingszeitraum hinweg erzielt werden kann.

Die erarbeiteten Ergebnisse haben den Eindruck bestätigt, dass Eltern und weitere Familienmitglieder mehr pädagogische Kenntnisse erworben und diese auch angewendet haben (s. dazu auch Kap. 4 Familie Hausmann).

Als humanwissenschaftliche Interventionsmaßnahme ist ein „Familienbasiertes Kompetenz-Training für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa“ als zusätzliches Instrument geeignet.

Das haben auch die Krankenkassen erkannt und fördern solche Maßnahmen durch finanzielle Unterstützung wie z. B. „Selbsthilfeförderung“ (vgl. SGB IX §20 c) oder „Hilfe zur seelischen Stabilisierung“ bzw. „Förderung sozialer Kompetenzen“ und „Training emotional-sozialer bzw. kommunikativer Fähigkeiten“ (vgl. SGB IX §26 (3)).

10.2 Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen

„Wer anderen hilft, der hilft sich selbst.“

Alfred Selacher (*1945), Schweizer Lebenskünstler

Laut NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Berlin) nimmt Deutschland bezüglich der Verbreitung von Selbsthilfegruppen eine Spitzenposition innerhalb Europas ein.

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, die durch ein gleich gelagertes Problem verbunden sind und sich ohne professionelle Ausbildung und Leitung gegenseitig helfen. Demnach engagieren sich Schätzungen zufolge bundesweit mittlerweile zwischen 70.000 und 100.000 Selbsthilfegruppen mit ca. 3,5 Millionen Menschen zu fast jedem gesundheitlichen und sozialen Thema“, so NAKOS (14.12.2018).

Selbsthilfegruppen sind somit eine erhebliche gesellschaftliche Ressource und haben in den vergangenen Jahren sozial- und gesundheitspolitisch stark an Bedeutung zugenommen, und sind zudem in Fachwelt, Politik und Gesellschaft etabliert.

Diese positiven Aspekte machte sich die Verfasserin auch in der Grafschaft Bentheim zunutze, als sie für anorektische Jugendliche eine Selbsthilfegruppe gründete. Die „Junge Selbsthilfe“ informierte sich zwar auch im Internet und sogenannten anonymen Chatforen, was in manchen Stadien des Krankheitsverlaufs auch seine Berechtigung haben kann. Aber bei dem Krankheitsbild der Anorexia nervosa ist nach Ansicht der Verfasserin eine „Face to Face“- Gruppe von Vorteil und hat in der Selbsthilfegruppe sehr dazu beigetragen, dass junge Frauen wieder Lebensmut bekamen. Die Gruppe hat sich monatlich immer regelmäßig getroffen. Hier konnten die Gruppenmitglieder ihre unterschiedlichen Gefühle zeigen wie Wut, Angst, Trauer, Verzweiflung, aber auch Freude und Lebenswillen.

Auch privat treffen sich die Mitglieder noch heute und stehen sich in schwierigen Zeiten zur Seite.

10.3 Gesamtzusammenfassung

Die Intention der Verfasserin für diese wissenschaftliche Arbeit war sowohl das Wissen in Bezug auf die Zunahme der Prävalenzrate bei Anorexia nervosa in Deutschland, als auch die derzeitigen Behandlungsmethoden des Krankheitsbildes zu diskutieren.

Die Verfasserin wollte humanwissenschaftlich untersuchen und aufzeigen, dass es weitere Möglichkeiten zu Behandlung und zur Ergänzung geben kann. Mit ausschlaggebend war auch die intensive Betreuung der Familie Hausmann mit dem Angebot dieses auf mehrere Familien ausweiten zu können (vgl. Kap.4).

Nach Abschluss der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass

- Jugendliche beider Trainingsgruppen während der Trainingszeiten an Eigenverantwortlichkeit, Kongruenz, Sozialkompetenz und Persönlichkeit dazugewonnen haben, was zuvor auch schon bei Familie Hausmann festzustellen war.
- Die Jugendlichen machten sich Kenntnisse aus der „Positiven Psychologie“ zunutze.
- Ihre Resilienz nahm zu.
- Der Gewichtsverlauf und die Bedeutung von „gesundem Essverhalten“ entwickelten sich positiv und machten die Jugendlichen insgesamt zufriedener.

Dies war der Eindruck, der in beiden Interventionsgruppen nach drei Monaten (t2) bzw. einem halben Jahr (t3) gewonnen werden konnte (s. Kap. 8).

Gleichsam bestätigte die intensive Betreuung der Familie Hausmann über nahezu drei Jahre die Wirksamkeit des Trainingsprogramms.

Das „Familienbasierte Training für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa“ (FKT) lässt sich als emotional-sozial förderliche familienbedeutsame Maßnahme diskutieren und in Hinsicht auf den positiven Beitrag zur Einstellungsänderung vertreten.

Eine Verstetigung des Trainings hält die Verfasserin für fachlich bedeutsam.

Die leitenden Forschungsfragen (Kap. 6) wurden im Rahmen des Machbaren von der Verfasserin beantwortet (vgl. Kap. 7 und 8):

- Das „Familienbasierte Kompetenz-Training (FKT) für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa“ wirkt sich sowohl kurz- als auch langfristig positiv auf die Lebensqualität betroffener anorektischer Jugendlicher als auch deren Umfeld aus (vgl. Kap. 4 die positive Veränderung der Mutter Hausmann und Kap. 8).
- Die Untersuchungsergebnisse der Verfasserin erlauben davon auszugehen, dass auch die Trainingsvariante 2 (Eltern und Jugendliche trainieren miteinander) längerfristige positivere Wirkungen zeigen als Trainingsvariante 1 (Jugendliche trainieren miteinander).

Es bleibt festzuhalten:

- ◆ Das „Familienbasierte Kompetenz-Training (FKT) für Jugendliche mit diagnostizierter Anorexia nervosa“ wirkt sich sowohl kurz- als auch langfristig **positiv auf die Lebensqualität** betroffener anorektischer Jugendlicher, als auch deren Umfeld aus (vgl. Kap. 4 die positive Veränderung der Mutter Hausmann und Kap. 8).
- ◆ Die Untersuchungsergebnisse der Verfasserin erlauben davon auszugehen, dass auch die Trainingsvariante 2 (Eltern und Jugendliche trainieren miteinander) **längerfristige positivere Wirkungen** zeigen als Trainingsvariante 1 (Jugendliche trainieren miteinander).
- ◆ Die **Gründung von Selbsthilfegruppen** für anorektische Jugendliche und ggf. für deren Familien hält die Verfasserin für eine sehr sinnvolle Ergänzung da hier z.B. nach Klinikaufenthalt und/oder ambulanten Therapien konsequent und nachhaltig die Auseinandersetzung mit dem eigenen sozialen und gesundheitlichen Thema und vor allem mit den eigenen Gefühlen stattfindet und Unterstützung durch eine Gruppe erfahren werden kann.
- ◆ Abschließend sei der Hinweis angebracht, dass bei der Komplexität des Krankheitsbildes Anorexia nervosa ein **interdisziplinäres**

Vorgehen erforderlich ist: Hier sind nicht nur Mediziner gefragt, sondern auch Psychologen, Pädagogen und "ständige Begleiter" in Form von z.B. Selbsthilfegruppen.

„Zufriedenheit“

Blicke in den Spiegel und sage ja zu Dir,

nimm Dich so wie Du bist und bedanke Dich dafür.

Jeder findet an sich kleine Fehler und winzige Ecken,

doch steh dazu und versuche nicht, sie zu verstecken.

Jeder hat etwas Hübsches und positive Seiten,

stell sie ins Licht und sieh, welchen Charme sie verbreiten.

Vergiss nicht, dass die Ausstrahlung von innen ausbricht,

mit einem strahlenden Lächeln begleitet jedes Auge besticht!

Lerne, Dich selber von Herzen zu lieben, nur dann bist Du

glücklich und zufrieden!!! „

Gedicht einer Betroffenen, Magersucht.de (Selbsthilfegruppe)

Anhang 0: Statistische Gesamtauswertung

Allgemeines

Die folgenden deskriptiven und induktiven Auswertungen wurden mit dem statistischen Programmpaket SPSS 24.0 erstellt (IBM, 2016).

Hinweis zu den Outputs und Grafiken: Die SPSS-Outputs sind in ihrer Standardformatierung nicht besonders ansprechend. Deshalb wurden, statt die Standardeinstellung zu verwenden, eigene Anpassungen durchgeführt.

Zum Signifikanz-Niveau: Als Signifikanz-Niveau für alle eingesetzten statistischen Tests wird im Folgenden der Wert 0,05 verwendet. Wird ein p-Wert ermittelt, der größer als dieser Wert ist, wird somit das Signifikanz-Niveau verfehlt. Im Allgemeinen spricht man von hochsignifikanten Ergebnissen bei $p < 0.01$. Von signifikanten Ergebnissen spricht man bei $0.01 < p < 0.05$. Liegt der Wert zwischen 0.05 und 0.1, hat man es mit einem schwach signifikanten Ergebnis zu tun (Eckey, 2006).

Bildung der Skalen

Die Bildung der Skalen war sehr zeitaufwendig, da 14 verschiedene Skalen zu drei Zeitpunkten erstellt werden mussten. Auch wurden alle fehlenden Werte durch den Mittelwert der übrigen Items der jeweiligen Skala berechnet und es wurden wo nötig Umcodierungen vorgenommen, damit eine Zusammenfassung sinnvoll möglich war. Schließlich wurden die Skalen entsprechend den Angaben vom Manual Seite 18 so normiert, dass die Werte von 0 bis 30 bei jeder Skala gehen – dies erlaubt es die Skalen untereinander zu vergleichen. Alternativ hätte man die Normierungstabellen (Nach Gewicht und Geschlecht normiert) verwenden können, da jedoch nur Mädchen mit Untergewicht im Datensatz vorkommen, ist eine solche Normierung nicht notwendig, um Tests durchzuführen (es handelt sich um eine homogene Personengruppe) und es kann mit der Normierung von 0 bis 30 gearbeitet werden.

Zu allen Skalen wurden Reliabilitätsanalysen durchgeführt, indem jeweils Cronbach's Alpha berechnet wurde.

Hier eine kompakte Darstellung dieser Ergebnisse:

Skala	T1	T2	T3
Einstellung zum Essen	.654	.515	.235
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses	.853	.841	.794
Sozial-situative Auslöser für Mehressen	.795	.763	.641
Wirkung des Essens	.864	.801	.697
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung	.924	.914	.865
Essen und Gewicht als Problem	.615	.489	.572
Zügelung des Essens	.813	.671	.639
Einstellung zur gesunden Ernährung	.652	.693	.533
Einstellung zu Übergewichtigen	.610	.500	.344
Essgeschwindigkeit	.363	.210	.275
Essen zwischen den Mahlzeiten	.615	.368	.555
Nächtliches Essen	.508	.233	.016
Esszwänge in der Kindheit	.715	.649	.367
Belastung durch Übergewicht	.891	.932	.890

Deskriptive Auswertungen

Im Folgenden wird ein deskriptiver Blick auf einige Variablen im Datensatz geworfen, um einen ersten Überblick über die Daten zu erhalten. Dazu werden Häufigkeits- und Verteilungstabellen sowie Grafiken präsentiert.

Personenbezogene Variable

Alle Personen des Datensatzes sind weiblich und zwischen 15 und 17 Jahren alt – so dass bei diesen Variablen eine Darstellung nicht sinnvoll ist.

Jedoch können bei einigen stetigen Variablen sinnvolle Angaben gemacht werden. Um solche Variablen deskriptiv vorzustellen, werden verschiedene Kennzahlen präsentiert:

- Minimum und Maximum
- Das arithmetische Mittel (= Mittelwert bzw. im Englischen „Mean“). In der Statistik wird der Wert mit \bar{X} gekennzeichnet. Dieser Wert berechnet sich durch Aufsummierung der n Einzelwerte mit anschließender Division durch die Anzahl der Werte.

Als Formel:
$$\bar{X} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

- Der Median. Dieser Wert liegt genau in der Mitte der Daten. Dies bedeutet, dass 50% der Werte kleiner sowie 50% der Werte größer sind als der Median. Der Vorteil des Medians gegenüber der Varianz ist, dass der Wert unempfindlich gegenüber Ausreißern ist.
- Die Standardabweichung. Dieser Wert ist ein Streuungsmaß und gibt somit Auskunft über die Variabilität in den Daten. Die Standardabweichung wird mit dem Buchstaben s gekennzeichnet und berechnet sich durch: $s = \sqrt{\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}_i)^2}$. Die Standardabweichung ist übrigens die Wurzel der Varianz, so dass man den Wert von s nur quadrieren muss, um diese zu erhalten.

Um diese Variablen grafisch vorzustellen, werden Histogramme verwendet.

Es ergibt sich die folgende Tabelle:

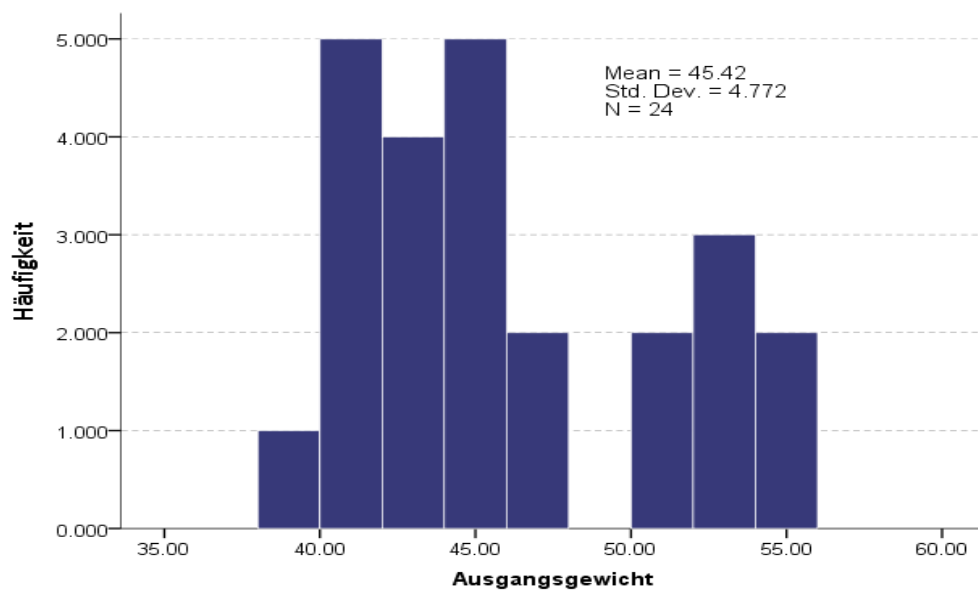
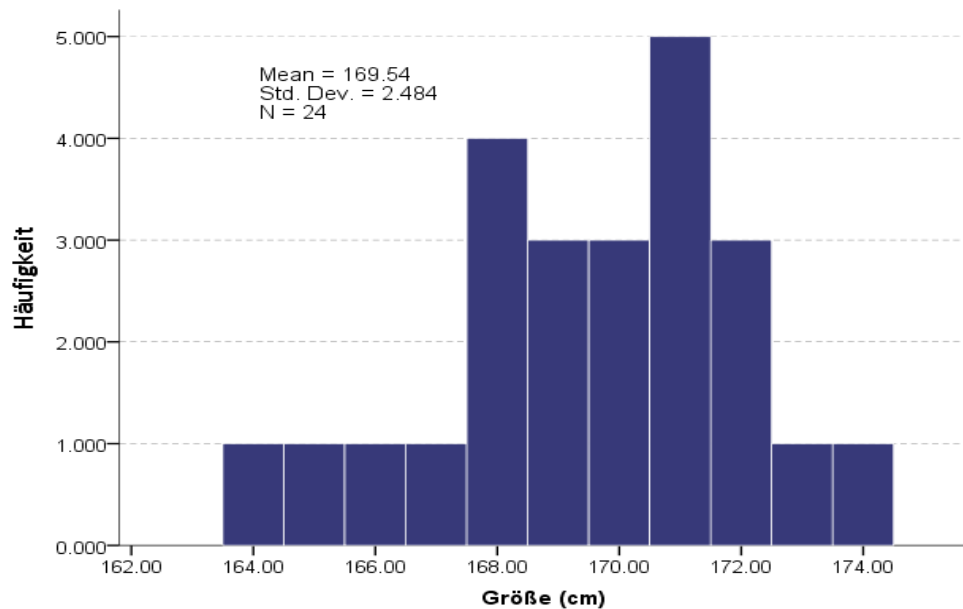
	N		Std.				
	Valid	Missing	Mean	Median	Deviation	Minimum	Maximum
Größe (cm)	24	0	169.54	170.00	2.484	164	174
Ausgangsgewicht	24	0	45.42	44.50	4.772	39	54
Endgewicht	23	1	45.96	45.00	4.497	39	54
Abweichung vom Idealgewicht in% - Ausgangsgewicht	24	0	-23.0062	-24.4325	9.18039	-36.27	-2.26
Abweichung vom Idealgewicht in % - Endgewicht	23	1	-22.1007	-23.7780	8.88587	-36.27	-4.07
BMI_Ausgang	24	0	15.8209	15.4946	1.83331	13.18	19.83
BMI_Endmessung	23	1	16.0070	15.7313	1.76577	13.18	19.47

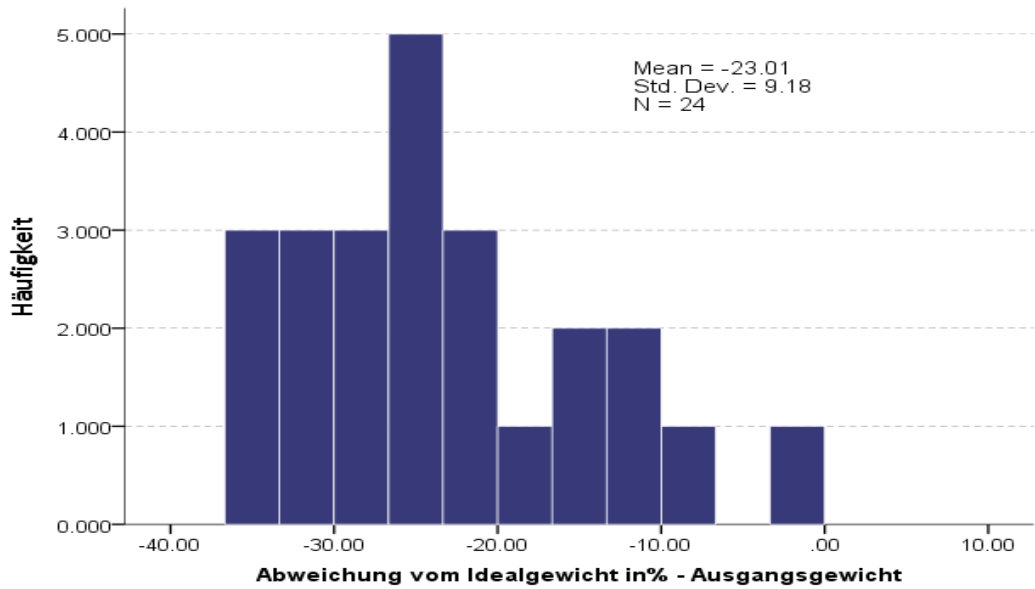
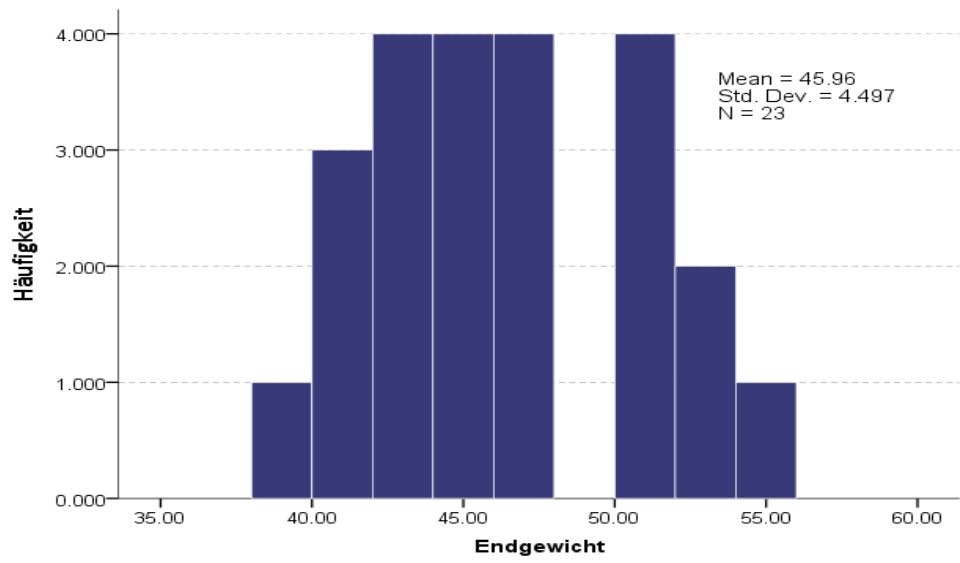
Im Datensatz sind Informationen zu Größe und Gewicht gegeben. Mit diesen beiden Variablen wurde mit folgender Formel der Body-Mass-Index (BMI) errechnet:

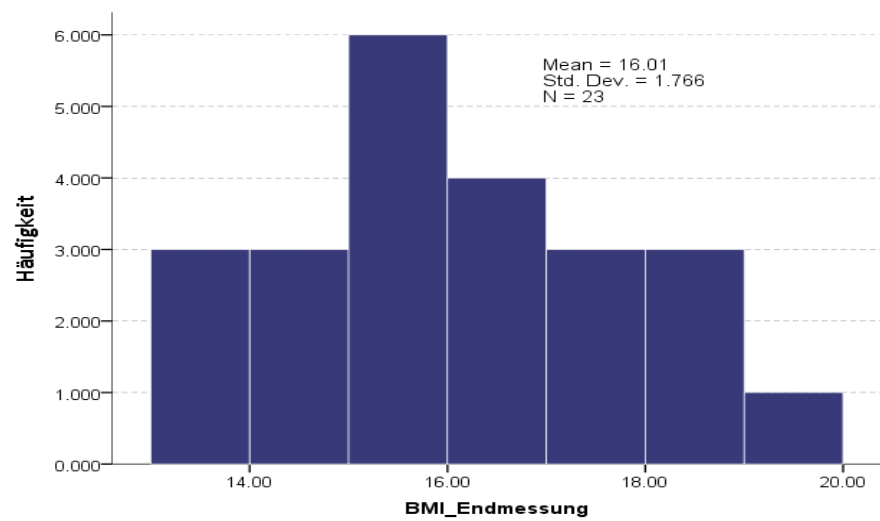
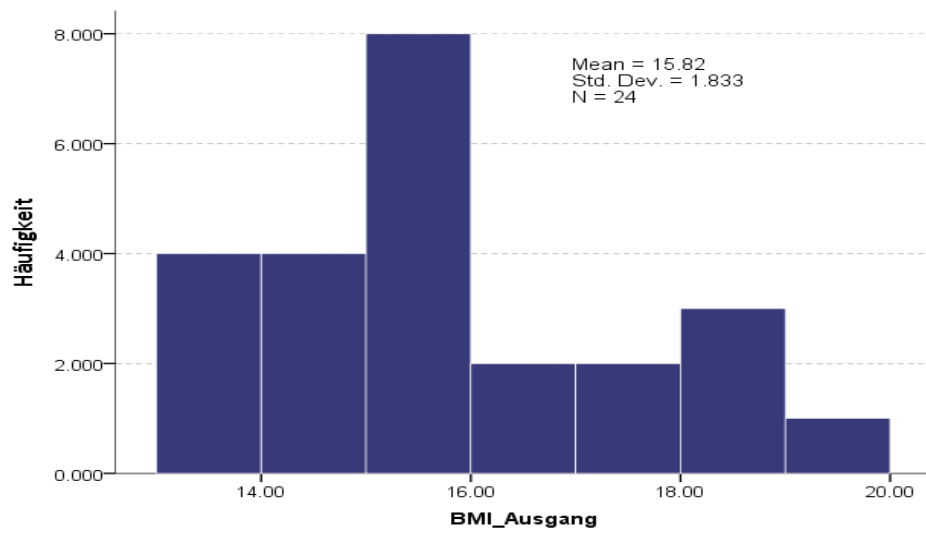
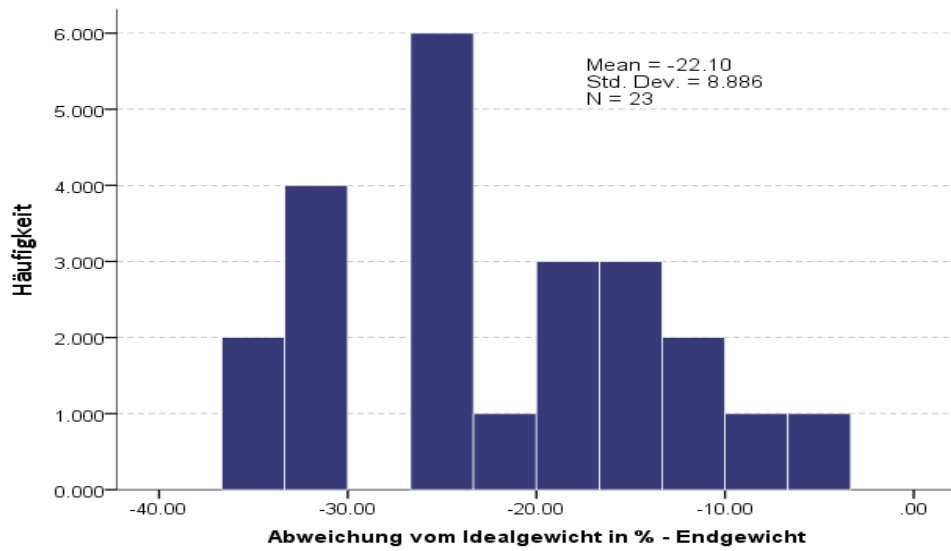
$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in Kilogramm}}{(\text{Größe in Metern})^2}$$

Auch wurde die Abweichung vom Idealgewicht eigens berechnet – hier wurde das Manual zu den Normierungstabellen als Referenz zur Berechnung verwendet.

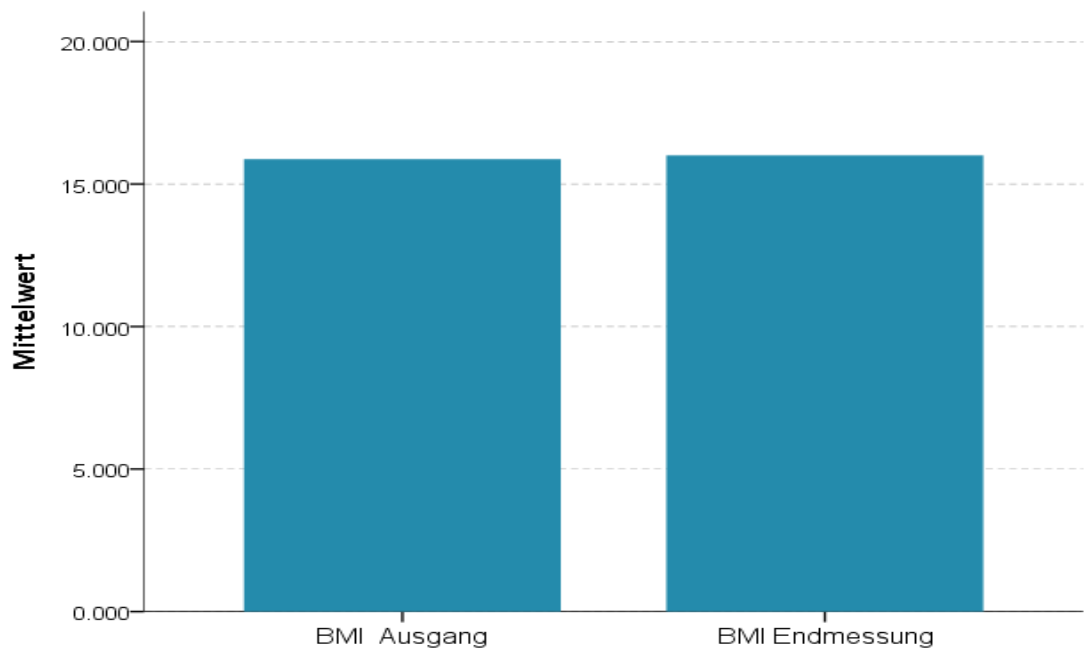
Dazu können folgende Histogramme erstellt werden.







Zur Veränderung des BMI's wurde noch Grafik erstellt (Balkendiagramm):



(4) Skalen

Diese werden deskriptiv dargestellt – zunächst die **Werte aller Personen:**

	Mean	Standard Deviation
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1	17.38	4.13
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2	16.29	3.36
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3	15.76	2.76
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1	16.40	4.78
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	15.70	4.10
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	16.19	3.51
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1	15.05	5.68
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	15.31	5.03
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	16.00	4.09
Wirkung des Essens t1	12.18	6.69
Wirkung des Essens t2	13.01	5.21
Wirkung des Essens t3	14.21	4.18
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1	20.96	6.32
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	19.02	5.30
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	18.77	4.35
Essen und Gewicht als Problem t1	21.16	3.96
Essen und Gewicht als Problem t2	19.27	3.00
Essen und Gewicht als Problem t3	18.75	2.98
Zügelung des Essens t1	22.39	4.92
Zügelung des Essens t2	21.33	3.60
Zügelung des Essens t3	20.26	3.20
Einstellung zur gesunden Ernährung t1	14.58	4.37
Einstellung zur gesunden Ernährung t2	14.33	3.97
Einstellung zur gesunden Ernährung t3	15.63	3.13
Einstellung zu Übergewichtigen t1	14.70	5.37
Einstellung zu Übergewichtigen t2	14.52	4.01
Einstellung zu Übergewichtigen t3	14.29	3.86
Essgeschwindigkeit t1	15.49	3.31
Essgeschwindigkeit t2	14.79	2.32
Essgeschwindigkeit t3	15.28	2.39

Essen zwischen den Mahlzeiten t1	15.58	5.24
Essen zwischen den Mahlzeiten t2	15.60	4.11
Essen zwischen den Mahlzeiten t3	16.00	4.53
Nächtliches Essen t1	12.60	5.59
Nächtliches Essen t2	12.92	4.15
Nächtliches Essen t3	13.44	3.67
Esszwänge in der Kindheit t1	19.31	8.22
Esszwänge in der Kindheit t2	17.29	7.14
Esszwänge in der Kindheit t3	17.43	6.02
Belastung durch Übergewicht t1	19.01	4.81
Belastung durch Übergewicht t2	17.58	5.95
Belastung durch Übergewicht t3	17.67	4.92

Getrennt nach Gruppen:

	Gruppe					
	IG1		IG2		KG	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1	17.25	5.06	16.13	3.09	18.75	4.10
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2	16.63	4.07	14.36	3.04	17.88	2.03
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3	15.50	3.42	15.02	3.05	16.75	1.49
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1	15.96	6.76	17.35	3.76	15.88	3.69
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	15.3	5.2	16.9	3.3	15.0	3.8
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	15.33	4.69	17.52	3.30	15.72	2.12
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1	14.69	6.19	13.44	5.78	17.03	5.17
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	14.84	4.84	14.22	5.86	16.88	4.58
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	15.20	3.95	15.78	5.09	17.03	3.40
Wirkung des Essens t1	12.22	6.11	9.72	6.66	14.58	7.21
Wirkung des Essens t2	12.36	5.26	11.53	6.23	15.14	3.80
Wirkung des Essens t3	13.61	4.51	13.06	5.17	15.97	2.22
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1	18.00	8.33	25.94	2.95	18.94	3.22

Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	16.43	5.39	24.06	2.83	16.56	3.40
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	16.69	4.46	23.13	1.87	16.50	2.48
Essen und Gewicht als Problem t1	20.27	5.06	23.57	3.28	19.64	2.19
Essen und Gewicht als Problem t2	18.52	3.28	21.25	2.58	18.04	2.28
Essen und Gewicht als Problem t3	17.41	2.56	20.80	3.38	18.03	1.95
Zügelung des Essens t1	22.61	5.76	25.80	2.17	18.75	3.63
Zügelung des Essens t2	20.80	4.14	24.09	1.09	19.09	3.07
Zügelung des Essens t3	19.76	4.00	22.50	1.80	18.52	2.22
Einstellung zur gesunden Ernährung t1	12.88	4.85	18.00	3.78	12.88	2.23
Einstellung zur gesunden Ernährung t2	12.50	3.30	17.88	3.60	12.63	2.56
Einstellung zur gesunden Ernährung t3	14.25	2.55	17.13	3.27	15.50	3.21
Einstellung zu Übergewichtigen t1	13.75	6.48	18.39	4.07	11.96	3.32
Einstellung zu Übergewichtigen t2	14.64	4.50	16.96	3.45	11.96	2.53
Einstellung zu Übergewichtigen t3	14.11	4.14	15.89	3.19	12.86	4.04
Essgeschwindigkeit t1	15.23	3.14	13.07	2.61	18.18	2.06
Essgeschwindigkeit t2	14.32	.71	14.09	3.33	15.97	1.90
Essgeschwindigkeit t3	15.26	1.61	14.09	2.38	16.48	2.68
Essen zwischen den Mahlzeiten t1	17.75	4.95	11.75	5.28	17.25	3.54
Essen zwischen den Mahlzeiten t2	16.75	4.77	14.31	4.43	15.75	3.11
Essen zwischen den Mahlzeiten t3	17.00	4.90	14.50	4.75	16.50	4.11
Nächtliches Essen t1	11.25	7.07	13.75	4.63	12.81	5.25
Nächtliches Essen t2	11.56	3.76	13.13	2.91	14.06	5.50
Nächtliches Essen t3	13.75	4.63	12.19	2.81	14.38	3.47
Esszwänge in der Kindheit t1	16.25	9.50	26.25	3.75	15.42	5.89
Esszwänge in der Kindheit t2	13.75	7.22	23.54	4.40	14.58	5.33
Esszwänge in der Kindheit t3	13.75	5.47	21.46	3.01	17.08	6.77
Belastung durch Übergewicht t1	17.63	6.18	22.71	2.49	16.46	3.35
Belastung durch Übergewicht t2	13.13	4.05	24.38	3.56	14.90	2.89
Belastung durch Übergewicht t3	15.25	5.18	21.56	2.53	17.08	4.92

	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Essen und Gewicht als Problem t1	Pearson	.387	.509 [*]	.073	.049	.810 ^{**}	1	.804 ^{**}	.200	-.191	-	-.104	.219	.751 ^{**}	.399
	Correlatio n										.633 ^{**}				
	Sig. (2- tailed)	.062	.011	.734	.820	.000	.000	.350	.372	.001	.627	.304	.000	.112	
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Zügelung des Essens t1	Pearson	.291	.615 ^{**}	.158	.096	.764 ^{**}	.804 ^{**}	1	.085	-.172	-	-.003	.425 [*]	.730 ^{**}	.550 [*]
	Correlatio n										.827 ^{**}				
	Sig. (2- tailed)	.168	.001	.461	.657	.000	.000	.693	.422	.000	.990	.038	.000	.022	
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Einstellung zur gesunden Ernährung t1	Pearson	-	-	-	-	.159	.200	.085	1	.632 ^{**}	-.212	-	-	.338	-
	Correlatio n	.420 [*]	.435 [*]	.747 ^{**}	.611 ^{**}						.786 ^{**}	.527 ^{**}		.030	
	Sig. (2- tailed)	.041	.034	.000	.002	.458	.350	.693	.001	.320	.000	.008	.106	.910	
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Einstellung zu Übergewichtigen t1	Pearson	-	-	-	-	-.234	-.191	-.172	.632 ^{**}	1	.085	-	-	-.063	.228
	Correlatio n	.627 ^{**}	.543 ^{**}	.645 ^{**}	.524 ^{**}						.673 ^{**}	.462 [*]			
	Sig. (2- tailed)	.001	.006	.001	.009	.270	.372	.422	.001	.693	.000	.023	.768	.378	
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Essgeschwindigkeit t t1	Pearson	-.053	-	.050	.054	-	-	-	-.212	.085	1	.183	-.305	-	-
	Correlatio n	.422 [*]			.716 ^{**}	.633 ^{**}	.827 ^{**}					.686 ^{**}	.588 [*]		
	Sig. (2- tailed)	.805	.040	.817	.804	.000	.001	.000	.320	.693	.392	.148	.000	.013	
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Essen zwischen den Mahlzeiten t1	Pearson	.522 ^{**}	.550 ^{**}	.665 ^{**}	.545 ^{**}	-.082	-.104	-.003	-	-	.183	1	.543 ^{**}	-.155	-
	Correlatio n								.786 ^{**}	.673 ^{**}				.133	
	Sig. (2- tailed)	.009	.005	.000	.006	.704	.627	.990	.000	.000	.392	.006	.470	.611	
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Nächtliches Essen t1	Pearson	.455 [*]	.828 ^{**}	.796 ^{**}	.617 ^{**}	.463 [*]	.219	.425 [*]	-	-	-.305	.543 ^{**}	1	.309	.255
	Correlatio n								.527 ^{**}	.462 [*]					
	Sig. (2- tailed)	.025	.000	.000	.001	.023	.304	.038	.008	.023	.148	.006	.142	.323	

	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Esszwänge in der Kindheit t1	Pearson	.102	.571**	.106	-.006	.855**	.751**	.730**	.338	-.063	-	-.155	.309	1	.471
	Correlatio										.686**				
	n														
	Sig. (2-tailed)	.635	.004	.624	.976	.000	.000	.000	.106	.768	.000	.470	.142		.056
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	17	
Belastung durch Übergewicht t1	Pearson	-.181	.355	.182	.101	.533*	.399	.550*	-.030	.228	-	-.133	.255	.471	1
	Correlatio										.588*				
	n														
	Sig. (2-tailed)	.487	.162	.486	.699	.027	.112	.022	.910	.378	.013	.611	.323	.056	
	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hintergrund zur Korrelation:

Positive Korrelationskoeffizienten sprechen für einen gleichgerichteten Zusammenhang (je größer die eine Variable ist, desto größer ist die andere). Negative Korrelationskoeffizienten sprechen für einen gegen gerichteten Zusammenhang. (Je größer die eine Variable ist, desto kleiner ist die andere – und umgekehrt.)

Je höher der absolute Wert des Korrelationskoeffizienten r ist, desto stärker ist der Zusammenhang. Dabei bewegen sich die Werte immer zwischen -1 und +1.

Man spricht von schwachen Korrelationen, wenn der absolute Wert des Koeffizienten kleiner als 0.5 ist. Liegt er zwischen 0.5 und unter 0.8, wird er als mittelstark bezeichnet. Ist der absolute Wert größer gleich 0.8, kann man von starken Korrelationen sprechen (Fahrmeir, Künstler, Pigeot, & Tutz, 2001, S. 139).

Es liegen also meist Zusammenhänge vor, wobei die Skala „Belastung durch Übergewicht“ selten mit anderen Skalen korreliert.

	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15	
Einstellung zu	Pearson	-	-	-	-	.049	.183	.028	.497 [*]	1	-	-	-	.168	.184
Übergewichtigen t2	Correlation	.674 ^{**}	.448 [*]	.600 ^{**}	.627 ^{**}						.179	.661 ^{**}	.529 ^{**}		
	Sig. (2-tailed)	.000	.028	.002	.001	.819	.393	.896	.013		.402	.000	.008	.432	.512
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Essgeschwindigkeit t2	Pearson	.267	.091	.347	.393	-.204	-.368	-	.005	-.179	1	.218	.208	-.243	.021
	Correlation							.414 [*]							
	Sig. (2-tailed)	.207	.672	.096	.057	.338	.077	.044	.980	.402		.306	.330	.252	.941
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Essen zwischen den Mahlzeiten t2	Pearson	.422 [*]	.486 [*]	.515 [*]	.584 ^{**}	-.070	-.396	-.003	-	-	.218	1	.593 ^{**}	-.204	.047
	Correlation								.421 [*]	.661 ^{**}					
	Sig. (2-tailed)	.040	.016	.010	.003	.746	.056	.989	.040	.000	.306		.002	.340	.867
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Nächtliches Essen t2	Pearson	.444 [*]	.614 ^{**}	.599 ^{**}	.566 ^{**}	.351	-.097	.160	-.345	-	.208	.593 ^{**}	1	.070	.054
	Correlation									.529 ^{**}					
	Sig. (2-tailed)	.030	.001	.002	.004	.093	.650	.455	.099	.008	.330	.002		.744	.849
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Esszwänge in der Kindheit t2	Pearson	-.184	.524 ^{**}	.115	-.116	.833 ^{**}	.599 ^{**}	.821 ^{**}	.506 [*]	.168	-	-.204	.070	1	.619 [*]
	Correlation										.243				
	Sig. (2-tailed)	.389	.009	.591	.590	.000	.002	.000	.012	.432	.252	.340	.744		.014
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Belastung durch Übergewicht t2	Pearson	-.290	.470	.233	.071	.614 [*]	.274	.534 [*]	.503	.184	.021	.047	.054	.619 [*]	1
	Correlation														
	Sig. (2-tailed)	.294	.077	.404	.801	.015	.323	.041	.056	.512	.941	.867	.849	.014	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15	
Einstellung zu	Pearson	-	-	-	-	-.200	-.004	-.344	.514 [*]	1	-.338	-	-	-.143	.180
Übergewichtigen t3	Correlation	.394	.583 ^{**}	.701 ^{**}	.466 [*]						.469 [*]	.701 ^{**}			
	Sig. (2-tailed)	.056	.003	.000	.022	.349	.987	.100	.010		.106	.021	.000	.506	.522
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Essgeschwindigkeit t3	Pearson	.002	.092	.334	.533 ^{**}	-.091	-.255	-.260	-.084	-.338	1	.325	.147	.029	-
	Correlation														.184
	Sig. (2-tailed)	.991	.671	.110	.007	.673	.229	.220	.695	.106		.121	.492	.892	.511
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Essen zwischen den	Pearson	.304	.467 [*]	.557 ^{**}	.311	-.066	-	-.035	-	-	.325	1	.314	-.138	.361
Mahlzeiten t3	Correlation					.469 [*]		.447 [*]	.469 [*]						
	Sig. (2-tailed)	.149	.021	.005	.139	.758	.021	.871	.028	.021	.121		.136	.520	.186
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Nächtliches Essen t3	Pearson	.387	.524 ^{**}	.593 ^{**}	.400	.099	-.065	.418 [*]	-	-	.147	.314	1	.065	-
	Correlation							.601 ^{**}	.701 ^{**}						.475
	Sig. (2-tailed)	.062	.009	.002	.053	.645	.764	.042	.002	.000	.492	.136		.764	.073
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Esszwänge in der	Pearson	.022	.510 [*]	.269	.154	.794 ^{**}	.511 [*]	.573 ^{**}	.300	-.143	.029	-.138	.065	1	.223
Kindheit t3	Correlation														.425
	Sig. (2-tailed)	.920	.011	.204	.471	.000	.011	.003	.154	.506	.892	.520	.764		.425
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	15
Belastung durch	Pearson	-	.368	.248	.130	.321	.192	.182	.152	.180	-.184	.361	-.475	.223	1
Übergewicht t3	Correlation	.009													
	Sig. (2-tailed)	.973	.177	.372	.644	.244	.493	.517	.590	.522	.511	.186	.073	.425	
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

H1

Verglichen werden hier verschiedene Werte zwischen t1 und t2 bei allen drei Gruppen. Da die Fallzahl pro Gruppe sehr klein ist, wird nichtparametrisch vorgegangen und der Wilcoxon Test verwendet.

Es ergeben sich hier zwei Tabellen:

Ranks

Gruppe			N	Mean Rank	Sum of Ranks
IG1	Einstellung zum Essen	Negative Ranks	4 ^a	2.75	11.00
	(Stellenwert des Essens) t2 -	Positive Ranks	1 ^b	4.00	4.00
	Einstellung zum Essen	Ties	3 ^c		
	(Stellenwert des Essens) t1	Total	8		
	Stärke und Auslösbarkeit des	Negative Ranks	5 ^d	4.90	24.50
	Essbedürfnisses t2 - Stärke	Positive Ranks	3 ^e	3.83	11.50
	und Auslösbarkeit des	Ties	0 ^f		
	Essbedürfnisses t1	Total	8		
	Sozial-situative Auslöser für	Negative Ranks	3 ^g	3.17	9.50
	Mehressen t2 - Sozial-	Positive Ranks	3 ^h	3.83	11.50
	situative Auslöser für	Ties	2 ⁱ		
	Mehressen t1	Total	8		
	Wirkung des Essens t2 -	Negative Ranks	3 ^j	3.00	9.00
	Wirkung des Essens t1	Positive Ranks	3 ^k	4.00	12.00
		Ties	2 ^l		
		Total	8		
	Essen als Mittel gegen	Negative Ranks	6 ^m	4.33	26.00
	(emotionale) Belastung t2 -	Positive Ranks	2 ⁿ	5.00	10.00
	Essen als Mittel gegen	Ties	0 ^o		
	(emotionale) Belastung t1	Total	8		
	Essen und Gewicht als	Negative Ranks	7 ^p	4.14	29.00
	Problem t2 - Essen und	Positive Ranks	1 ^q	7.00	7.00
	Gewicht als Problem t1	Ties	0 ^r		
		Total	8		
	Zügelung des Essens t2 -	Negative Ranks	5 ^s	5.50	27.50
	Zügelung des Essens t1	Positive Ranks	3 ^t	2.83	8.50
		Ties	0 ^u		
		Total	8		
	Einstellung zur gesunden	Negative Ranks	5 ^v	3.20	16.00
	Ernährung t2 - Einstellung	Positive Ranks	2 ^w	6.00	12.00
	zur gesunden Ernährung t1	Ties	1 ^x		
		Total	8		
	Einstellung zu	Negative Ranks	2 ^y	5.25	10.50
	Übergewichtigen t2 -	Positive Ranks	6 ^z	4.25	25.50
	Einstellung zu	Ties	0 ^{aa}		
	Übergewichtigen t1	Total	8		
	Essgeschwindigkeit t2 -	Negative Ranks	5 ^{ab}	3.70	18.50
	Essgeschwindigkeit t1	Positive Ranks	2 ^{ac}	4.75	9.50

	Ties		1 ^{ad}		
	Total		8		
Essen zwischen den	Negative Ranks		4 ^{ae}	3.38	13.50
Mahlzeiten t2 - Essen	Positive Ranks		2 ^{af}	3.75	7.50
zwischen den Mahlzeiten t1	Ties		2 ^{ag}		
	Total		8		
Nächtliches Essen t2 -	Negative Ranks		2 ^{ah}	5.00	10.00
Nächtliches Essen t1	Positive Ranks		4 ^{ai}	2.75	11.00
	Ties		2 ^{aj}		
	Total		8		
Esszwänge in der Kindheit t2	Negative Ranks		6 ^{ak}	3.67	22.00
- Esszwänge in der Kindheit	Positive Ranks		1 ^{al}	6.00	6.00
t1	Ties		1 ^{am}		
	Total		8		
Belastung durch Übergewicht	Negative Ranks		3 ^{an}	2.67	8.00
t2 - Belastung durch	Positive Ranks		1 ^{ao}	2.00	2.00
Übergewicht t1	Ties		0 ^{ap}		
	Total		4		
Machen Sie bitte auf der	Negative Ranks		1 ^{aq}	1.50	1.50
nachfolgenden Skala durch	Positive Ranks		2 ^{ar}	2.25	4.50
ein Kreuz in das	Ties		4 ^{as}		
entsprechende Kästchen	Total		7		
kenntlich, wie Sie persönlich					
Ihr augenblickliches Gewicht					
beurteilen. t 2					
Machen Sie bitte auf der					
nachfolgenden Skala durch					
ein Kreuz in das					
entsprechende Kästchen					
kenntlich, wie Sie persönlich					
Ihr augenblickliches Gewicht					
beurteilen. t 1					
Machen Sie bitte auf der	Negative Ranks		0 ^{at}	.00	.00
nachfolgenden Skala durch	Positive Ranks		1 ^{au}	1.00	1.00
ein Kreuz in das	Ties		7 ^{av}		

	entsprechende Kästchen	Total		8	
	kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten.				
	t 2 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das				
	entsprechende Kästchen				
	kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten.				
	t 1				
	Machen Sie bitte auf der	Negative Ranks	2 ^{aw}	2.50	5.00
	nachfolgenden Skala durch	Positive Ranks	3 ^{ax}	3.33	10.00
	ein Kreuz in das	Ties	1 ^{ay}		
	entsprechende Kästchen	Total	6		
	kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten.				
	t 2 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das				
	entsprechende Kästchen				
	kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten.				
	t 1				
IG2	Einstellung zum Essen	Negative Ranks	6 ^a	4.25	25.50
	(Stellenwert des Essens) t2 -	Positive Ranks	1 ^b	2.50	2.50
	Einstellung zum Essen	Ties	1 ^c		
	(Stellenwert des Essens) t1	Total	8		
	Stärke und Auslösbarkeit des	Negative Ranks	2 ^d	5.50	11.00
	Essbedürfnisses t2 - Stärke	Positive Ranks	4 ^e	2.50	10.00
	und Auslösbarkeit des	Ties	2 ^f		
	Essbedürfnisses t1	Total	8		
	Sozial-situative Auslöser für	Negative Ranks	1 ^g	2.00	2.00
	Mehressen t2 - Sozial-	Positive Ranks	4 ^h	3.25	13.00
	situative Auslöser für	Ties	3 ⁱ		
	Mehressen t1	Total	8		
	Wirkung des Essens t2 -	Negative Ranks	0 ^j	.00	.00
	Wirkung des Essens t1	Positive Ranks	6 ^k	3.50	21.00
		Ties	2 ^l		
		Total	8		
	Essen als Mittel gegen	Negative Ranks	7 ^m	5.00	35.00
	(emotionale) Belastung t2 -	Positive Ranks	1 ⁿ	1.00	1.00
	Essen als Mittel gegen	Ties	0 ^o		

(emotionale) Belastung t1	Total	8		
Essen und Gewicht als	Negative Ranks	7 ^p	4.00	28.00
Problem t2 - Essen und	Positive Ranks	0 ^q	.00	.00
Gewicht als Problem t1	Ties	1 ^r		
	Total	8		
Zügelung des Essens t2 -	Negative Ranks	7 ^s	4.43	31.00
Zügelung des Essens t1	Positive Ranks	1 ^t	5.00	5.00
	Ties	0 ^u		
	Total	8		
Einstellung zur gesunden	Negative Ranks	4 ^v	3.50	14.00
Ernährung t2 - Einstellung	Positive Ranks	3 ^w	4.67	14.00
zur gesunden Ernährung t1	Ties	1 ^x		
	Total	8		
Einstellung zu	Negative Ranks	4 ^y	3.63	14.50
Übergewichtigen t2 -	Positive Ranks	2 ^z	3.25	6.50
Einstellung zu	Ties	2 ^{aa}		
Übergewichtigen t1	Total	8		
Essgeschwindigkeit t2 -	Negative Ranks	2 ^{ab}	2.00	4.00
Essgeschwindigkeit t1	Positive Ranks	4 ^{ac}	4.25	17.00
	Ties	2 ^{ad}		
	Total	8		
Essen zwischen den	Negative Ranks	1 ^{ae}	3.00	3.00
Mahlzeiten t2 - Essen	Positive Ranks	7 ^{af}	4.71	33.00
zwischen den Mahlzeiten t1	Ties	0 ^{ag}		
	Total	8		
Nächtliches Essen t2 -	Negative Ranks	2 ^{ah}	2.25	4.50
Nächtliches Essen t1	Positive Ranks	1 ^{ai}	1.50	1.50
	Ties	5 ^{aj}		
	Total	8		
Esszwänge in der Kindheit t2	Negative Ranks	4 ^{ak}	2.50	10.00
- Esszwänge in der Kindheit	Positive Ranks	0 ^{al}	.00	.00
t1	Ties	4 ^{am}		
	Total	8		
Belastung durch Übergewicht	Negative Ranks	2 ^{an}	1.50	3.00
t2 - Belastung durch	Positive Ranks	1 ^{ao}	3.00	3.00
Übergewicht t1	Ties	2 ^{ap}		
	Total	5		
Machen Sie bitte auf der	Negative Ranks	0 ^{aq}	.00	.00
nachfolgenden Skala durch	Positive Ranks	0 ^{ar}	.00	.00
ein Kreuz in das	Ties	8 ^{as}		

entsprechende Kästchen Total 8

kenntlich, wie Sie persönlich
Ihr augenblickliches Gewicht
beurteilen. t 2

Machen Sie bitte auf der
nachfolgenden Skala durch
ein Kreuz in das
entsprechende Kästchen

kenntlich, wie Sie persönlich
Ihr augenblickliches Gewicht
beurteilen. t 1

Machen Sie bitte auf der	Negative Ranks	0 ^{at}	.00	.00
nachfolgenden Skala durch	Positive Ranks	0 ^{au}	.00	.00
ein Kreuz in das	Ties	8 ^{av}		
entsprechende Kästchen	Total	8		

kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht zunehmen möchten.

t 2

Machen Sie bitte auf der
nachfolgenden Skala durch
ein Kreuz in das
entsprechende Kästchen

kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht zunehmen möchten.

t 1

Machen Sie bitte auf der	Negative Ranks	0 ^{aw}	.00	.00
nachfolgenden Skala durch	Positive Ranks	1 ^{ax}	1.00	1.00
ein Kreuz in das	Ties	7 ^{ay}		
entsprechende Kästchen	Total	8		

kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht abnehmen möchten.

t 2

Machen Sie bitte auf der
nachfolgenden Skala durch
ein Kreuz in das
entsprechende Kästchen

kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht abnehmen möchten.

t 1

KG	Einstellung zum Essen	Negative Ranks	3 ^a	5.00	15.00
	(Stellenwert des Essens) t2 -	Positive Ranks	3 ^b	2.00	6.00
	Einstellung zum Essen	Ties	2 ^c		
	(Stellenwert des Essens) t1	Total	8		

Stärke und Auslösbarkeit des	Negative Ranks	4 ^d	3.75	15.00
Essbedürfnisses t2 - Stärke	Positive Ranks	2 ^e	3.00	6.00
und Auslösbarkeit des	Ties	2 ^f		
Essbedürfnisses t1	Total	8		
Sozial-situative Auslöser für	Negative Ranks	5 ^g	3.70	18.50
Mehressen t2 - Sozial-	Positive Ranks	3 ^h	5.83	17.50
situative Auslöser für	Ties	0 ⁱ		
Mehressen t1	Total	8		
Wirkung des Essens t2 -	Negative Ranks	3 ^j	5.83	17.50
Wirkung des Essens t1	Positive Ranks	5 ^k	3.70	18.50
	Ties	0 ^l		
	Total	8		
Essen als Mittel gegen	Negative Ranks	6 ^m	4.50	27.00
(emotionale) Belastung t2 -	Positive Ranks	1 ⁿ	1.00	1.00
Essen als Mittel gegen	Ties	1 ^o		
(emotionale) Belastung t1	Total	8		
Essen und Gewicht als	Negative Ranks	6 ^p	5.25	31.50
Problem t2 - Essen und	Positive Ranks	2 ^q	2.25	4.50
Gewicht als Problem t1	Ties	0 ^r		
	Total	8		
Zügelung des Essens t2 -	Negative Ranks	1 ^s	8.00	8.00
Zügelung des Essens t1	Positive Ranks	7 ^t	4.00	28.00
	Ties	0 ^u		
	Total	8		
Einstellung zur gesunden	Negative Ranks	3 ^v	3.83	11.50
Ernährung t2 - Einstellung	Positive Ranks	3 ^w	3.17	9.50
zur gesunden Ernährung t1	Ties	2 ^x		
	Total	8		
Einstellung zu	Negative Ranks	4 ^y	3.25	13.00
Übergewichtigen t2 -	Positive Ranks	3 ^z	5.00	15.00
Einstellung zu	Ties	1 ^{aa}		
Übergewichtigen t1	Total	8		
Essgeschwindigkeit t2 -	Negative Ranks	7 ^{ab}	5.00	35.00
Essgeschwindigkeit t1	Positive Ranks	1 ^{ac}	1.00	1.00
	Ties	0 ^{ad}		
	Total	8		
Essen zwischen den	Negative Ranks	5 ^{ae}	3.30	16.50
Mahlzeiten t2 - Essen	Positive Ranks	1 ^{af}	4.50	4.50
zwischen den Mahlzeiten t1	Ties	2 ^{ag}		
	Total	8		
Nächtliches Essen t2 -	Negative Ranks	1 ^{ah}	2.50	2.50

Nächtliches Essen t1	Positive Ranks	4 ^{ai}	3.13	12.50
	Ties	3 ^{aj}		
	Total	8		
Esszwänge in der Kindheit t2	Negative Ranks	3 ^{ak}	3.33	10.00
- Esszwänge in der Kindheit t1	Positive Ranks	2 ^{al}	2.50	5.00
	Ties	3 ^{am}		
	Total	8		
Belastung durch Übergewicht t2 - Belastung durch Übergewicht t1	Negative Ranks	3 ^{an}	3.50	10.50
	Positive Ranks	2 ^{ao}	2.25	4.50
	Ties	1 ^{ap}		
	Total	6		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 2	Negative Ranks	0 ^{aq}	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^{ar}	.00	.00
	Ties	8 ^{as}		
	Total	8		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 1	Negative Ranks	0 ^{at}	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^{au}	.00	.00
	Ties	8 ^{av}		
	Total	8		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 2	Negative Ranks	2 ^{aw}	1.75	3.50
	Positive Ranks	3 ^{ax}	3.83	11.50
	Ties	2 ^{ay}		
	Total			

entsprechende Kästchen	Total	7
kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten.		
t 2 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten.		
t 1		

-
- a. Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2 < Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1
 - b. Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2 > Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1
 - c. Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2 = Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1
 - d. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2 < Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1
 - e. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2 > Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1
 - f. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2 = Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1
 - g. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2 < Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1
 - h. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2 > Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1
 - i. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2 = Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1
 - j. Wirkung des Essens t2 < Wirkung des Essens t1
 - k. Wirkung des Essens t2 > Wirkung des Essens t1
 - l. Wirkung des Essens t2 = Wirkung des Essens t1
 - m. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2 < Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1
 - n. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2 > Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1
 - o. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2 = Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1
 - p. Essen und Gewicht als Problem t2 < Essen und Gewicht als Problem t1
 - q. Essen und Gewicht als Problem t2 > Essen und Gewicht als Problem t1
 - r. Essen und Gewicht als Problem t2 = Essen und Gewicht als Problem t1
 - s. Zügelung des Essens t2 < Zügelung des Essens t1
 - t. Zügelung des Essens t2 > Zügelung des Essens t1
 - u. Zügelung des Essens t2 = Zügelung des Essens t1
 - v. Einstellung zur gesunden Ernährung t2 < Einstellung zur gesunden Ernährung t1
 - w. Einstellung zur gesunden Ernährung t2 > Einstellung zur gesunden Ernährung t1
 - x. Einstellung zur gesunden Ernährung t2 = Einstellung zur gesunden Ernährung t1
 - y. Einstellung zu Übergewichtigen t2 < Einstellung zu Übergewichtigen t1
 - z. Einstellung zu Übergewichtigen t2 > Einstellung zu Übergewichtigen t1
 - aa. Einstellung zu Übergewichtigen t2 = Einstellung zu Übergewichtigen t1
 - ab. Essgeschwindigkeit t2 < Essgeschwindigkeit t1
 - ac. Essgeschwindigkeit t2 > Essgeschwindigkeit t1
 - ad. Essgeschwindigkeit t2 = Essgeschwindigkeit t1
 - ae. Essen zwischen den Mahlzeiten t2 < Essen zwischen den Mahlzeiten t1
 - af. Essen zwischen den Mahlzeiten t2 > Essen zwischen den Mahlzeiten t1
 - ag. Essen zwischen den Mahlzeiten t2 = Essen zwischen den Mahlzeiten t1
 - ah. Nächtliches Essen t2 < Nächtliches Essen t1

- ai. Nächtliches Essen $t_2 >$ Nächtliches Essen t_1
- aj. Nächtliches Essen $t_2 =$ Nächtliches Essen t_1
- ak. Esszwänge in der Kindheit $t_2 <$ Esszwänge in der Kindheit t_1
- al. Esszwänge in der Kindheit $t_2 >$ Esszwänge in der Kindheit t_1
- am. Esszwänge in der Kindheit $t_2 =$ Esszwänge in der Kindheit t_1
- an. Belastung durch Übergewicht $t_2 <$ Belastung durch Übergewicht t_1
- ao. Belastung durch Übergewicht $t_2 >$ Belastung durch Übergewicht t_1
- ap. Belastung durch Übergewicht $t_2 =$ Belastung durch Übergewicht t_1
- aq. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. $t_2 <$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t_1
- ar. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. $t_2 >$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t_1
- as. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. $t_2 =$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t_1
- at. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. $t_2 <$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t_1
- au. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. $t_2 >$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t_1
- av. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. $t_2 =$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t_1
- aw. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. $t_2 <$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t_1
- ax. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. $t_2 >$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t_1
- ay. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. $t_2 =$ Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t_1

Test Statistics^a

	Gruppe						
	IG1		IG2		KG		
	Asymp. Sig. (2- tailed)	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)	Z	
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2 - Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1	-.962 ^b	.336	-	.047	1.983 ^b	-.949 ^b	.343
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2 - Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1	-.917 ^b	.359	-.108 ^b	.914		-.954 ^b	.340
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2 - Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1	-.213 ^c	.832	-	.129	1.518 ^c	-.071 ^b	.944
Wirkung des Essens t2 - Wirkung des Essens t1	-.333 ^c	.739	-	.026	2.232 ^c	-.070 ^c	.944
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2 - Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1	-	.262	-	.017	2.383 ^b	-	.028
Essen und Gewicht als Problem t2 - Essen und Gewicht als Problem t1	-	.123	-	.017	2.379 ^b	-	.057
Zügelung des Essens t2 - Zügelung des Essens t1	-	.181	-	.067	1.834 ^b	-	.154
Einstellung zur gesunden Ernährung t2 - Einstellung zur gesunden Ernährung t1	1.338 ^b		1.834 ^b		1.425 ^c		
Einstellung zur gesunden Ernährung t2 - Einstellung zur gesunden Ernährung t1	-.341 ^b	.733	.000 ^d	1.000		-.213 ^b	.832
Einstellung zu Übergewichtigen t2 - Einstellung zu Übergewichtigen t1	-	.281	-.850 ^b	.395		-.175 ^c	.861
Essgeschwindigkeit t2 - Essgeschwindigkeit t1	-.762 ^b	.446	-	.168	1.378 ^c	-	.017
Essen zwischen den Mahlzeiten t2 - Essen zwischen den Mahlzeiten t1	-.647 ^b	.518	-	.034	2.121 ^c	-	.194
Nächtliches Essen t2 - Nächtliches Essen t1	-.107 ^c	.915	-.816 ^b	.414		-	.157
Esszwänge in der Kindheit t2 - Esszwänge in der Kindheit t1	-	.165	-	.066	1.841 ^b	-.707 ^b	.480
Belastung durch Übergewicht t2 - Belastung durch Übergewicht t1	-	.273	.000 ^d	1.000		-.813 ^b	.416
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 2	-.816 ^c	.414	.000 ^d	1.000		.000 ^d	1.000
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 1							

Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 2 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 1	-	.317	.000 ^d	1.000	.000 ^d	1.000
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 2 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 1	1.000 ^c					
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 2 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 1	-.707 ^c	.480	-	.317	-	.279
			1.000 ^c		1.084 ^c	

- Wilcoxon Signed Ranks Test
- Based on positive ranks.
- Based on negative ranks.
- The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

H2

Hier wird wie oben vorgegangen, nur wird nun t1 mit t3 verglichen.

Es ergibt sich der folgende Output:

Ranks			N	Mean Rank	Sum of Ranks
Gruppe					
IG1	Einstellung zum Essen	Negative Ranks	6 ^a	4.75	28.50
	(Stellenwert des Essens) t3 -	Positive Ranks	2 ^b	3.75	7.50
	Einstellung zum Essen	Ties	0 ^c		
	(Stellenwert des Essens) t1	Total	8		
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3 - Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1	Negative Ranks	4 ^d	3.63	14.50	
	Positive Ranks	2 ^e	3.25	6.50	
	Ties	2 ^f			
	Total	8			
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3 - Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1	Negative Ranks	3 ^g	3.00	9.00	
	Positive Ranks	3 ^h	4.00	12.00	
	Ties	2 ⁱ			
	Total	8			
Wirkung des Essens t3 - Wirkung des Essens t1	Negative Ranks	2 ^j	4.50	9.00	
	Positive Ranks	5 ^k	3.80	19.00	
	Ties	1 ^l			
	Total	8			
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3 -	Negative Ranks	6 ^m	4.17	25.00	
	Positive Ranks	2 ⁿ	5.50	11.00	

Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1	Ties	0 ^o		
	Total	8		
Essen und Gewicht als Problem t3 - Essen und Gewicht als Problem t1	Negative Ranks	7 ^p	4.29	30.00
	Positive Ranks	1 ^q	6.00	6.00
	Ties	0 ^r		
	Total	8		
Zügelung des Essens t3 - Zügelung des Essens t1	Negative Ranks	7 ^s	4.79	33.50
	Positive Ranks	1 ^t	2.50	2.50
	Ties	0 ^u		
	Total	8		
Einstellung zur gesunden Ernährung t3 - Einstellung zur gesunden Ernährung t1	Negative Ranks	3 ^v	3.50	10.50
	Positive Ranks	5 ^w	5.10	25.50
	Ties	0 ^x		
	Total	8		
Einstellung zu Übergewichtigen t3 - Einstellung zu Übergewichtigen t1	Negative Ranks	2 ^y	5.75	11.50
	Positive Ranks	6 ^z	4.08	24.50
	Ties	0 ^{aa}		
	Total	8		
Essgeschwindigkeit t3 - Essgeschwindigkeit t1	Negative Ranks	2 ^{ab}	3.75	7.50
	Positive Ranks	3 ^{ac}	2.50	7.50
	Ties	3 ^{ad}		
	Total	8		
Essen zwischen den Mahlzeiten t3 - Essen zwischen den Mahlzeiten t1	Negative Ranks	2 ^{ae}	3.00	6.00
	Positive Ranks	2 ^{af}	2.00	4.00
	Ties	4 ^{ag}		
	Total	8		
Nächtliches Essen t3 - Nächtliches Essen t1	Negative Ranks	2 ^{ah}	3.75	7.50
	Positive Ranks	5 ^{ai}	4.10	20.50
	Ties	1 ^{aj}		
	Total	8		
Esszwänge in der Kindheit t3 - Esszwänge in der Kindheit t1	Negative Ranks	4 ^{ak}	2.88	11.50
	Positive Ranks	1 ^{al}	3.50	3.50
	Ties	3 ^{am}		
	Total	8		
Belastung durch Übergewicht t3 - Belastung durch Übergewicht t1	Negative Ranks	4 ^{an}	3.50	14.00
	Positive Ranks	1 ^{ao}	1.00	1.00
	Ties	0 ^{ap}		
	Total	5		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das	Negative Ranks	1 ^{aq}	1.50	1.50
	Positive Ranks	2 ^{ar}	2.25	4.50
	Ties	4 ^{as}		

	entsprechende Kästchen	Total	7		
	kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3				
	Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen				
	kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 1				
	Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen	Negative Ranks	0 ^{at}	.00	.00
		Positive Ranks	1 ^{au}	1.00	1.00
		Ties	7 ^{av}		
	entsprechende Kästchen	Total	8		
	kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten.				
	t 3 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen				
	kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten.				
	t 1				
	Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen	Negative Ranks	2 ^{aw}	2.50	5.00
		Positive Ranks	3 ^{ax}	3.33	10.00
		Ties	2 ^{ay}		
	entsprechende Kästchen	Total	7		
	kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten.				
	t 3 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen				
	kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten.				
	t 1				
IG2	Einstellung zum Essen	Negative Ranks	5 ^a	4.60	23.00
	(Stellenwert des Essens) t3 -	Positive Ranks	2 ^b	2.50	5.00
	Einstellung zum Essen	Ties	1 ^c		
	(Stellenwert des Essens) t1	Total	8		
	Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3 - Stärke	Negative Ranks	3 ^d	4.17	12.50
		Positive Ranks	5 ^e	4.70	23.50

und Auslösbarkeit des	Ties	0 ^f		
Essbedürfnisses t1	Total	8		
Sozial-situative Auslöser für	Negative Ranks	1 ^g	2.50	2.50
Mehressen t3 - Sozial-	Positive Ranks	7 ^h	4.79	33.50
situative Auslöser für	Ties	0 ⁱ		
Mehressen t1	Total	8		
Wirkung des Essens t3 -	Negative Ranks	2 ^j	1.50	3.00
Wirkung des Essens t1	Positive Ranks	6 ^k	5.50	33.00
	Ties	0 ^l		
	Total	8		
Essen als Mittel gegen	Negative Ranks	7 ^m	4.00	28.00
(emotionale) Belastung t3 -	Positive Ranks	0 ⁿ	.00	.00
Essen als Mittel gegen	Ties	1 ^o		
(emotionale) Belastung t1	Total	8		
Essen und Gewicht als	Negative Ranks	7 ^p	4.00	28.00
Problem t3 - Essen und	Positive Ranks	0 ^q	.00	.00
Gewicht als Problem t1	Ties	1 ^r		
	Total	8		
Zügelung des Essens t3 -	Negative Ranks	6 ^s	4.50	27.00
Zügelung des Essens t1	Positive Ranks	1 ^t	1.00	1.00
	Ties	1 ^u		
	Total	8		
Einstellung zur gesunden	Negative Ranks	5 ^v	5.00	25.00
Ernährung t3 - Einstellung	Positive Ranks	3 ^w	3.67	11.00
zur gesunden Ernährung t1	Ties	0 ^x		
	Total	8		
Einstellung zu	Negative Ranks	6 ^y	5.00	30.00
Übergewichtigen t3 -	Positive Ranks	2 ^z	3.00	6.00
Einstellung zu	Ties	0 ^{aa}		
Übergewichtigen t1	Total	8		
Essgeschwindigkeit t3 -	Negative Ranks	0 ^{ab}	.00	.00
Essgeschwindigkeit t1	Positive Ranks	3 ^{ac}	2.00	6.00
	Ties	5 ^{ad}		
	Total	8		
Essen zwischen den	Negative Ranks	1 ^{ae}	2.00	2.00
Mahlzeiten t3 - Essen	Positive Ranks	6 ^{af}	4.33	26.00
zwischen den Mahlzeiten t1	Ties	1 ^{ag}		
	Total	8		
Nächtliches Essen t3 -	Negative Ranks	4 ^{ah}	3.25	13.00
Nächtliches Essen t1	Positive Ranks	1 ^{ai}	2.00	2.00
	Ties	3 ^{aj}		

	Total	8		
Esszwänge in der Kindheit t3	Negative Ranks	7 ^{ak}	4.00	28.00
- Esszwänge in der Kindheit	Positive Ranks	0 ^{al}	.00	.00
t1	Ties	1 ^{am}		
	Total	8		
Belastung durch Übergewicht t3	Negative Ranks	3 ^{an}	2.17	6.50
- Belastung durch Übergewicht t1	Positive Ranks	1 ^{ao}	3.50	3.50
	Ties	0 ^{ap}		
	Total	4		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3	Negative Ranks	0 ^{aq}	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^{ar}	.00	.00
	Ties	8 ^{as}		
	Total	8		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 1	Negative Ranks	0 ^{at}	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^{au}	.00	.00
	Ties	8 ^{av}		
	Total	8		
t 3 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten.	Negative Ranks	0 ^{aw}	.00	.00
	Positive Ranks	1 ^{ax}	1.00	1.00
	Ties	7 ^{ay}		

entsprechende Kästchen Total 8

kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht abnehmen möchten.

t 3 - Machen Sie bitte auf der
nachfolgenden Skala durch
ein Kreuz in das
entsprechende Kästchen
kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht abnehmen möchten.

t 1

KG	Einstellung zum Essen	Negative Ranks	4 ^a	6.38	25.50
	(Stellenwert des Essens) t3 -	Positive Ranks	4 ^b	2.63	10.50
	Einstellung zum Essen	Ties	0 ^c		
	(Stellenwert des Essens) t1	Total	8		
	Stärke und Auslösbarkeit des	Negative Ranks	5 ^d	3.80	19.00
	Essbedürfnisses t3 - Stärke	Positive Ranks	3 ^e	5.67	17.00
	und Auslösbarkeit des	Ties	0 ^f		
	Essbedürfnisses t1	Total	8		
	Sozial-situative Auslöser für	Negative Ranks	3 ^g	4.33	13.00
	Mehressen t3 - Sozial-	Positive Ranks	4 ^h	3.75	15.00
	situative Auslöser für	Ties	1 ⁱ		
	Mehressen t1	Total	8		
	Wirkung des Essens t3 -	Negative Ranks	3 ^j	3.83	11.50
	Wirkung des Essens t1	Positive Ranks	4 ^k	4.13	16.50
		Ties	1 ^l		
		Total	8		
	Essen als Mittel gegen	Negative Ranks	6 ^m	4.50	27.00
	(emotionale) Belastung t3 -	Positive Ranks	1 ⁿ	1.00	1.00
	Essen als Mittel gegen	Ties	1 ^o		
	(emotionale) Belastung t1	Total	8		
	Essen und Gewicht als	Negative Ranks	7 ^p	4.86	34.00
	Problem t3 - Essen und	Positive Ranks	1 ^q	2.00	2.00
	Gewicht als Problem t1	Ties	0 ^r		
		Total	8		
	Zügelung des Essens t3 -	Negative Ranks	3 ^s	4.00	12.00
	Zügelung des Essens t1	Positive Ranks	3 ^t	3.00	9.00
		Ties	2 ^u		
		Total	8		
	Einstellung zur gesunden	Negative Ranks	2 ^v	1.50	3.00
	Ernährung t3 - Einstellung	Positive Ranks	6 ^w	5.50	33.00
	zur gesunden Ernährung t1	Ties	0 ^x		
		Total	8		

Einstellung zu Übergewichtigen t3 -	Negative Ranks	2 ^y	3.00	6.00
Einstellung zu Übergewichtigen t1	Positive Ranks	5 ^z	4.40	22.00
	Ties	1 ^{aa}		
	Total	8		
Essgeschwindigkeit t3 -	Negative Ranks	6 ^{ab}	4.08	24.50
Essgeschwindigkeit t1	Positive Ranks	1 ^{ac}	3.50	3.50
	Ties	1 ^{ad}		
	Total	8		
Essen zwischen den Mahlzeiten t3 -	Negative Ranks	4 ^{ae}	4.25	17.00
Essen zwischen den Mahlzeiten t1	Positive Ranks	3 ^{af}	3.67	11.00
	Ties	1 ^{ag}		
	Total	8		
Nächtliches Essen t3 -	Negative Ranks	1 ^{ah}	5.00	5.00
Nächtliches Essen t1	Positive Ranks	5 ^{ai}	3.20	16.00
	Ties	2 ^{aj}		
	Total	8		
Esszwänge in der Kindheit t3 -	Negative Ranks	2 ^{ak}	4.25	8.50
Esszwänge in der Kindheit t1	Positive Ranks	5 ^{al}	3.90	19.50
	Ties	1 ^{am}		
	Total	8		
Belastung durch Übergewicht t3 -	Negative Ranks	3 ^{an}	2.67	8.00
Belastung durch Übergewicht t1	Positive Ranks	3 ^{ao}	4.33	13.00
	Ties	0 ^{ap}		
	Total	6		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t3	Negative Ranks	0 ^{aq}	.00	.00
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t1	Positive Ranks	0 ^{ar}	.00	.00
	Ties	8 ^{as}		
	Total	8		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das	Negative Ranks	0 ^{at}	.00	.00
	Positive Ranks	0 ^{au}	.00	.00
	Ties	8 ^{av}		

entsprechende Kästchen Total 8

kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht zunehmen möchten.

t 3 - Machen Sie bitte auf der
nachfolgenden Skala durch
ein Kreuz in das
entsprechende Kästchen
kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht zunehmen möchten.

t 1

Machen Sie bitte auf der	Negative Ranks	2 ^{aw}	1.75	3.50
nachfolgenden Skala durch	Positive Ranks	3 ^{ax}	3.83	11.50
ein Kreuz in das	Ties	3 ^{ay}		
entsprechende Kästchen	Total	8		

kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht abnehmen möchten.

t 3 - Machen Sie bitte auf der
nachfolgenden Skala durch
ein Kreuz in das
entsprechende Kästchen
kenntlich, wie stark Sie an
Gewicht abnehmen möchten.

t 1

- a. Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3 < Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1
- b. Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3 > Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1
- c. Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3 = Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1
- d. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3 < Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1
- e. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3 > Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1
- f. Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3 = Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1
- g. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3 < Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1
- h. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3 > Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1
- i. Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3 = Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1
- j. Wirkung des Essens t3 < Wirkung des Essens t1
- k. Wirkung des Essens t3 > Wirkung des Essens t1
- l. Wirkung des Essens t3 = Wirkung des Essens t1
- m. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3 < Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1
- n. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3 > Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1
- o. Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3 = Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1
- p. Essen und Gewicht als Problem t3 < Essen und Gewicht als Problem t1
- q. Essen und Gewicht als Problem t3 > Essen und Gewicht als Problem t1
- r. Essen und Gewicht als Problem t3 = Essen und Gewicht als Problem t1
- s. Zügelung des Essens t3 < Zügelung des Essens t1
- t. Zügelung des Essens t3 > Zügelung des Essens t1
- u. Zügelung des Essens t3 = Zügelung des Essens t1

- v. Einstellung zur gesunden Ernährung t3 < Einstellung zur gesunden Ernährung t1
- w. Einstellung zur gesunden Ernährung t3 > Einstellung zur gesunden Ernährung t1
- x. Einstellung zur gesunden Ernährung t3 = Einstellung zur gesunden Ernährung t1
- y. Einstellung zu Übergewichtigen t3 < Einstellung zu Übergewichtigen t1
- z. Einstellung zu Übergewichtigen t3 > Einstellung zu Übergewichtigen t1
- aa. Einstellung zu Übergewichtigen t3 = Einstellung zu Übergewichtigen t1
- ab. Essgeschwindigkeit t3 < Essgeschwindigkeit t1
- ac. Essgeschwindigkeit t3 > Essgeschwindigkeit t1
- ad. Essgeschwindigkeit t3 = Essgeschwindigkeit t1
- ae. Essen zwischen den Mahlzeiten t3 < Essen zwischen den Mahlzeiten t1
- af. Essen zwischen den Mahlzeiten t3 > Essen zwischen den Mahlzeiten t1
- ag. Essen zwischen den Mahlzeiten t3 = Essen zwischen den Mahlzeiten t1
- ah. Nächtliches Essen t3 < Nächtliches Essen t1
- ai. Nächtliches Essen t3 > Nächtliches Essen t1
- aj. Nächtliches Essen t3 = Nächtliches Essen t1
- ak. Esszwänge in der Kindheit t3 < Esszwänge in der Kindheit t1
- al. Esszwänge in der Kindheit t3 > Esszwänge in der Kindheit t1
- am. Esszwänge in der Kindheit t3 = Esszwänge in der Kindheit t1
- an. Belastung durch Übergewicht t3 < Belastung durch Übergewicht t1
- ao. Belastung durch Übergewicht t3 > Belastung durch Übergewicht t1
- ap. Belastung durch Übergewicht t3 = Belastung durch Übergewicht t1
- aq. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3 < Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 1
- ar. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3 > Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 1
- as. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3 = Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 1
- at. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 3 < Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 1
- au. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 3 > Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 1

av. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 3 = Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 1

aw. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 3 < Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 1

ax. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 3 > Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 1

ay. Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 3 = Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 1

Test Statistics^a

	Gruppe					
	IG1		IG2		KG	
	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3 - Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t1	-1.479 ^b	.139	-1.535 ^b	.125	-1.057 ^b	.291
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3 - Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t1	-.841 ^b	.400	-.775 ^c	.438	-.142 ^b	.887
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3 - Sozial-situative Auslöser für Mehressen t1	-.318 ^c	.750	-2.200 ^c	.028	-.172 ^c	.863
Wirkung des Essens t3 - Wirkung des Essens t1	-.848 ^c	.396	-2.111 ^c	.035	-.423 ^c	.672
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3 - Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t1	-.980 ^b	.327	-2.375 ^b	.018	-2.201 ^b	.028
Essen und Gewicht als Problem t3 - Essen und Gewicht als Problem t1	-1.689 ^b	.091	-2.410 ^b	.016	-2.254 ^b	.024

Zügelung des Essens t3 - Zügelung des Essens t1	-2.176 ^b	.030	-2.205 ^b	.027	-.316 ^b	.752
Einstellung zur gesunden Ernährung t3 - Einstellung zur gesunden Ernährung t1	-1.065 ^c	.287	-.990 ^b	.322	-2.113 ^c	.035
Einstellung zu Übergewichtigen t3 - Einstellung zu Übergewichtigen t1	-.952 ^c	.341	-1.723 ^b	.085	-1.406 ^c	.160
Essgeschwindigkeit t3 - Essgeschwindigkeit t1	.000 ^d	1.000	-1.604 ^c	.109	-1.784 ^b	.074
Essen zwischen den Mahlzeiten t3 - Essen zwischen den Mahlzeiten t1	-.378 ^b	.705	-2.050 ^c	.040	-.513 ^b	.608
Nächtliches Essen t3 - Nächtliches Essen t1	-1.109 ^c	.268	-1.518 ^b	.129	-1.179 ^c	.238
Esszwänge in der Kindheit t3 - Esszwänge in der Kindheit t1	-1.089 ^b	.276	-2.401 ^b	.016	-.954 ^c	.340
Belastung durch Übergewicht t3 - Belastung durch Übergewicht t1	-1.753 ^b	.080	-.557 ^b	.577	-.526 ^c	.599
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3 Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 1	-.816 ^c	.414	.000 ^d	1.000	.000 ^d	1.000

Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 3	-1.000 ^c	.317	.000 ^d	1.000	.000 ^d	1.000
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 1						
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 3 - Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 1	-.707 ^c	.480	-1.000 ^c	.317	-1.084 ^c	.279

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

c. Based on negative ranks.

d. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

H3

Hier werden die Werte zu t2 mit der Kontrollgruppe verglichen. Es wird aufgrund der kleinen Fallzahl erneut ein nichtparametrischer Test verwendet: der Mann-Whitney Test.

Es ergibt sich der folgende Output: Zunächst der Vergleich IG1 mit KG

Ranks

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2	IG1	8	8.00	64.00
	KG	8	9.00	72.00
	Total	16		
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	IG1	8	9.00	72.00
	KG	8	8.00	64.00
	Total	16		
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	IG1	8	7.63	61.00
	KG	8	9.38	75.00
	Total	16		
Wirkung des Essens t2	IG1	8	6.75	54.00
	KG	8	10.25	82.00
	Total	16		
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	IG1	8	9.25	74.00
	KG	8	7.75	62.00
	Total	16		
Essen und Gewicht als Problem t2	IG1	8	8.88	71.00
	KG	8	8.13	65.00
	Total	16		
Zügelung des Essens t2	IG1	8	9.88	79.00
	KG	8	7.13	57.00
	Total	16		
Einstellung zur gesunden Ernährung t2	IG1	8	8.63	69.00
	KG	8	8.38	67.00
	Total	16		
Einstellung zu Übergewichtigen t2	IG1	8	10.06	80.50
	KG	8	6.94	55.50
	Total	16		
Essgeschwindigkeit t2	IG1	8	6.31	50.50
	KG	8	10.69	85.50
	Total	16		
Essen zwischen den	IG1	8	8.94	71.50

Mahlzeiten t2	KG	8	8.06	64.50
	Total	16		
Nächtliches Essen t2	IG1	8	7.56	60.50
	KG	8	9.44	75.50
	Total	16		
Esszwänge in der Kindheit t2	IG1	8	8.44	67.50
	KG	8	8.56	68.50
	Total	16		
Belastung durch Übergewicht t2	IG1	4	4.75	19.00
	KG	6	6.00	36.00
	Total	10		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 2	IG1	7	6.93	48.50
	KG	8	8.94	71.50
	Total	15		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 2	IG1	8	8.00	64.00
	KG	8	9.00	72.00
	Total	16		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 2	IG1	6	5.83	35.00
	KG	7	8.00	56.00
	Total	13		

Test Statistics^a

	Mann-Whitney		Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
	U	Wilcoxon W			
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2	28.000	64.000	-.426	.670	.721 ^b
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	28.000	64.000	-.422	.673	.721 ^b
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	25.000	61.000	-.738	.460	.505 ^b
Wirkung des Essens t2	18.000	54.000	-1.482	.138	.161 ^b
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	26.000	62.000	-.632	.528	.574 ^b
Essen und Gewicht als Problem t2	29.000	65.000	-.316	.752	.798 ^b
Zügelung des Essens t2	21.000	57.000	-1.161	.246	.279 ^b
Einstellung zur gesunden Ernährung t2	31.000	67.000	-.106	.916	.959 ^b
Einstellung zu Übergewichtigen t2	19.500	55.500	-1.354	.176	.195 ^b
Essgeschwindigkeit t2	14.500	50.500	-1.856	.063	.065 ^b
Essen zwischen den Mahlzeiten t2	28.500	64.500	-.373	.709	.721 ^b
Nächtliches Essen t2	24.500	60.500	-.805	.421	.442 ^b
Esszwänge in der Kindheit t2	31.500	67.500	-.054	.957	.959 ^b
Belastung durch Übergewicht t2	9.000	19.000	-.647	.517	.610 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t2	20.500	48.500	-.886	.375	.397 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t2	28.000	64.000	-.468	.640	.721 ^b

Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 2	14.000	35.000	-1.018	.309	.366 ^b
--	--------	--------	--------	------	-------------------

a. Grouping Variable: Gruppe

b. Not corrected for ties.

Informationen zum Test:

Beim Mann-Whitney-U Test werden nicht die ursprünglichen Daten untersucht, sondern es werden sämtliche Daten, also von beiden Gruppen gepoolt, in eine Rangfolge gebracht und dann mit diesen Rangdaten weitergearbeitet. Dabei erhält man die Ränge 1 bis n. Im Anschluss an die Rangvergabe werden die Daten pro Behandlungsgruppe betrachtet.

Ob es tatsächlich einen Unterschied zwischen den Gruppen gibt, wird dann per Signifikanztest entschieden, indem die Rangsummen pro Gruppe gebildet werden. Diese Rangsummen entscheiden dann über die Höhe des p-Wertes.

Vergleich IG2 mit KG**Ranks**

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2	IG1	8	8.00	64.00
	KG	8	9.00	72.00
	Total	16		
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	IG1	8	9.00	72.00
	KG	8	8.00	64.00
	Total	16		
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	IG1	8	7.63	61.00
	KG	8	9.38	75.00
	Total	16		
Wirkung des Essens t2	IG1	8	6.75	54.00
	KG	8	10.25	82.00
	Total	16		
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	IG1	8	9.25	74.00
	KG	8	7.75	62.00
	Total	16		
Essen und Gewicht als Problem t2	IG1	8	8.88	71.00
	KG	8	8.13	65.00
	Total	16		
Zügelung des Essens t2	IG1	8	9.88	79.00
	KG	8	7.13	57.00
	Total	16		
Einstellung zur gesunden Ernährung t2	IG1	8	8.63	69.00
	KG	8	8.38	67.00
	Total	16		
Einstellung zu Übergewichtigen t2	IG1	8	10.06	80.50
	KG	8	6.94	55.50
	Total	16		
Essgeschwindigkeit t2	IG1	8	6.31	50.50
	KG	8	10.69	85.50
	Total	16		
Essen zwischen den Mahlzeiten t2	IG1	8	8.94	71.50
	KG	8	8.06	64.50
	Total	16		
Nächtliches Essen t2	IG1	8	7.56	60.50
	KG	8	9.44	75.50
	Total	16		
<u>Esszwänge in der Kindheit t2</u>	IG1	8	8.44	67.50

	KG	8	8.56	68.50
	Total	16		
Belastung durch	IG1	4	4.75	19.00
Übergewicht t2	KG	6	6.00	36.00
	Total	10		
Machen Sie bitte auf der	IG1	7	6.93	48.50
nachfolgenden Skala durch	KG	8	8.94	71.50
ein Kreuz in das	Total	15		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie Sie persönlich				
Ihr augenblickliches Gewicht				
beurteilen. t 2				
Machen Sie bitte auf der	IG1	8	8.00	64.00
nachfolgenden Skala durch	KG	8	9.00	72.00
ein Kreuz in das	Total	16		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie stark Sie an				
Gewicht zunehmen				
möchten. t 2				
Machen Sie bitte auf der	IG1	6	5.83	35.00
nachfolgenden Skala durch	KG	7	8.00	56.00
ein Kreuz in das	Total	13		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie stark Sie an				
Gewicht abnehmen				
möchten. t 2				

Test Statistics^a

	Mann-Whitney		Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
	U	Wilcoxon W			
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2	28.000	64.000	-.426	.670	.721 ^b
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	28.000	64.000	-.422	.673	.721 ^b
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	25.000	61.000	-.738	.460	.505 ^b
Wirkung des Essens t2	18.000	54.000	-1.482	.138	.161 ^b
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	26.000	62.000	-.632	.528	.574 ^b
Essen und Gewicht als Problem t2	29.000	65.000	-.316	.752	.798 ^b
Zügelung des Essens t2	21.000	57.000	-1.161	.246	.279 ^b

Einstellung zur gesunden Ernährung t2	31.000	67.000	-.106	.916	.959 ^b
Einstellung zu Übergewichtigen t2	19.500	55.500	-1.354	.176	.195 ^b
Essgeschwindigkeit t2	14.500	50.500	-1.856	.063	.065 ^b
Essen zwischen den Mahlzeiten t2	28.500	64.500	-.373	.709	.721 ^b
Nächtliches Essen t2	24.500	60.500	-.805	.421	.442 ^b
Esszwänge in der Kindheit t2	31.500	67.500	-.054	.957	.959 ^b
Belastung durch Übergewicht t2	9.000	19.000	-.647	.517	.610 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t2	20.500	48.500	-.886	.375	.397 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t2	28.000	64.000	-.468	.640	.721 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t2	14.000	35.000	-1.018	.309	.366 ^b

a. Grouping Variable: Gruppe

b. Not corrected for ties.

H4

Wie bei H3; es wird aber t3 untersucht.

Zunächst für IG1**Ranks**

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3	IG1	8	8.00	64.00
	KG	8	9.00	72.00
	Total	16		
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	IG1	8	8.75	70.00
	KG	8	8.25	66.00
	Total	16		
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	IG1	8	7.19	57.50
	KG	8	9.81	78.50
	Total	16		
Wirkung des Essens t3	IG1	8	6.88	55.00
	KG	8	10.13	81.00
	Total	16		
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	IG1	8	9.25	74.00
	KG	8	7.75	62.00
	Total	16		
Essen und Gewicht als Problem t3	IG1	8	7.81	62.50
	KG	8	9.19	73.50
	Total	16		
Zügelung des Essens t3	IG1	8	10.00	80.00
	KG	8	7.00	56.00
	Total	16		
Einstellung zur gesunden Ernährung t3	IG1	8	7.63	61.00
	KG	8	9.38	75.00
	Total	16		
Einstellung zu Übergewichtigen t3	IG1	8	9.06	72.50
	KG	8	7.94	63.50
	Total	16		
Essgeschwindigkeit t3	IG1	8	7.13	57.00
	KG	8	9.88	79.00
	Total	16		
Essen zwischen den Mahlzeiten t3	IG1	8	8.56	68.50
	KG	8	8.44	67.50
	Total	16		
Nächtliches Essen t3	IG1	8	8.38	67.00

	KG	8	8.63	69.00
	Total	16		
Esszvänge in der Kindheit t3	IG1	8	7.25	58.00
	KG	8	9.75	78.00
	Total	16		
Belastung durch Übergewicht t3	IG1	5	5.60	28.00
	KG	6	6.33	38.00
	Total	11		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3	IG1	7	6.93	48.50
	KG	8	8.94	71.50
	Total	15		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 3	IG1	8	8.00	64.00
	KG	8	9.00	72.00
	Total	16		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 3	IG1	7	6.93	48.50
	KG	8	8.94	71.50
	Total	15		

Test Statistics^a

	Mann-Whitney			Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
	U	Wilcoxon W	Z		
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3	28.000	64.000	-.428	.669	.721 ^b
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	30.000	66.000	-.210	.833	.878 ^b
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	21.500	57.500	-1.112	.266	.279 ^b
Wirkung des Essens t3	19.000	55.000	-1.376	.169	.195 ^b
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	26.000	62.000	-.632	.528	.574 ^b

Essen und Gewicht als Problem t3	26.500	62.500	-.581	.561	.574 ^b
Zügelung des Essens t3	20.000	56.000	-1.268	.205	.234 ^b
Einstellung zur gesunden Ernährung t3	25.000	61.000	-.750	.453	.505 ^b
Einstellung zu Übergewichtigen t3	27.500	63.500	-.480	.631	.645 ^b
Essgeschwindigkeit t3	21.000	57.000	-1.169	.242	.279 ^b
Essen zwischen den Mahlzeiten t3	31.500	67.500	-.054	.957	.959 ^b
Nächtliches Essen t3	31.000	67.000	-.108	.914	.959 ^b
Esszwänge in der Kindheit t3	22.000	58.000	-1.066	.286	.328 ^b
Belastung durch Übergewicht t3	13.000	28.000	-.369	.712	.792 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3	20.500	48.500	-.886	.375	.397 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 3	28.000	64.000	-.468	.640	.721 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 3	20.500	48.500	-.886	.376	.397 ^b

a. Grouping Variable: Gruppe

b. Not corrected for ties.

Ergebnisse von IG2:**Ranks**

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3	IG2	8	7.19	57.50
	KG	8	9.81	78.50
	Total	16		
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	IG2	8	10.06	80.50
	KG	8	6.94	55.50
	Total	16		
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	IG2	8	8.38	67.00
	KG	8	8.63	69.00
	Total	16		
Wirkung des Essens t3	IG2	8	6.63	53.00
	KG	8	10.38	83.00
	Total	16		
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	IG2	8	12.50	100.00
	KG	8	4.50	36.00
	Total	16		
Essen und Gewicht als Problem t3	IG2	8	10.63	85.00
	KG	8	6.38	51.00
	Total	16		
Zügelung des Essens t3	IG2	8	11.88	95.00
	KG	8	5.13	41.00
	Total	16		
Einstellung zur gesunden Ernährung t3	IG2	8	9.81	78.50
	KG	8	7.19	57.50
	Total	16		
Einstellung zu Übergewichtigen t3	IG2	8	10.38	83.00
	KG	8	6.63	53.00
	Total	16		
Essgeschwindigkeit t3	IG2	8	6.38	51.00
	KG	8	10.63	85.00
	Total	16		
Essen zwischen den Mahlzeiten t3	IG2	8	7.38	59.00
	KG	8	9.63	77.00
	Total	16		
Nächtliches Essen t3	IG2	8	7.06	56.50
	KG	8	9.94	79.50
	Total	16		
<u>Esszwänge in der Kindheit t3</u>	IG2	8	10.13	81.00

	KG	8	6.88	55.00
	Total	16		
Belastung durch	IG2	4	7.25	29.00
Übergewicht t3	KG	6	4.33	26.00
	Total	10		
Machen Sie bitte auf der	IG2	8	11.94	95.50
nachfolgenden Skala durch	KG	8	5.06	40.50
ein Kreuz in das	Total	16		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie Sie persönlich				
Ihr augenblickliches Gewicht				
beurteilen. t 3				
Machen Sie bitte auf der	IG2	8	6.50	52.00
nachfolgenden Skala durch	KG	8	10.50	84.00
ein Kreuz in das	Total	16		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie stark Sie an				
Gewicht zunehmen				
möchten. t 3				
Machen Sie bitte auf der	IG2	8	5.25	42.00
nachfolgenden Skala durch	KG	8	11.75	94.00
ein Kreuz in das	Total	16		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie stark Sie an				
Gewicht abnehmen				
möchten. t 3				

Test Statistics^a

	Mann-Whitney		Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
	U	Wilcoxon W			
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3	21.500	57.500	-1.124	.261	.279 ^b
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	19.500	55.500	-1.315	.189	.195 ^b
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	31.000	67.000	-.106	.916	.959 ^b
Wirkung des Essens t3	17.000	53.000	-1.588	.112	.130 ^b
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	.000	36.000	-3.368	.001	.000 ^b
Essen und Gewicht als Problem t3	15.000	51.000	-1.815	.070	.083 ^b
Zügelung des Essens t3	5.000	41.000	-2.852	.004	.003 ^b

Einstellung zur gesunden Ernährung t3	21.500	57.500	-1.109	.267	.279 ^b
Einstellung zu Übergewichtigen t3	17.000	53.000	-1.595	.111	.130 ^b
Essgeschwindigkeit t3	15.000	51.000	-1.797	.072	.083 ^b
Essen zwischen den Mahlzeiten t3	23.000	59.000	-.958	.338	.382 ^b
Nächtliches Essen t3	20.500	56.500	-1.254	.210	.234 ^b
Esszwänge in der Kindheit t3	19.000	55.000	-1.392	.164	.195 ^b
Belastung durch Übergewicht t3	5.000	26.000	-1.492	.136	.171 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3	4.500	40.500	-2.914	.004	.002 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 3	16.000	52.000	-2.213	.027	.105 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 3	6.000	42.000	-2.745	.006	.005 ^b

a. Grouping Variable: Gruppe

b. Not corrected for ties.

H5

Wie oben, nur wird nun IG1 mit IG2 verglichen:

Ranks				
	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2	IG1	8	10.75	86.00
	IG2	8	6.25	50.00
	Total	16		
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	IG1	8	7.88	63.00
	IG2	8	9.13	73.00
	Total	16		
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	IG1	8	8.81	70.50
	IG2	8	8.19	65.50
	Total	16		
Wirkung des Essens t2	IG1	8	9.69	77.50
	IG2	8	7.31	58.50
	Total	16		
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	IG1	8	5.13	41.00
	IG2	8	11.88	95.00
	Total	16		
Essen und Gewicht als Problem t2	IG1	8	6.44	51.50
	IG2	8	10.56	84.50
	Total	16		
Zügelung des Essens t2	IG1	8	6.38	51.00
	IG2	8	10.63	85.00
	Total	16		
Einstellung zur gesunden Ernährung t2	IG1	8	5.69	45.50
	IG2	8	11.31	90.50
	Total	16		
Einstellung zu Übergewichtigen t2	IG1	8	7.06	56.50
	IG2	8	9.94	79.50
	Total	16		
Essgeschwindigkeit t2	IG1	8	9.25	74.00
	IG2	8	7.75	62.00
	Total	16		
Essen zwischen den Mahlzeiten t2	IG1	8	9.69	77.50
	IG2	8	7.31	58.50
	Total	16		
Nächtliches Essen t2	IG1	8	7.56	60.50
	IG2	8	9.44	75.50
	Total	16		

Esszwänge in der Kindheit t2	IG1	8	5.50	44.00
	IG2	8	11.50	92.00
	Total	16		
Belastung durch Übergewicht t2	IG1	4	2.50	10.00
	IG2	5	7.00	35.00
	Total	9		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 2	IG1	7	4.36	30.50
	IG2	8	11.19	89.50
	Total	15		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 2	IG1	8	10.00	80.00
	IG2	8	7.00	56.00
	Total	16		
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 2	IG1	6	10.08	60.50
	IG2	8	5.56	44.50
	Total	14		

Test Statistics^a

	Mann-Whitney		Z	Asymp. Sig. (2-tailed)	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]
	U	Wilcoxon W			
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t2	14.000	50.000	-1.917	.055	.065 ^b
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t2	27.000	63.000	-.526	.599	.645 ^b
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t2	29.500	65.500	-.264	.792	.798 ^b
Wirkung des Essens t2	22.500	58.500	-1.007	.314	.328 ^b
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t2	5.000	41.000	-2.838	.005	.003 ^b
Essen und Gewicht als Problem t2	15.500	51.500	-1.735	.083	.083 ^b

Zügelung des Essens t2	15.000	51.000	-1.807	.071	.083 ^b
Einstellung zur gesunden Ernährung t2	9.500	45.500	-2.402	.016	.015 ^b
Einstellung zu Übergewichtigen t2	20.500	56.500	-1.217	.224	.234 ^b
Essgeschwindigkeit t2	26.000	62.000	-.634	.526	.574 ^b
Essen zwischen den Mahlzeiten t2	22.500	58.500	-1.006	.314	.328 ^b
Nächtliches Essen t2	24.500	60.500	-.818	.413	.442 ^b
Esszwänge in der Kindheit t2	8.000	44.000	-2.547	.011	.010 ^b
Belastung durch Übergewicht t2	.000	10.000	-2.449	.014	.016 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 2	2.500	30.500	-2.980	.003	.001 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 2	20.000	56.000	-1.852	.064	.234 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 2	8.500	44.500	-2.019	.044	.043 ^b

a. Grouping Variable: Gruppe b. Not corrected for ties.

H6

Nun für t3

Ranks

	Gruppe	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Einstellung zum Essen (Stellenwert des Essens) t3	IG1	8	8.88	71.00
	IG2	8	8.13	65.00
	Total	16		
Stärke und Auslösbarkeit des Essbedürfnisses t3	IG1	8	7.38	59.00
	IG2	8	9.63	77.00
	Total	16		
Sozial-situative Auslöser für Mehressen t3	IG1	8	7.81	62.50
	IG2	8	9.19	73.50
	Total	16		
Wirkung des Essens t3	IG1	8	9.44	75.50
	IG2	8	7.56	60.50
	Total	16		
Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung t3	IG1	8	4.81	38.50
	IG2	8	12.19	97.50
	Total	16		
Essen und Gewicht als Problem t3	IG1	8	6.06	48.50
	IG2	8	10.94	87.50
	Total	16		
Zügelung des Essens t3	IG1	8	6.69	53.50
	IG2	8	10.31	82.50
	Total	16		
Einstellung zur gesunden Ernährung t3	IG1	8	6.44	51.50
	IG2	8	10.56	84.50
	Total	16		
Einstellung zu Übergewichtigen t3	IG1	8	7.25	58.00
	IG2	8	9.75	78.00
	Total	16		
Essgeschwindigkeit t3	IG1	8	9.63	77.00
	IG2	8	7.38	59.00
	Total	16		
Essen zwischen den Mahlzeiten t3	IG1	8	9.69	77.50
	IG2	8	7.31	58.50
	Total	16		
Nächtliches Essen t3	IG1	8	9.69	77.50
	IG2	8	7.31	58.50
	Total	16		
Esszwänge in der Kindheit t3	IG1	8	5.25	42.00
	IG2	8	11.75	94.00

	Total	16		
Belastung durch	IG1	5	3.60	18.00
Übergewicht t3	IG2	4	6.75	27.00
	Total	9		
Machen Sie bitte auf der	IG1	7	4.36	30.50
nachfolgenden Skala durch	IG2	8	11.19	89.50
ein Kreuz in das	Total	15		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie Sie persönlich				
Ihr augenblickliches Gewicht				
beurteilen. t 3				
Machen Sie bitte auf der	IG1	8	10.00	80.00
nachfolgenden Skala durch	IG2	8	7.00	56.00
ein Kreuz in das	Total	16		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie stark Sie an				
Gewicht zunehmen				
möchten. t 3				
Machen Sie bitte auf der	IG1	7	10.71	75.00
nachfolgenden Skala durch	IG2	8	5.63	45.00
ein Kreuz in das	Total	15		
entsprechende Kästchen				
kenntlich, wie stark Sie an				
Gewicht abnehmen				
möchten. t 3				

Test Statistics^a

	Mann-Whitney			Asymp. Sig. (2-	Exact Sig.
	U	Wilcoxon W	Z	tailed)	[2*(1-tailed
					Sig.)]
Einstellung zum Essen	29.000	65.000	-.317	.751	.798 ^b
(Stellenwert des Essens) t3					
Stärke und Auslösbarkeit	23.000	59.000	-.949	.342	.382 ^b
des Essbedürfnisses t3					
Sozial-situative Auslöser für	26.500	62.500	-.579	.562	.574 ^b
Mehressen t3					
Wirkung des Essens t3	24.500	60.500	-.792	.428	.442 ^b
Essen als Mittel gegen	2.500	38.500	-3.105	.002	.001 ^b
(emotionale) Belastung t3					
Essen und Gewicht als	12.500	48.500	-2.068	.039	.038 ^b
Problem t3					
Zügelung des Essens t3	17.500	53.500	-1.534	.125	.130 ^b

Einstellung zur gesunden Ernährung t3	15.500	51.500	-1.752	.080	.083 ^b
Einstellung zu Übergewichtigen t3	22.000	58.000	-1.055	.291	.328 ^b
Essgeschwindigkeit t3	23.000	59.000	-.955	.340	.382 ^b
Essen zwischen den Mahlzeiten t3	22.500	58.500	-1.007	.314	.328 ^b
Nächtliches Essen t3	22.500	58.500	-1.031	.303	.328 ^b
Esszwänge in der Kindheit t3	6.000	42.000	-2.784	.005	.005 ^b
Belastung durch Übergewicht t3	3.000	18.000	-1.722	.085	.111 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen. t 3	2.500	30.500	-2.980	.003	.001 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten. t 3	20.000	56.000	-1.852	.064	.234 ^b
Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten. t 3	9.000	45.000	-2.221	.026	.029 ^b

a. Grouping Variable: Gruppe

b. Not corrected for ties.

Anlage 1 Positives GefühlsJournal

Positives GefühlsJournal

Zunächst einmal führen Sie sich Ihren (gestrigen) Tagesablauf vor Augen. Notieren Sie sich genau, wie für Sie Ihr Tag verlief. Formulieren Sie hierzu Überschriften für einzelne Episoden, wie z.B.:

7.07- 7.20 Uhr: Aufstehen und Ankleiden

7.20- 7.45 Uhr: Frühstück

7.45-8.10 Uhr: Fahrt zur Arbeit

etc.

Bemühen Sie sich, präzise zu schreiben. Lassen Sie aber gern kleine Aktivitäten (Badezimmerbenutzung, Geschirrspülmaschine ausräumen) aus.

Durchleben Sie nun den (gestrigen) Tag anhand der gesammelten Episoden erneut und rufen Sie sich in Erinnerung, welche Gefühle Sie während der einzelnen Aktivitäten erlebten.

Notieren Sie Ihre Kurznotizen neben Ihren Auflistungen.

Das Ziel des GefühlsJournal ist, „Quellen Ihres Mehrwertgewinns“ in Ihren Tagesabläufen herauszuarbeiten und anschließend zu wiederholen:

„Was bereitete Ihnen Freude?

Worauf sind Sie stolz?

Worauf konzentrierten Sie sich besonders?

Welche wiederholungswerte Gefühle erlebten Sie?

Welche Episoden gaben Ihnen ein Mehr an Energien bzw. „Mehrwerte“?

Um sich noch intensiver mit Ihrem Glückserleben zu verbinden, rufen Sie sich in der Vergangenheit liegende Erlebnisse ins Gedächtnis, die Sie mit den zehn Ihrer aufgelisteten „bedürfnisgerechten“ Gefühle verbinden wie Liebe, Stolz, Freude, Interesse, Inspiration, Hoffnung, Humor, Ehrfurcht, Heiterkeit, Dankbarkeit, Vergnügen (Liste aus Barbara Fredrickson, Die Macht der guten Gefühle, 2009, S. 255).

Notieren Sie sich Ihre bedürfnisgerechten Gefühlserlebnisse in diesem GefühlsJournal. Dieses dient dazu, sich an „bedürfnisgerechte/-erfüllende“ Momente/Episoden wieder zu erinnern, um aus diesen Kraft/Energie zu ziehen.

Überlegen Sie, wie Sie sich zukünftig selber Energie verschaffen können: Wie fülle ich meine „Gefühlsbatterien“ wieder auf? Wer oder was hilft mir dabei? – Sie dürfen Ihr GefühlsJournal auch mit Bildern/Fotos füllen.

Diese zehn positiven Emotionen sollen den größten Einfluss auf unser Leben haben, so Fredrickson. Wenn Sie diese positiven Emotionen zu Ihrer Gewohnheit machen und gleichzeitig die Negativität in Ihrem Umfeld reduzieren, soll ein gutes Verhältnis von positiven zu negativen Emotionen möglich sein. Dazu braucht es nicht viel mehr als die bewusste Konzentration auf die schönen Dinge. Aber vor allem braucht es dafür nichts. All diese Emotionen sind ohne Geld oder andere Privilegien erhältlich.

Anlage 2 LernProzess-Journal

LernProzess-Journal

Das LernProzess-Journal soll dazu dienen, durch das Ausarbeiten eines Lern- und Prozess-Resümees die Chance zu eröffnen, Lernprozesse gegen Ende vertieft zu reflektieren.

Um Ihnen den Einstieg in diese tiefergehende Reflexionsphase zu erleichtern, formulieren wir im Folgenden einige Impulsfragen bzw. Anregungen.

Beschreibung Ihrer Ausgangssituation durch Klärung der Frage „Welche Erwartungen bewogen Sie vor Workshop-Beginn, dieses Thema bei uns zu wählen?“

Lassen Sie den zu Ende gehenden interaktiven Workshop Revue passieren:

- Erarbeiten Sie sich, was Ihren persönlichen Wert- und Lernfortschritt des Workshops im Kern ausmacht.
- Beschreiben Sie detailliert, was Ihre Lernprozesse förderte und unterstützte.
- Welche Tools/Werkzeuge/Methoden lernten Sie kennen und anwenden? In welchen Situationen haben Sie diese wieder konkret eingesetzt? Belegen Sie dies mit Beispielen.
- Was macht Ihren persönlichen Lernzuwachs bei uns aus und wodurch erlangten sie diesen? Genaue Beschreibung, was, wie und wo Sie gelernt haben.
- Was hat Sie im Seminar besonders bewegt, angeregt bzw. erfreut (emotionaler Anker)? Begründen Sie dies.

Anlage 3 Familienwappen

Familienwappen

Dieser Test lässt sich sowohl als Einzeltest als auch als Gruppentest durchführen. Wenn dieses Verfahren als Gruppentest durchgeführt werden soll, ist folgendes Vorgehen sinnvoll:

Die Gruppenmitglieder werden mit der Idee des Gruppen- bzw. Familienwappen-Test bekannt gemacht. Nach einem internen Austausch in der Gruppe soll ein Familienwappen gezeichnet werden.

Unter einem bestimmten Motto sollen die gemeinsamen Wertvorstellungen einer Familie (bzw. einer Gruppe) selbst und dessen, was die Familie sein will, zum Ausdruck gebracht werden.

Zu beachten ist, dass jedes Familien- bzw. Gruppenmitglied seine Wertevorstellungen offen einbringen und begründen kann.

Die Anweisung soll in folgenden Worten erfolgen:

Malen Sie ein für Ihre Familie typisches Symbol oder Initialen, ein Tier oder etwas Besonderes, was Ihre Familie auszeichnet in Form eines Wappens.

Das Familienwappen darf sich auf die Stärken und Schwächen der Familie beziehen und kreativ umgesetzt werden. Auf diese Weise bekommt das Gemeinsame einen wahrnehmbaren Objektcharakter und wird durch Bewusstwerden zur Stärkung der Familie als Ganzes führen.

Auswertungskriterien:

Die Urheber dieses Testverfahrens nehmen an, dass der Wappenspruch und das Besondere der Familie für sich selbst sprechen werden.

Bitte untersuchen Sie die Raumaufteilung und das Verhältnis der Schildfiguren zueinander und erfragen Sie Auskünfte über die Familie hinsichtlich Ihres Verhaltens „Raumgeben“ und „Raumnehmen“.

Beachten Sie Binnenlinien im Familienwappen bezüglich verbindender oder trennender Funktionen. Trennlinien stehen dabei häufig für

Identifikationen mit der Familie. Auch ist die Außenumrandung zu beachten, die Hinweise auf den Kontakt der Familie zur Außenwelt sichtbar machen kann. Hier können auch Hinweise auf die Organisation und Struktur der Familie gefunden werden. Auch der Stellenwert von Gemeinsamkeiten und Individuation ist auf diese Weise oftmals deutlich geworden.

Der Wappen-Test kann auch mit anderen Gruppen durchgeführt werden.

Anlage 4 IEG**Fragebogen „Inventar zum Essverhalten und Gewichtsprobleme“****(IEG)** von Prof. Dr. Jörg M. Diehl und Prof. Dr. T. Staufenbiel

Fragebogen „Inventar zum Essverhalten und Gewichtsprobleme“ (IEG)
von Prof. Dr. Jörg M. Diehl und Prof. Dr. T. Staufenbiel

Sie finden nachfolgend eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten im Bereich der Ernährung. Machen Sie bitte bei jeder Aussage durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl kenntlich, wieweit das Gesagte für Sie zutrifft oder nicht zutrifft.

- (3) = trifft zu
- (2) = trifft überwiegend zu
- (1) = trifft überwiegend nicht zu
- (0) = trifft nicht zu

Nr.	Fragen	Bewertung			
		[1]	[2]	[3]	[4]
1	Wenn ich eine Kleinigkeit gegessen habe, habe ich ein starkes Verlangen weiterzuessen.	[1]	[2]	[3]	[4]
2	Wenn ich richtig schmackhafte Dinge sehe, bekomme ich oft so einen Hunger, daß ich sie sofort essen muß.	[1]	[2]	[3]	[4]
3	In meiner Kindheit mußte gegessen werden, was auf den Tisch kam.	[1]	[2]	[3]	[4]
4	Ich esse schneller als andere Leute.	[1]	[2]	[3]	[4]
5	Da ich weiß, welche Gewissensbisse ich nachher bekomme, lasse ich mich selten beim Essen gehen.	[1]	[2]	[3]	[4]
6	Ich esse, wenn ich eine schwierige Situation zu meistern habe.	[1]	[2]	[3]	[4]
7	Ich könnte zu jeder Tageszeit essen, da ich immer Hunger habe.	[1]	[2]	[3]	[4]
8	Ich kaue das Essen lange, bevor ich es schlucke.	[1]	[2]	[3]	[4]
9	Ich lasse mich von anderen zum Essen überreden.	[1]	[2]	[3]	[4]
10	Ich bin mir ständig bewußt, daß ich zuviel esse.	[1]	[2]	[3]	[4]
11	Ich esse mehr an Festtagen.	[1]	[2]	[3]	[4]
12	Auf ein besonders schmackhaftes Essen kann ich mich richtig freuen.	[1]	[2]	[3]	[4]
13	Ich will mein Gewicht unverändert halten.	[1]	[2]	[3]	[4]
14	Die Hauptsache ist, das Essen schmeckt, dann ist es auch gesund.	[1]	[2]	[3]	[4]
15	So lange man gesund ist, braucht man sich über die einzelnen Bestandteile der Nahrungsmittel nicht den Kopf zu zerbrechen.	[1]	[2]	[3]	[4]
16	Ich gefalle mir so wie ich bin.	[1]	[2]	[3]	[4]
17	Ich esse kurz vor dem Einschlafen.	[1]	[2]	[3]	[4]
18	Bis heute hatte ich eigentlich nie zuviel Gewicht.	[1]	[2]	[3]	[4]
19	Es kommt öfters vor, daß ich mitten in der Nacht aufwache und dann etwas esse.	[1]	[2]	[3]	[4]
20	Essen halte ich für eine ziemlich gleichgültige Angelegenheit.	[1]	[2]	[3]	[4]
21	Ich esse im Urlaub mehr als gewöhnlich.	[1]	[2]	[3]	[4]
22	Durch das Essen kann ich besser meine Enttäuschungen überwinden.	[1]	[2]	[3]	[4]
23	Ich esse mehr, wenn ich alleine bin.	[1]	[2]	[3]	[4]
24	Wenn man mir Vorhaltungen macht, esse ich mehr.	[1]	[2]	[3]	[4]
25	In meiner Kindheit mußte ich tüchtig essen, um einmal groß und stark zu werden.	[1]	[2]	[3]	[4]
26	Man sollte ruhig essen, was einem schmeckt, auch wenn es nicht so gesund ist.	[1]	[2]	[3]	[4]
27	Ich nehme mir Zeit, um das Essen richtig zu genießen.	[1]	[2]	[3]	[4]
28	Ich habe Angst, das Essen nicht einschränken zu können.	[1]	[2]	[3]	[4]
29	Ich esse größere Bissen als andere Leute.	[1]	[2]	[3]	[4]
30	Wenn ich ein leckeres Brathendl rieche oder ein saftiges Bratenstück sehe, kann ich nur schwer widerstehen, auch wenn ich gerade gegessen habe.	[1]	[2]	[3]	[4]

31	Mindestens einmal in der Woche wiege ich mich.	[1]	[2]	[3]	[4]
32	Wenn ich schlanker wäre, würde ich mehr Selbstvertrauen haben.	[1]	[2]	[3]	[4]
33	Ich denke oft an Essen.	[1]	[2]	[3]	[4]
34	Ich bekomme Appetit, wenn ich andere Leute essen sehe.	[1]	[2]	[3]	[4]
35	Ich esse, wenn ich trübe Gedanken habe.	[1]	[2]	[3]	[4]
36	Während ich esse, denke ich immer an die Kalorien und daran, daß ich nicht dicker werden will.	[1]	[2]	[3]	[4]
37	Wenn ich vor einer unangenehmen Situation stehe, esse ich meistens etwas.	[1]	[2]	[3]	[4]
38	Ich zähle die Kalorien, um mein Gewicht unter Kontrolle zu halten.	[1]	[2]	[3]	[4]
39	Gewöhnlich esse ich etwas zwischen den Mahlzeiten.	[1]	[2]	[3]	[4]
40	Ich nehme mir viel Zeit zum Essen.	[1]	[2]	[3]	[4]
41	Spät abends oder in der Nacht habe ich manchmal großen Hunger.	[1]	[2]	[3]	[4]
42	Ich esse mehr, wenn ich eine größere Auswahl von Speisen habe.	[1]	[2]	[3]	[4]
43	Ich nehme absichtlich kleine Portionen, um mein Gewicht besser in den Griff zu bekommen.	[1]	[2]	[3]	[4]
44	Es ist mir unangenehm, dicken Leuten beim Essen zuzusehen.	[1]	[2]	[3]	[4]
45	Meistens bin ich mit dem Essen schneller fertig als andere Personen.	[1]	[2]	[3]	[4]
46	Ich fühle mich "fit", wenn ich gut gegessen habe.	[1]	[2]	[3]	[4]
47	Wenn ich schwermütig, melancholisch bin, esse ich oft zuviel.	[1]	[2]	[3]	[4]
48	Ich esse, wenn ich nicht weiß, was ich tun soll.	[1]	[2]	[3]	[4]
49	Ich nehme das Essen nicht besonders wichtig.	[1]	[2]	[3]	[4]
50	Wenn ich unter "Streß" bin, esse ich mehr.	[1]	[2]	[3]	[4]
51	Ich bekomme Appetit, wenn ich Essen rieche (auch wenn es noch nicht Essenszeit ist).	[1]	[2]	[3]	[4]
52	Man sollte übergewichtige Leute zu einer Gewichtsverminderung zwingen.	[1]	[2]	[3]	[4]
53	Wenn große Portionen auf dem Tisch stehen, esse ich mehr.	[1]	[2]	[3]	[4]
54	Meistens esse ich mehr als dreimal am Tag.	[1]	[2]	[3]	[4]
55	Auch wenn man sich noch so sehr um die richtige Ernährung bemüht, man lebt deswegen doch nicht länger.	[1]	[2]	[3]	[4]
56	Für mich ist Essen ein wesentlicher Teil der Lebensfreude.	[1]	[2]	[3]	[4]
57	Wenn ich Diät halte und dabei etwas Unerlaubtes esse, halte ich mich eine Zeitlang beim Essen zurück, um es wieder gutzumachen.	[1]	[2]	[3]	[4]
58	Ich esse, wenn ich mich nicht entscheiden kann.	[1]	[2]	[3]	[4]
59	In meiner Kindheit mußte ich essen, bis der Teller leer war.	[1]	[2]	[3]	[4]
60	Ich bekomme Appetit, wenn ich Essen sehe, auch wenn es noch nicht Essenszeit ist.	[1]	[2]	[3]	[4]
61	Während ich viel esse, denke ich daran, daß ich davon zunehmen werde.	[1]	[2]	[3]	[4]
62	Wenn man beim Essen immer auf Ratschläge für eine gesunde Ernährung achten würde, käme man ganz durcheinander.	[1]	[2]	[3]	[4]
63	Ich kann mich besser durchsetzen, wenn ich mich wohl und satt fühle.	[1]	[2]	[3]	[4]
64	Meistens esse ich in Eile.	[1]	[2]	[3]	[4]
65	Ich esse mehr, wenn viele Leute am Tisch sind.	[1]	[2]	[3]	[4]
66	Wenn ich unzufrieden bin, esse ich mehr.	[1]	[2]	[3]	[4]
67	Ich esse gern etwas zwischendurch bei der Arbeit.	[1]	[2]	[3]	[4]
68	Wenn ich mit jemandem zusammen bin, der zuviel ißt, esse ich meistens auch zuviel.	[1]	[2]	[3]	[4]
69	Manchmal bin ich so nervös, daß ich unbedingt etwas essen muß.	[1]	[2]	[3]	[4]
70	Häufiger könnte ich auch "nur so aus Gesellschaft" mitessen.	[1]	[2]	[3]	[4]

71	Ich fühle mich sicherer, wenn ich gut gegessen habe.	[1]	[2]	[3]	[4]
72	Es geht nichts über gutes Essen; ich bin bereit, auch einiges dafür aufzuwenden.	[1]	[2]	[3]	[4]
73	Ich kann dem Essen nicht widerstehen.	[1]	[2]	[3]	[4]
74	Ich habe mir schon öfters vorgenommen, weniger zu essen.	[1]	[2]	[3]	[4]
75	Ich wiege mich täglich.	[1]	[2]	[3]	[4]
76	Ich esse mehr, wenn man mich kritisiert.	[1]	[2]	[3]	[4]
77	Es ist im Moment modern, über die richtige Ernährung zu reden; im Grunde wird das ganze Problem jedoch viel zu wichtig genommen.	[1]	[2]	[3]	[4]
78	Essen gehört zu den schönsten Seiten des Lebens.	[1]	[2]	[3]	[4]
79	Magere Leute sind viel gesünder als dicke.	[1]	[2]	[3]	[4]
80	Wenn ich nicht regelmäßig und gut esse, bin ich mißmutig und schlecht gelaunt.	[1]	[2]	[3]	[4]
81	Ich esse meistens zuviel, wenn ich in Gesellschaft bin, bei Festen und Ausflügen.	[1]	[2]	[3]	[4]
82	Das Essen beeinflusst bei mir Stimmung und Laune.	[1]	[2]	[3]	[4]
83	Wenn man mir Essen anbietet, kann ich nicht widerstehen.	[1]	[2]	[3]	[4]
84	Wenn man ißt, wozu man Lust hat und was einem schmeckt, dann erhält der Körper automatisch alle notwendigen Nährstoffe.	[1]	[2]	[3]	[4]
85	Die dicke Prominenz ist das schlechteste Vorbild.	[1]	[2]	[3]	[4]
86	Ich esse, wenn ich enttäuscht bin.	[1]	[2]	[3]	[4]
87	Wenn ich Angst habe, esse ich mehr.	[1]	[2]	[3]	[4]
88	Ich esse mehr, wenn ich mit anderen Leuten zusammen bin.	[1]	[2]	[3]	[4]
89	Am Wochenende esse ich mehr als an Werktagen.	[1]	[2]	[3]	[4]
90	Nach einer Mahlzeit fühle ich mich besser als zuvor.	[1]	[2]	[3]	[4]
91	Ärzte sollten nicht dick sein.	[1]	[2]	[3]	[4]
92	Ich sollte mir mehr Mühe geben, mein Eßverhalten zu kontrollieren.	[1]	[2]	[3]	[4]
93	Für ein gutes Essen lasse ich gern alles stehen und liegen.	[1]	[2]	[3]	[4]
94	Ich nehme regelmäßige Zwischenmahlzeiten zwischen den Hauptmahlzeiten ein.	[1]	[2]	[3]	[4]
95	Wichtig ist, daß man durch die Mahlzeiten satt wird; die Zusammensetzung der Nahrung (z.B. ihr Gehalt an Nährstoffen, an Vitaminen usw.) ist höchstens für den Wissenschaftler interessant.	[1]	[2]	[3]	[4]
96	Ich habe so häufig Hunger, daß ich öfter als dreimal am Tag esse.	[1]	[2]	[3]	[4]
97	Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr.	[1]	[2]	[3]	[4]
98	Ein Familienvater sollte nicht dick sein.	[1]	[2]	[3]	[4]
99	Gutes Essen macht das Leben erst lebenswert.	[1]	[2]	[3]	[4]
100	Ich fühle mich richtig entspannt nach einer guten Mahlzeit.	[1]	[2]	[3]	[4]
101	Bevor ich etwas Wichtiges entscheide, muß ich etwas essen.	[1]	[2]	[3]	[4]
102	Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen.	[1]	[2]	[3]	[4]
103	Ein Übergewichtiger ist ein kranker Mensch.	[1]	[2]	[3]	[4]
104	Nach dem Essen fühle ich mich zufrieden.	[1]	[2]	[3]	[4]
105	Ich esse sehr schnell während meiner Mahlzeiten.	[1]	[2]	[3]	[4]
106	Nach den Mahlzeiten fühle ich mich besonders wohl.	[1]	[2]	[3]	[4]
107	Ich achte sehr auf meine Figur.	[1]	[2]	[3]	[4]
108	Ich esse, wenn ich nervös bin.	[1]	[2]	[3]	[4]
109	Ich betrachte dauernd meine Figur im Spiegel.	[1]	[2]	[3]	[4]
110	Ich habe wegen des Essens häufig Schuldgefühle.	[1]	[2]	[3]	[4]

111	Wenn ich angefangen habe zu essen, esse ich immer schneller.	[1]	[2]	[3]	[4]
112	Die ersten Hissen esse ich hastig.	[1]	[2]	[3]	[4]
113	Wenn ich im Restaurant bin, esse ich mehr.	[1]	[2]	[3]	[4]
114	Manchmal schmecken mir Dinge einfach so gut, daß ich weiteresse, auch wenn ich eigentlich schon satt bin.	[1]	[2]	[3]	[4]
115	Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil sie "dick" machen.	[1]	[2]	[3]	[4]
116	Ich habe mir vergeblich vorgenommen, nicht mehr soviel zu essen	[1]	[2]	[3]	[4]
117	Für mich ist das Essen nicht so wichtig; ich esse nur, weil Essen zum täglichen Leben gehört.	[1]	[2]	[3]	[4]
118	Wenn ich in den Spiegel schaue, sehe ich, daß ich noch eine gute Figur habe.	[1]	[2]	[3]	[4]
119	Es genügt, wenn man sich bei der Zusammenstellung der Ernährung auf sein Gefühl verläßt.	[1]	[2]	[3]	[4]
120	Beim Essen nehme ich mir Zeit.	[1]	[2]	[3]	[4]
121	Wenn ich erst einmal mit dem Essen beginne, kann ich manchmal nicht aufhören.	[1]	[2]	[3]	[4]
122	Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich esse.	[1]	[2]	[3]	[4]
123	Direkt bevor ich schlafen gehe, esse ich noch etwas.	[1]	[2]	[3]	[4]
124	Wenn ich ängstlich oder besorgt bin, esse ich oft etwas.	[1]	[2]	[3]	[4]
125	Auf die Mahlzeiten freue ich mich immer schon eine ganze Weile vorher.	[1]	[2]	[3]	[4]
126	Ich habe mich entschlossen, an Gewicht abzunehmen.	[1]	[2]	[3]	[4]
127	Ich halte nichts von den modernen Ernährungsvorschlägen; früher haben die Leute alles gegessen und waren auch gesund.	[1]	[2]	[3]	[4]
128	Ich sollte mir mehr Mühe geben, um abzunehmen.	[1]	[2]	[3]	[4]
129	Oft habe ich ein so starkes Hungergefühl, daß ich unbedingt etwas essen muß.	[1]	[2]	[3]	[4]
130	Ich könnte es viel weiter bringen, wenn ich nicht soviel Probleme mit meinem Übergewicht hätte.	[1]	[2]	[3]	[4]
131	Wegen meines Übergewichts bin ich meist niedergeschlagen.	[1]	[2]	[3]	[4]
132	Ich könnte ganz anders leben, wenn ich erst einmal meine Figur ändern könnte.	[1]	[2]	[3]	[4]
133	Wegen meines Übergewichts bin ich schon in Verzweiflung geraten.	[1]	[2]	[3]	[4]
134	Wegen meines Übergewichts finde ich schwer Kontakt zum anderen Geschlecht.	[1]	[2]	[3]	[4]
135	Viele meiner Ziele kann ich nicht erreichen wegen meines Übergewichts.	[1]	[2]	[3]	[4]
136	Wegen meines Übergewichts bin ich öfters mit den Nerven herunter.	[1]	[2]	[3]	[4]
137	Mein Übergewicht nimmt mir das Interesse an anderen Dingen.	[1]	[2]	[3]	[4]
138	Wegen meines Übergewichts habe ich Hemmungen, in Gesellschaft zu tanzen.	[1]	[2]	[3]	[4]
139	Wegen meines Übergewichts geschehen mir öfters Ungeschicklichkeiten.	[1]	[2]	[3]	[4]
140	Wegen meines Übergewichts habe ich viel an Selbstsicherheit verloren.	[1]	[2]	[3]	[4]
141	Ich kann vieles, was ich gerne tue, nicht machen, weil ich zu dick bin.	[1]	[2]	[3]	[4]
142	Ich habe wegen meines Übergewichts weniger sexuelle Kontakte als ich möchte.	[1]	[2]	[3]	[4]
143	Ich kann nicht mehr gut arbeiten, nachdem ich so dick geworden bin.	[1]	[2]	[3]	[4]
144	Ich bin für das andere Geschlecht wegen meines Übergewichts nicht attraktiv.	[1]	[2]	[3]	[4]
145	Wegen meines Übergewichts falle ich überall auf.	[1]	[2]	[3]	[4]

A	Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie Sie persönlich Ihr augenblickliches Gewicht beurteilen.		
	Die Zahlen der Skala bedeuten nicht Kilo oder Pfund. Sie drücken die Stärke des über- oder Untergewichts aus, wie man es persönlich empfindet.		
	▼ Ich habe sehr starkes Übergewicht (Ich wiege viel zu viel)	Ich empfinde mein Gewicht als ideal (Ich wiege gerade richtig) ▼	Ich habe deutlich Untergewicht (Ich wiege deutlich zu wenig) ▼
	+10 <input type="checkbox"/> +9 <input type="checkbox"/> +8 <input type="checkbox"/> +7 <input type="checkbox"/> +6 <input type="checkbox"/> +5 <input type="checkbox"/> +4 <input type="checkbox"/> +3 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -4 <input type="checkbox"/> -5 <input type="checkbox"/>		
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wenn Sie auf der vorangegangenen Skala eine Zahl im Bereich von [+1] bis (+10) angekreuzt haben, dann beantworten Sie bitte die Aussagen 130 bis 145. ■ Wenn Sie dagegen eine Zahl im Bereich von [0] bis [-5] angekreuzt haben, übergehen Sie bitte die Aussagen 130 bis 145 und fahren Sie mit den Fragen B fort. 		
B	Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht zunehmen möchten.		
	Die Zahlen bedeuten nicht Kilo oder Pfund. Sie drücken aus, wie sehr man an Gewicht zunehmen möchte.		
	Ich möchte gar nicht zunehmen ▼	▼ Ich möchte sehr stark zunehmen	
	+5 <input type="checkbox"/> +4 <input type="checkbox"/> +3 <input type="checkbox"/> +2 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>		
C	Machen Sie bitte auf der nachfolgenden Skala durch ein Kreuz in das entsprechende Kästchen kenntlich, wie stark Sie an Gewicht abnehmen möchten.		
	Die Zahlen bedeuten nicht Kilo oder Pfund. Sie drücken aus, wie sehr man an Gewicht abnehmen möchte.		
	abnehmen ▼	▼ Ich möchte sehr stark abnehmen	
	0 <input type="checkbox"/> -1 <input type="checkbox"/> -2 <input type="checkbox"/> -3 <input type="checkbox"/> -4 <input type="checkbox"/> -5 <input type="checkbox"/> -6 <input type="checkbox"/> -7 <input type="checkbox"/> -8 <input type="checkbox"/> -9 <input type="checkbox"/> -10 <input type="checkbox"/>		
D	Müssen Sie nach einer vom Arzt vorgeschriebenen Diät oder Kostform leben?		
	Wenn >>Ja<<: Welche ▼ ▼ Diät oder Kostform?		
	0 <input type="checkbox"/> Nein	Ja <input type="checkbox"/> 1	
E	Leben Sie von sich aus nach einer bestimmten Diät oder Kostform?		
	Wenn >>Ja<<: Welche ▼ ▼ Diät oder Kostform?		
	0 <input type="checkbox"/> Nein	Ja <input type="checkbox"/> 1	
Beantworten Sie nachfolgend bitte Frage [a] oder Frage [b]. Wenn Sie weder zu- noch abnehmen wollen, bitte Aussage [c] ankreuzen.			
F	[a.] Wenn Sie an Gewicht zunehmen möchten - um wieviele Kilogramm möchten Sie zunehmen? (Bitte nur ganze kg angeben).	Ich möchte um	: kg zunehmen.
G	[b.] Wenn Sie an Gewicht abnehmen möchten - um wieviele Kilogramm möchten Sie abnehmen? (Bitte nur ganze kg angeben).	Ich möchte um	: kg zunehmen.
H	Ich möchte weder zu- noch abnehmen. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.		
	<input type="checkbox"/> 1		
I	Rauchen Sie regelmäßig Zigaretten?		
	2 <input type="checkbox"/> Ja	1 <input type="checkbox"/> Nein, ich rauche nur ganz selten eine Zigarette	0 <input type="checkbox"/> Nein, ich rauche überhaupt keine Zigaretten
J	Wenn Sie regelmäßig Zigaretten rauchen: Wieviele rauchen Sie dann im-allgemeinen pro Tag?		
		:	Zigaretten pro Tag
K	Rauchen Sie regelmäßig Pfeife, Zigarren oder Zigarillos?		
	2 <input type="checkbox"/> Ja	1 <input type="checkbox"/> Nein, ich rauche nur ganz selten Pfeife, Zigarre oder Zigarillo	0 <input type="checkbox"/> Nein, ich rauche weder Pfeife noch Zigaretten oder Zigarillos
L	Wenn Sie regelmäßig Pfeife, Zigarren oder Zigarillos rauchen: Wie viele rauchen Sie dann im allgemeinen pro Tag?		
		:	Pfeifen pro Tag
M	Wenn Sie regelmäßig Pfeife, Zigarren oder Zigarillos rauchen: Wie viele rauchen Sie dann im allgemeinen pro Tag?		
		:	Zigarren/Zigarillos pro Tag
N	Geschlecht:		
	1 <input type="checkbox"/> weiblich	2 <input type="checkbox"/> männlich	
O	Alter:		
		:	Jahre
P	Wie groß sind Sie? : 1 cm Bitte nur ganze (ohne Schuhe)		
	Bitte nur ganze cm angeben		
		:	cm
Q	Wieviel wiegen Sie? (ohne Kleidung)		
	Bitte nur ganze kg angeben		
		:	kg

Schulabschluss:													
R	1. vor der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen												
	2. mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen												
	3. Real-(Mittel-) oder Handelsschule ohne Abschlussprüfung												
	4. Real-(Mittel-) oder Handelsschule mit Abschlussprüfung												
	5. Gymnasium (Höhere Schule) ohne Abitur												
	6. Abitur ohne anschließendes Studium												
	7. Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium												
	8. Abitur mit abgeschlossenem Studium												
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>													
Familienstand:													
S	1 <input type="checkbox"/> ledig			2 <input type="checkbox"/> verheiratet			3 <input type="checkbox"/> verwitwet			4 <input type="checkbox"/> geschieden/getrennt			
Haushalt:													
T	alleinlebend			zusammenlebend mit Ehepartner(in)/Lebenspartner(in)			zusammenlebend mit Ehe-/Lebenspartner(in) und Kind(ern)			zusammenlebend mit			
	*4												
	1 <input type="checkbox"/>			2 <input type="checkbox"/>			3 <input type="checkbox"/>			4 <input type="checkbox"/>			
Schulabschluss Ihres(r) Ehe-/Lebenspartners(in):													
U	1. vor der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen												
	2. mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen												
	3. Real-(Mittel-) oder Handelsschule ohne Abschlussprüfung												
	4. Real-(Mittel-) oder Handelsschule mit Abschlussprüfung												
	5. Gymnasium (Höhere Schule) ohne Abitur												
	6. Abitur ohne anschließendes Studium												
	7. Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium												
	8. Abitur mit abgeschlossenem Studium												
	9. weiß nicht												
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>													
Haben Sie Kinder?													
V	0 <input type="checkbox"/> Nein			1 <input type="checkbox"/> Ja									
Wenn >>Ja<<, wie viele?													
W							:	Kind(er)					
Postleitzahl Ihres Wohnortes:													
X				:	:	:	:						
Derzeitige (Berufs)Tätigkeit:													
Y	1. ganztags im eigenen Haushalt tätig												
	2. ganztags erwerbstätig												
	3. halbtags/stundenweise erwerbstätig												
	4. mithelfend im eigenen Betrieb												
	5. Schüler(in)												
	6. Student(in)												
	7. in Berufsausbildung												
	8. Rentner(in), Ruhestand												
	9. z. Zt. Arbeitslos												
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>													
Berufsgruppe (gegenwärtig ausgeübter Beruf):													
Hausfrauen bitte den Beruf des Mannes, Hausmänner den Beruf der Frau angeben, Rentner(innen) und Arbeitslose den ehemaligen Beruf, Befragte in Ausbildung den Beruf des Ernährers (der Ernährerin).													
Z	1. Inhaber(in)/Geschäftsführer(in) von größeren Unternehmen												
	2. Freier Beruf												
	3. Mittlere und kleinere selbstständige Geschäftsleute												
	4. Selbstständige(r) Handwerker(in)												
	5. Leitende(r) Angestellte(r)												
	6. Nichtleitende(r) Angestellte(r)												
	7. Beamter(in) des höheren oder gehobenen Dienstes												
	8. Beamter(in) des mittleren oder einfachen Dienstes												
	9. Landwirt(in) 8. Beamter(in) des mittleren oder einfachen Dienstes												
	10. Facharbeiter(in) mit abgelegter Prüfung												
	11. Sonstige(r) Arbeiter(in)												
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>													
Wenn Sie sich in schulischer oder beruflicher Ausbildung befinden, geben Sie bitte nachfolgend noch den Schulabschluss Ihres Vaters und Ihrer Mutter an													
1. vor der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen													
2. mit der letzten Hauptschulklasse abgeschlossen													
3. Real-(Mittel-) oder Handelsschule ohne Abschlussprüfung													
4. Real-(Mittel-) oder Handelsschule mit Abschlussprüfung													
5. Gymnasium (Höhere Schule) ohne Abitur													
6. Abitur ohne anschließendes Studium													
7. Abitur mit nicht abgeschlossenem Studium													
8. Abitur mit abgeschlossenem Studium													
9. weiß nicht													
Vater			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	[a]	
Mutter			1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	[b]	

Anlage 5: Protokolle**Familie Hausmann:**

- 1) Hilfeplan Fortschreibung (30.03.2016), TN: Kindesmutter, Kindesvater, Familiencoach, Klassenlehrer, Jugendamt Landkreis, studentische Mitarbeiterin
- 2) Forschungstransfer: „PÄD-fit“, Was mein Elternbewusstsein jetzt reicher macht
- 3) Konfliktpräventive Regeln, TN: Kindesmutter, Kindesvater, Tochter, Schwester
- 4) 02. Skypeprotokoll (31.05.2015, 19:30 – 20:35 Uhr), TN: Kindesmutter, Kindesvater, Tochter, Schwester, Familiencoach
- 5) 05. Skypeprotokoll (21.06.2015, 19:30 – 20:40 Uhr), TN: Kindesmutter, Kindesvater, Tochter, Schwester, Familiencoach
- 6) E-Mail Unterhaltung (04.12.2015, 22:35 Uhr), TN: Kindesmutter, Familiencoach
- 7) 39. Skypeprotokoll (06.12.2015, 20:00 – 21:20 Uhr), TN: Kindesmutter, Familiencoach
- 8) 40. Skypeprotokoll (08.12.2015, 17:45 – 18:55 Uhr), TN: Kindesmutter, Familiencoach
- 9) Telefonprotokoll (10.06.2016), TN: Kindesmutter, Juristin aus Viersen
- 10) Telefonat (15.12.2015, 19:54 – 20:12 Uhr), TN: Kindesmutter, Kindesvater
- 11) 41. Skypeprotokoll (16.12.2015, 09:05 – 10:15 Uhr), TN: Kindesmutter, Familiencoach
- 12) Telefonprotokoll (16.12.2015, 11:50 Uhr), TN: Kindesmutter, Jugendamt Landkreis
- 13) 42. Skypeprotokoll (30.12.2015, 20:00 – 21:20 Uhr), TN: Kindesmutter, Familiencoach
- 14) 43. Skypeprotokoll (05.01.2016, 19:30 – 20:30 Uhr), TN: Kindesmutter, Familiencoach
- 15) 44. Skypeprotokoll (20.01.2016, 17:35 – 18:00 Uhr), TN: Kindesmutter, Familiencoach

- 16) Gesprächsprotokoll (21.01.2016, 15:30 – 16:10 Uhr), TN: Kindsmutter, Kindsvater, Frau M. Psychotherapeutin
- 17) 45. Skypeprotokoll (27.01.2016, 15:05 – 16:00 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 18) 46. Skypeprotokoll (31.01.2016, 11:05 – 12:15 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 19) Gesprächsprotokoll (01.02.2016, 08:00 Uhr), TN: Kindesmutter, Kindsvater, Tochter, Schwester, Klassenlehrer, Jugendamt Landkreis
- 20) 47. Skypeprotokoll (04.02.2016, 16:40 – 17:00 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 21) 48. Skypeprotokoll (18.02.2016, 20:00 – 21:10 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 22) 49. Skypeprotokoll (01.03.2016, 17:30 – 18:50 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 23) 50. Skypeprotokoll (14.03.2016, 20:30 – 22:00 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 24) 51. Skypeprotokoll (20.03.2016, 19:35 – 20:40 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 25) 52. Skypeprotokoll (22.03.2016, 20:05 – 20:25 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 26) Ergänzungen zum HPG (23.03.2016), TN: Familiencoach, Jugendamt Landkreis
- 27) 53. Skypeprotokoll (31.03.2016, 20:00 – 21:25 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 28) 54. Skypeprotokoll (05.04.2016, 20:00 – 21:00 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 29) 55. Skypeprotokoll (05.05.2016, 09:30 – 10:15 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 30) 56. Skypeprotokoll (08.05.2016, 19:50 – 20:15 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
- 31) 57. Skypeprotokoll (09.05.2016, 21:20 – 21:35 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach

-
- 32) 59. Skypeprotokoll (17.05.2016, 20:20 – 20:50 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 33) 60. Skypeprotokoll (22.05.2016, 11:00 – 12:25 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 34) Telefonprotokoll (10.06.2016), TN: Kindesmutter, Juristin aus Viersen
 - 35) 63. Skypeprotokoll (19.06.2016, 11:00 – 12:25 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 36) Telefonprotokoll (23.06.2016), TN: Kindesmutter, Klassenlehrer
 - 37) 65. Skypeprotokoll (29.06.2016, 15:50 – 16:55 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 38) 66. Skypeprotokoll, Gesprächsvorbereitung für den 06.07.2016, TN: Kindsmutter
 - 39) 67. Skypeprotokoll (05.07.2016, 15:45 – 16:30 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 40) 68. Skypeprotokoll (10.07.2016, 18:00 – 18:50 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 41) Gesprächsprotokoll (13.08.2016), Mediathekauswertung
 - 42) 75. Skypeprotokoll (14.08.2016, 19:30 – 20:15 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 43) Telefonprotokoll (17.08.2016, 15:30), TN: Kindesmutter, Jugendamt Landkreis
 - 44) 79. Skypeprotokoll (04.09.2016, 20:00 – 20:40 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 45) 80. Skypeprotokoll (08.09.2016, 16:35 – 17:35 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 46) 81. Skypeprotokoll (22.09.2016, 16:30 – 17:40 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 47) 82. Skypeprotokoll (27.09.2016, 19:55 – 20:35 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 48) 83. Skypeprotokoll (03.10.2016, 19:30 – 20:10 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach
 - 49) 85. Skypeprotokoll (18.10.2016, 19:45 – 20:25 Uhr), TN: Kindsmutter, Familiencoach

-
- 50) 87. Skypeprotokoll (08.11.2016, 19:20 – 20:30 Uhr), TN:
Kindsmutter, Familiencoach
- 51) 88. Skypeprotokoll (22.11.2016, 17:30 – 18:20 Uhr), TN:
Kindsmutter, Familiencoach

Familie Hausmann:

- 1) 2nd-Life-Netzwerk „Wie Familie gelingt“ Etappenbericht über eine Eltern-Kind-Beziehung im Rahmen eines Familienbasierten Trainings (FKT), (01.11.2014): Kindesmutter, Kindsvater, Tochter, Schwester
- 2) 2nd-Life-Netzwerk „Wie Familie gelingt“ Endbericht über eine Eltern-Kind-Beziehung im Rahmen eines Familienbasierte-n-Kompetenz-Trainings (FKT), (26.01.2014): Kindesmutter, Kindsvater, Tochter, Schwester
- 3) Hilfeplan Fortschreibung (29.01.2015), TN: Kindesmutter, Familiencoach, Frau Hausmann

Anlage 6 Trainingsplan (Beispiel)

FTA Familienbasiertes Training für anorektische Jugendliche

1. Workshop: 25.10.2014 von 9.00-13.30 Uhr

**Durchführung: Dipl. Psych. Annegret Hölscher
Supervisor: Prof. Dr. K.-J. Kluge**

Nr.	Arbeits-schritte	Ziele	Zeit	Dauer	Methode
1.	Begrüßung	<ul style="list-style-type: none"> • Mittelpunkt und Begrüßungskultur • Begrüßung und Vorstellung • Organisatorisches • Gruppenregeln, Verschwiegenheit • Ziele, Erwartungen und Grenzen des Workshops • Kommunikativer Workshop! • Gruppengefüge 	9.00-9.20h	10 min	Flipchart: Willkommen (Willkommenskultur) Mitte Sitzkreis
2.	Anwärmen; Erwartungen klären	<ul style="list-style-type: none"> • TN stellen sich und ihre Familiensituation kurz vor. Wahl eines Gegenstandes, der mit der anorektischen Tochter oder Betroffenen zu tun hat, und diese darüber vorstellt 	9.20-9.50h	30 min	Tisch mit Gegenständen (Kinderspielzeuge, Stifte, Wecker, Auto, Herz, Uhr, kleine Bücher, Karten etc.)
3.	Was sind Ess-Störungen? Was ist Magersucht?	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen über Magersucht / Anorexia nervosa 	9.50-10.20h	30 min	Film PowerPoint
4.	Graphische Verdeutlichung	Was ist schön? Schönheitsideale, Schönheitswandel (Historie), kulturelle Unterschiede	10.20-10.40h	20 min	Karten anschließend an Pinnwand
	Pause	Kaffee und Gebäck	10.40-11.00h	20 min	Tisch decken

5.	Vorstellung Brain- storming (2 Gruppen) Brain- storming	Kommunikationsmodell nach Prof. F. Schulz von Thun Was wünschen Sie sich für Ihre Eltern? Welche Situation möchten Sie, dass sie sich wiederholt? (jedes Elternteil ist freud- und leidgeprüft) Antworten sammeln	11.00-11.30h	15 min	auf Kärtchen schreiben / Pinnwand (Cluster- methode); Karten werden auf Pinnwand von TN angeheftet
7.	Beratungs- situationen	Methode vorstellen 1-2 Beispiele einer Familie durchsprechen	12-00-12.50h	40 min	Flipchart / Fragebogen
8.	Abschluss- runde	<ul style="list-style-type: none"> • Was habe ich persönlich mitgenommen • Pos. und neg. Kritik • Feedback • Seminarunterlagen Ausblick auf die nächsten vier Workshops: Salutogenese Resilienz Schutzfaktoren Stressbewältigung Positive Psychologie Positives Lernen Positive Gefühle Kohärenz, Selbstwirksamkeitserwartung Positiver Denkstil Optimismus Verantwortung und weiterer Erfahrungsaustausch	12.50-13.30h	15 min	Unterlagen

Zu jedem Treffen gab es ein Fotoprotokoll für alle Teilnehmer.

Nächstes Familienbasiertes Kompetenz Training am 25. Oktober 2014,
9.00-13.30 Uhr Nordhorn für die erste Trainingsgruppe. Die zweite
Trainingsgruppe wurde von 14.00-18.30 Uhr eingeladen.

Literaturverzeichnis

Agras, W.S. (2001): *The consequences and costs of the eating disorders*. Psychiatric Clinics of North America Nr. 24, S. 371-379

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): *Mutig werden mit Til Tiger: Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe

Aliabadi, C.; Lehning, W. (1990): *Wenn Essen zur Sucht wird*. 2. Aufl. München: Kösel Verlag

Altendorfer-Kling, U. (2018). *An der Schnittstelle zwischen ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung der Anorexia nervosa*. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 17(1), 159-166.

Anonymus (2000): *Wie viel Obst verzehren Kinder und Jugendliche tatsächlich?* Ernährungs-Umschau 47, S. 280

Anonymus (2001): *Welche Lebensmittel pflanzlicher Herkunft verzehren Kinder und Jugendliche?* Ernährungs-Umschau 48, S. 165-166

Anonymus (2001): *Jugendliche essen zu unregelmäßig*. Gießener Allgemeine Zeitung 27.04.2001, S. 3

Antonovsky, A. (1993): *Gesundheitsförderung versus Krankheitsförderung*. In: Franke, A.

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen, 119.

Antonovsky, A. (Hrsg. 1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. In: Franke, Deutsche erweiterte Herausgabe, DGVT, Tübingen

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). *Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies*. Archives of general psychiatry, 68(7), 724-731.

Aschenbrenner, K. (2002): *Subklinische Essstörungen bei Schülern und Studenten*, unveröffentlichte Dissertation. Friedrich-Schiller-Universität Jena

Aschenbrenner, K.; Aschenbrenner, F.; Kirchmann, H.; Strauss, B. (2004): *Störungen des Essverhaltens bei Gymnasiasten und Studenten*. Psychother Psycho Med. Nr. 6, S. 259-263

Aschenbrenner, K.; Strauss, B. (2000): Universität Jena, Studie mit 736 Jugendlichen

Aschenbrenner K.: *Subklinische Essstörungen bei Schülern und Studenten ; Epidemiologie, Symptomatik, Prädiktoren für ein gestörtes Essverhalten, anorektische oder bulimische Tendenz*, Dissertation. Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Assion, H. J., Brieger, P., & Bauer, M. (Eds.). (2013). *Bipolare Störungen: Das Praxishandbuch*. Kohlhammer Verlag.

Assunto, R. (1996): *Die Theorie des Schönen im Mittelalter*. 2. Aufl. Köln: Dumont Verlag

Axline, V. (2002): *Kinder- Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren*. 10. Aufl. München: Reinhardt

Bachmann W. (1975): *Ernährungserziehung bei Schülern, Schulverpflegung*. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, S. 153-179

Bachmann, W. (1976): *Ernährungsverhalten von Schülern*. Obernburg

Bachmann, W. (1977): Ernährungsverhalten von Schülern. *Catering Journal*, S. 35-38

Baeck, S. (1994): *Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Bancroft, J. (1985): *Grundlagen und Probleme Menschlicher Sexualität*. Stuttgart: Enke Verlag

Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman & Co.

Batra, A.; Wassmann, R; Buchkremer, G. (2006): *Verhaltenstherapie: Grundlagen-Methoden-Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Becker, K.: „Wenn ich erst mal schlank bin...“. In: *Psychologie heute Spezial* 04/1992, S. 80-85

Becker, S. (2010). *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulübergreifend*. Georg Thieme Verlag.

Beelmann, A. (2004): *Förderung sozialer Kompetenzen und positive Psychologie im Kindergarten*. In: Evaluation eines sozialen Problemlösetrainings zur universellen Prävention sozialer Verhaltensprobleme, Kindheit und Entwicklung, 13, S. 113-121

Bender, R.; Lange, S. (2007): *Was ist der p-Wert*. Deutsche Medizinische Wochenschau 132 (01), S. 15-16

Bender, D., Lösel, F. (1998). *Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze*. Gesundheits-oder Krankheitstheorie, 117-145. Berlin

Berger, M. (1989): *Zum Stand der Bulimie-Forschung*, Fundamenta Psychiatrica Nr. 3, S. 12-18

Bergmann, W. (2009): *Warum unsere Kinder ein Glück sind*. Beltz-Ratgeber

Bernstein, G. A.; Layne, A. E.; Egan, E. A.; Nelson, L. P. (2005): *Maternal phobic anxiety and child anxiety*. In: Journal of Anxiety Disorders 19, S. 658-672

Bierhoff, H. W. (1986): *Personenwahrnehmung – Vom ersten Eindruck zur sozialen Interaktion*. Lehr- und Forschungstexte Psychologie, Berlin/Heidelberg u.a.: Springer-Verlag

Beutel, M.; Matthias; M. E.; Grobe, T. G. (2010): *Wie oft wird die Depersonalisations- Derealisationsstörung (ICD-10: F48. 1) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert?* In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 56.1, S. 74-83

Bien, G.; Thomas, G.; Wilke, T. (Hrsg.): *Natur im Umbruch – Zur Diskussion des Naturbegriffs in Philosophie, Naturwissenschaften und Kunsttheorie*. Stuttgart

Bierhoff, H. W. (1986): *Personenwahrnehmung – Vom ersten Eindruck zur sozialen Interaktion*. Lehr- und Forschungstexte Psychologie Vol. 20. Berlin/Heidelberg u.a.: Springer-Verlag

Bilgic, J. (2005). *Der Schönheitskult der Konsum-und Leistungsgesellschaft als pädagogisches Problem-Möglichkeiten für die pädagogische Arbeit*.

Bissegger, M.; Bräuner-Gülow, G.; Brongs, S. (1998): *Die Behandlung von Magersucht. Ein integrativer Therapieansatz. Ein Therapeutenteam aus der Kinderklinik berichtet*

Bodamer, J. (1975): *Vertrauen zu sich selbst – Menschsein im technischen Zeitalter*. 2. Aufl. Freiburg im Breisgau: Band 541 Herder-Bücherei, Bd. 541; Publisher b Freiburg im Breisgau, Basel, Wien

Boeger, A. (19.-21..2000): *Das Körperbild im Jugendalter – Eine geschlechtsspezifische Betrachtung unter entwicklungspsychologischer und klinischer Perspektive*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Dokumentation der Fachtagung zur Sexualpädagogischen Mädchenarbeit – „Meine Sache“ – Mädchen gehen ihren Weg, S. 48-52

Böhme, G. (1985): *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht – Darmstädter Vorlesung*. Neue Folge Band 301. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag

Boraska, V., Franklin, C. S., Floyd, J. A., Thornton, L. M., Huckins, L. M., Southam, L., Lewis, C. M. (2014). *A genome-wide association study of anorexia nervosa*. *Molecular psychiatry*, 19(10), 1085.

Bowlby, J. (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie*. Klett-Cotta.

Bowlby, J. (2006). *Bindung*. Ernst Reinhardt Verlag.

Bortz, J.; Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 4. Aufl. Berlin: Springer Verlag

Bortz, J., & Lienert, G. (2008). *Kurzgefasste Statistik für die Klinische Forschung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Bortz, J.; Schuster, C. (2010): *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer Verlag

Bös, A. (2003): *Frauen mit Essstörungen im Ausdauersport*, Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Bowlby, J. (1958): *Über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung*, *Psyche* Nr. 13, S. 415-456

Bowlby, J. (1973): *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler

- Bowlby, J. (1975): *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler
- Bowlby, J. (1976): *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler
- Bowlby, J. (1978): *Verlust – Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer
- Bowlby J. (1995): *Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz*. In: Spangler, G./Zimmermann, P. (Hrsg.): *Die Bindungstheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). *Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders*. *Psychological medicine*, 24(4), 859-867.
- Braun, J.; Kettler, U.; Becker, I. (1997): *Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland*. In: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 136. Stuttgart
- Brenner, D. (2009). *Die selbstbewusste Frau in der Moderne—ein inhaltsanalytischer Vergleich der Frauenbilder in Frauenzeitschriften*.
- Breuer, S., & Kleinert, J. (2009). *Primäre Sportsucht und bewegungs-bezogene Abhängigkeit—Beschreibung, Erklärung und Diagnostik*. In Rausch ohne Drogen (pp. 191-218). Springer, Vienna.
- Brockert, S. (2001). *Positive Psychologie: gesund und glücklich durch emotionale Fitness*. Kreuz-Verlag
- Broda, M. (Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit*, S. 3-14. DGVT, Tübingen
- Brooke, S. L. (2006). *Creative Arts Therapies Manual*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Brownmiller, S. (1984): *Weiblichkeit*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag.
- Brubacher, C.; Ritzet, C. (1975): *Zur Ernährungssituation der schweizerischen Bevölkerung*. Erster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern
- Bruch, H. (1973): *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Anorexia nervosa*. Ratgeber- Fischer Verlag

Bruch H (1991): *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag

Brunner, R., Schulze, U., & Resch, F. (2012). *Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Störungsbilder Anorexia nervosa* Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters, 653.

Bryan, T.; Bryan, J. (1991): *Positive mood and math performance*. In: Journal of Learning Disabilities 24, S. 490-494

Buber, A. (1973/1999): *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Schneider Verlag

Buddeberg-Fischer, B. (2000): *Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen*. Stuttgart: Schattauer

Buddenberg-Fischer, B.; Klaghofer, R. (2002): *Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz – Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. In Vandenhoeck & Ruprecht, S. 677-710

Buchholz, M. B., & Kollé, U. (1989). *Familien in der Moderne-Anti-Familien-Familien?*

Buhl, C. (1991): *Magersucht und Esssucht. Ursachen, Beispiele, Behandlung*, 2. durchges. Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1998): *Kompetent, authentische und normal? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexuaufklärung und Beratung von Jungen, Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung*. Bd. 14. Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung *.Essstörungen. Arbeit mit Selbsthilfegruppen*. Köln; BzGA 2004

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2010): *Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14-17 Jährigen und ihren Eltern*, Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: *Schriftliche Stellungnahme zum Sachverständigenhearing des Ausschlusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag am 2. März 2001*, Themenfeld Frauen und Gesundheit unter: www.zweiwochendienst.de/Gesundheit/0782c.htm; letzter Zugriff am 08.04.2015

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2015) *Wie häufig kommen Essstörungen vor? Erkrankungshäufigkeiten (12-Monats-Prävalenzen)*; Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6. Köln

Bundschuh, K. (2003): *Emotionalität, Lernen und Verhalten: Ein heilpädagogisches Lehrbuch*. Klinikhardt Verlag

Bundesvereinigung, K., & der Wissenschaftlichen, A. (2009). Unipolare Depression.

Cabernard, F. M. S. B. (2005). *Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder-und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland* (Doctoral dissertation, Verlag nicht ermittelbar).

Carnevale, P. J. D., Isen, A. M. (1986/2002): *The influence of positive affect and visual access on the discovery of integrative solutions in bilateral negotiation*. Organizational Behavior and Human Decision Processes 37(1): S.1-13

Cavelius, A.-A.; Grasberger, D. (1999): *Befreiende Wege aus der Bulimie*. S.11-20, S. 31-33, S. 66-86. München: Südwest Verlag

Chapkis, W. (1986): *Schönheitsgeheimnisse – Schönheitspolitik*, 1. Aufl., S. 44-60. Berlin: Orlanda Frauenverlag

Christina H. (2001): *Essstörungen – Bulimie und Magersucht*. Referat/Aufsatz (Schule): Grin Verlag

Cierpka, M.; Reich, G. (2010): *Psychotherapie der Essstörungen Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*: Thieme Verlag

Cierpka, M. (Hrsg.): *Psychotherapie der Essstörungen*. Thieme, Stuttgart, New York

Collins, W. A.; Maccoby, E. E.; Steinberg, L.; Hetherington, E. A.; Bornstein, A. H. (2000): *Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture*. American Psychologist 55, S. 218-232

- Comer, R. J. (2001): *Klinische Psychologie*, 2.Aufl. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Conway, M. A. (Hrsg.; 1997): *Recovered memories and false memories*. Oxford, Oxford University Press
- Conoley, C. W. & Conoley, J. C. (2009): *Positive Psychology and Family Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons
- Cramer, F. (1994): *Das Schöne, das Schreckliche und das Erhabene – Eine chaotische Betrachtung des lebendigen Formprinzips*. In: „Natur“ im Umbruch Günther Bien, Thomas Gil, Joachim Wilke, Eckhart Holzboog (Hrsg.) Frommann-Holzboog
- Crawford, A.A.; Manassis, K. (2001): *Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders*. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, S. 1182-1190
- Cuntz, U.; Hillert, A. (2003): *Essstörungen. Ursachen, Symptome, Therapien*. 3. akt. Auflage. München: Beck
- Cuntz, U. und Hillert, A. (1998): *Essstörungen. Ursachen, Symptome, Therapien*. München: Beck
- Dadds, A. R.; Heard, P. A.; Rapee, R. A. (1992): *The role of family intervention in the treatment of child anxiety disorders: Some preliminary findings*. In: *Behavior Change* 9, S. 171-177
- Damkowski, C.: *Schönheitsfabrik*. In: *Psychologie heute Spezial* 04/1992, S. 27
- Dannigkeit, N.; Köster, G. (2000): *Prävention von Essstörungen – Ein Trainingsprogramm*. Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie. Philipps-Universität Marburg
- Dannigkeit, N.; Köster, G.; Tuschen-Caffier, B. (Hrsg.; 2002): *Prävention von Essstörungen – Ein Trainingsprogramm für Schulen*. In: B. Röhrle, *Prävention und Gesundheitsförderung* (Bd. 2). Tübingen: DGVT-Verlag
- Deci, E. L.; Ryan R. A. (2000): *The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and self-determination of behaviour*. In: *Psychological Inquiry* 11, S. 227-268

- Degele, N. (2008). Schönheit-Erfolg-Macht. Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid, (Kultursoziologie und Kunstsoziologie 2008/1), 9-16.
- Delesen, P. (1997): *Anorexia nervosa – Möglichkeiten und Probleme der Diagnostik, Ätiologie und Intervention*. Centaurus Verlag & Media
- Departmental of Health and Human Services (DHHS) (1991): *Parents training is prevention. Preventing alcohol and other drug abuse problems among youths in family*. In: DHHS Publication No (ADM) 91-1715, S. 11-26
- Des Bundes, G. (2006). Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch-Institut, 117-8.
- Deter H. Ch., Herzog W. (1995): *Langzeitverlauf der Anorexia nervosa*. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen, Zürich
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (1998): *Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft zur Therapie der Adipositas*. Adipositas Nr. 8, S. 5-28
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1999): *Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE*. Frankfurt: DGE
- Deutsche Gesellschaft für Kinder-, Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, & Psychotherapie. (2007). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter: mit 9 Tabellen. Deutscher Ärzteverlag.
- Deuser, K.; Gläser, E.; Köppe, D. (1995): *96-60-90 – Zwischen Schönheit und Wahn – Das Buch zum Schlankheitskult*. Berlin: Zyankrise Verlag
- De Zwaan, M. (2012): *Adipositas aus psychosomatischer Sicht*. In: K. Lewandowski, T. Bein (Hrsg.). Adipositas-Management in Anästhesie, Chirurgie, Intensivmedizin und Notfallmedizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S.66-70
- Diedrichsen, I. (Ed.). (2013). *Humanernährung: Ein interdisziplinäres Lehrbuch*. Springer-Verlag.
- Diehl, J. M. (1980): *Konstruktion und Einsatz von Fragebögen zur Erfassung ernährungsbezogener Einstellungen und Kenntnisse*. Aktuelle Ernährungsmedizin 5, S. 43-53

- Diehl, J. M. (1996): *Sozialkulturelle Einflüsse im Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen*. In: Ministerium ländlicher Raum Baden-Württemberg (Hrsg.): *Kinderernährung heute*, S. 45-81. Hohengehren: Schneider Verlag
- Diehl, J. M. (1999): *Nahrungspräferenzen 10- bis 14jähriger Jungen und Mädchen*. In: Schweizerische Wochenschrift 129, S. 151-161
- Diehl, J. M. (1999): *Einstellung zu Essen und Gewicht bei 11- bis 16jährigen Adoleszenten*. In: Schweizerische Wochenschrift 129, S. 162-175. Separater Anhang: Inventar zum Essverhalten und Gewichtsproblemen für Kinder (Manual und Auswertungsprogramm)
- Diehl, J. M. (1999): *Ernährungswissen von Kindern und Jugendlichen*. In: Verbraucherdienst 44, S. 282-286. Separater Anhang: Test zum Ernährungsverhalten für Kinder und Jugendliche
- Diehl, J. M. (2000): *Gesunde Ernährung bei Kindern und Erwachsenen. Einstellungen – Wissen – Handeln*. In: Mitteilungsblatt der Bundesanstalt für Fleischforschung 39, S. 643-659
- Diehl, J. M. (2000): *Verbraucherverhalten bei Convenience-Food*, Teil 1. In: Ernährung im Fokus 1, S. 91-94
- Diehl, J. M. (2000): *Verbraucherverhalten bei Convenience-Food*, Teil 2. In: Ernährung im Fokus 1, S. 119-122
- Diener, E.; Sandvik, E.; Pavot, W.G. (1991). *Happiness is the frequency not intensity of positive versus negative affects*. In: F. Strack, Argyle, M. & Schwarz, N. (Hrsg.): *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective* (1st Ed), S. 119-139. Oxford: Pergamon Press
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (2004): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F)*. Klinisch-diagnostische Leitlinien Bern: Huber Verlag
- Doczi, G. (1987): *Die Kraft der Grenzen – Harmonische Proportionen in Natur, Kunst und Architektur*. Glonn: Capricorn Verlag.
- Dogs, W. (1985): *Psychosomatische Therapie der Magersucht*. Heidelberg: Fischer Verlag für Medizin

Dornes, M. (2018, March). *Hungerwahn?*. In Forum der Psychoanalyse (Vol. 34, No. 1, pp. 81-97). Springer Medizin.

Dörrzapf, R. (1995): *Eros, Ehe, Hosenbeutel – Eine Kulturgeschichte der Geschlechterbeziehungen*. Frankfurt am Main: Eichborn Verlag

Dowling, C. (1982, 1991): *Der Cinderella Komplex – Die heimliche Angst der Frauen vor der Unabhängigkeit*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag

Drolshagen, E. D.: *Wir wollen was wir wollen sollen – Ein Gespräch mit Ebba*
Psychologie heute Spezial 04/1992, S. 6-13

Drolshagen, E. D. (1995): *Des Körpers neue Kleider – Die Herstellung weiblicher Schönheit*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag

DSM-IV-TR (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision*. DSM-IV-TR 2003 Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen, Michael Zaudig, Isabel Houben. Göttingen: Hogrefe

Ducharme, J. M.; Atkinson, L.; Poulton, L. (2000): *Success-based non coercive treatment of oppositional behavior in children from violent homes*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Nr. 39, S. 995-1003

Duden (1963): *Das Herkunftswörterlexikon - Eine Etymologie der deutschen Sprache, Band 7*, Mannheim/Wien u.a.: Meyers Lexikonverlag, Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG

Duncan, L., Yilmaz, Z., Gaspar, H., Walters, R., Goldstein, J., Anttila, V., Working Group & Hinney, A. (2017). *Significant locus and metabolic genetic correlations revealed in genome-wide association study of anorexia nervosa*. American journal of psychiatry, 174(9), 850-858.

Dupond, Y. (2002). *Anorexia Nervosa im Langzeitverlauf und Osteoporose: Somatische Aspekte und Folgen der Magersucht mit Fokussierung des Knochenstoffwechsels* Eckey, H. (2006): *Kleine Abhandlungen - Statistische Signifikanz (p-Wert)*. Wirtschaftswissenschaftliches Studium 35(7), S. 415-418

Eckstein, P. (2006): *Angewandte Statistik mit SPSS: Praktische Einführung für Wirtschaftswissenschaftler*. Wiesbaden: Springer-Verlag

Eibl-Eibesfeldt, I. (1998): *Ernst Haeckel – Der Künstler im Wissenschaftler*. In: Häckel, Ernst, Kunstformen der Natur, S. 19-30. München/New York: Prestel Verlag

Eitle, W. (2008): *Basiswissen Heilpädagogik*, 2. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag EINS

Essau, C. A.; Karpinski, N. A.; Petermann, F.; Conradt, J. (1998): *Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen*. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 46(2), S. 105-124

Etcoff, N. (1999): *Nur die Schönsten überleben – Die Ästhetik des Menschen*. München: Diederichs Verlag

Exupéry, A. de Saint (2000): *Der Kleine Prinz*. Düsseldorf: Karl Rauch Verlag

Feiereis, H. (1989): *Diagnostik und Therapie der Magersucht und der Bulimie*. München: Marseille Verlag

Feiereis, E. U.; Ahrens-Eipper, S.; Lässig, W. (2009): *Auswirkungen eines Klinikaufenthaltes auf die Anorexia nervosa bei Jugendlichen*. In: Kindheit und Entwicklung 18(1), S. 13-20

Ferstl, R.; de Jong, R; Brengelmann, J. C. (1978): *Verhaltenstherapie des Übergewichts*. Stuttgart: Kohlhammer

Ferstl, Roman (1980): *Determinanten und Therapie des Essverhaltens*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

Fichter, Manfred, M. (1985): *Magersucht und Bulimia*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag

Fichter, M. M. (Hrsg.; 1989): *Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung*, Anhang 2, S. 296-299. Stuttgart: Enke Verlag

Fichter M. M. (1990): *Bulimia nervosa: Basic Research, Diagnosis and Therapy*. Wiley & Sons; New York

Fichter M. M. (1990): *Verlaufsuntersuchung über Risikofaktoren zur Therapieevaluation bulimischer Essstörungen*. In: Materialien zur Gesundheitsforschung. Schriftenreihe zum Programm der Bundesregierung. Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit, Band 14. Bonn

Fichter M. M.; Goebel G. (1991): *Anorexia und Bulimia nervosa: Systematik, medizinische Komplikationen, Ätiologie und Behandlung*

- Fichter M. M. (1985): *Magersucht und Bulimie*. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer
- Fichter M. M. (2007): *Magersucht und Bulimie: Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde*. Basel, Freiburg: Karger Verlag
- Fichter, M. M., & Keeser, W. (1980). *Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS) The anorexia nervosa inventory for self-rating (ANIS)*. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 228(1), 67-89. Springer
- Fichter, M. (2008): *Magersucht und Bulimie – Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde*. Karger-Verlag
- Field, A. (2013): *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London. SAGE Publications Ltd.
- Flaake, K.: *Zur Frau werden*. In: Psychologie heute Spezial 04/1992, S. 98-101
- Flaake, K.; King, V. (1993): *Weibliche Adoleszenz – Zur Sozialisation junger Frauen*. 2. Aufl. Frankfurt am Main/New York: Campus Verlag
- Flaake, K. (2000): *Körperlichkeit und Sexualität in der weiblichen Adoleszenz*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Dokumentation der Fachtagung zur Sexualpädagogischen Mädchenarbeit – „Meine Sache“ – Mädchen gehen ihren Weg, S. 53-59
- Fleischhut, J. (2010). Gesundheitsverhalten im Spiegel der Neuropädagogik. Ernährung im Fokus, 10, 146-152.
- Flöttmann, H.; Bertrand (1993): *Angst – Ursprung und Überwindung*, 3. Aufl., S. 67-81. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Föcker, M., Knoll, S., & Hebebrand, J. (2015). Essstörungen im DSM-5. In Handbuch Essstörungen und Adipositas (pp. 27-33). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Franke, A. (1994): *Wege aus dem goldenen Käfig. Anorexie verstehen und behandeln*. Beltz Verlag
- Franke, A. (1993) *Die Behandlung anorektischer Frauen- zum aktuellen Stand*. In: Psychomed, 5 H. 2., S. 113-118

- Franke, A. (2002): *Die unterschiedlichen Formen der Ess-Störung*. In: KOSKON NRW (Hrsg.). *Selbsthilfe – Ein Weg aus der Ess-Störung?* (S. 7-17). Mönchengladbach
- Franzen, A., & Hartmann, J. (2001). *Die Partnerwahl zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Eine empirische Studie zum Austausch von physischer Attraktivität und sozialem Status*. In *Partnerwahl und Heiratsmuster* (pp. 183-206). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Fredrickson, B. L. (1998): *What good are positive emotions? Review of General Psychology* 2. S. 300-319
- Fredrickson, B. (2011): *Die Macht der guten Gefühle*. Campus Verlag
- Fredrickson B. (2014) *Die Macht der Liebe*. Campus Verlag
- Fremmer-Bombik, E. (1997). *Innere Arbeitsmodelle von Bindung*. Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung, 2, 109-119.
- Freedman, R. (1989): *Die Opfer der Venus - Vom Zwang, schön zu sein*, 1. Aufl. Zürich: Kreuz Verlag
- Freud, S. (1971): *Hemmung, Symptom und Angst*, GW VI, Studienausgabe, S. 295-298. Frankfurt a. M.: Fischer
- Frijda, N. H.; Mesquita, B. (1994): *Social roles and functions of emotions*. In: S. Kitayama & H.R Markus (Eds.): *Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence*, S. 51-87
- Frommert, C., & Clasen, J. *Exklusiv: Live-Online-Seminar mit Christian Frommert zum Thema Magersucht am 4. Juli 2013*.
- Furman, B. 2013: *Es ist nie zu spät, eine glückliche Kindheit zu haben*. Broschiert, Borgmann Verlag
- Gaber, E., & Hundertmark-Mayser, J. (2005). *Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen–Beteiligung und Informiertheit in Deutschland*. *Das Gesundheitswesen*, 67(08/09), 620-629.
- Gagel, D. (2007): *Jugendliche*. In: R. Hinsch & U. Pfingsten (Hrsg.), *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Beltz PVU

- Gaebel, W.; P. Falkai (2000): *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*, Bd.4, Behandlungsleitlinie Essstörungen. Broschiert, Steinkopff
- Gebhard, S. (2016). Anorexia nervosa: die neuen Herausforderungen. In *Swiss Medical Forum* (Vol. 16, No. 33, pp. 648-654).
- Gensicke, P. (1979). *Anorexia nervosa—ein familiales Sozialisationsdefizit?* Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 201-215.
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H. (2001): *Was sind Ess-Störungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung*. Beltz
- Gerlinghoff, M., Backmund, H.; Mai, N. (1999): *Magersucht und Bulimie. Verstehen und bewältigen*. Weinheim und Basel: Beltz
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H. (1999): *Wege aus der Essstörung. Magersucht und Bulimie: Wie sie entstehen und behandelt werden. So finden Sie zu einem normalen Essverhalten zurück. Denkanstöße und Hilfen für Betroffene, Angehörige und Freunde*“. Stuttgart: Trias
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H. (1996): *Magersucht und Bulimie – Innenansichten. Heilungswege aus der Sicht Betroffener und einer Therapeutin*. München: Pfeiffer
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H. (1997): *Der heimliche Heißhunger, wenn Essen nicht satt macht, Bulimie*. S.13/15, S. 18-20, S. 33, S.75-79. München: DTB
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H.; Mai, N. (1997): *Magersucht und Bulimie. Verstehen und Bewältigen*. 3. Aufl.
- Gerlinghoff, M.; Backmund, H. (1995): *Therapie der Magersucht und Bulimie*. Weinheim: Beltz
- Gerlinghoff, M. (1992): *Magersüchtig*, 4. Aufl., 18.-22. Tsd. München: Piper
- Grabhorn, R., & Overbeck, G. (2005). Scham und soziale Angst bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(2), 179-193.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H., & Mai, N. (1997). *Magersucht und Bulimie. Verstehen und Bewältigen*. 3., akt.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H., Franzen, U., Gorzewski, B., & Fenzel, T. (1997). *Strukturiertes tagklinisches Therapieprogramm für Essstörungen. Psychotherapie, Psychosomatik*, Medizinische Psychologie, 47, 12-20.

Gerlinghoff, M., & Backmund, H. (2004). *Wege aus der Essstörung: Magersucht und Bulimie: Denkanstöße und Hilfen für Betroffene, Angehörige und Freunde*, Georg Thieme Verlag.

Gewinner-Bühning, I. V. (2009). *Einfluss auf das Wachstum und die Wachstumshormonsekretion bei Patienten mit Anorexia nervosa mit frühem Manifestationsalter* (Doctoral dissertation).

Giehring, S. (2016). *ProAna. Magersucht als Lifestyle oder eine große Selbsthilfecomunity?*

Giel, K. E., Groß, G., & Zipfel, S. (2011). *Neue S3-Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen. PPM-Psychotherapie-Psychosomatik; Medizinische Psychologie, 61(07), 293-294.*

Giel, K., Leehr, E., Becker, S., Startup, H., Zipfel, S., & Schmidt, U. (2013). *Rückfallprophylaxe bei Anorexia nervosa. PPM-Psychotherapie-Psychosomatik. Medizinische Psychologie, 63(07), 290-295.*

Goetze, H. (2002): *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen: Hogrefe

Gordon, T. (2012): *Familienkonferenz in der Praxis wie Konflikte mit Kindern gelöst werden*, München: Heyne

Gosmann, U.: *Sind Sie ganz sauber? Körperkult als Seifenoper*. In: *Psychologie heute* 08/1996, S. 64-67

Götz, M. (2016): *So möchte ich auch sein! Faszination Castingshow und ihre Folgen*. In: Vorstand der Aktion Jugendschutz, Landesstelle Bayern e.v.: Prof. a.D. Dr. Schatz, Günter (Hrsg.), *Projugend. Das verbesserte Ich. Selbstinszenierung und Selbstoptimierung bei Jugendlichen*. II/2016. München: Aktion Jugendschutz 2016. S. 19-22

Götz, Maya; Bulla, Christine; Mendel, Caroline (2012): *„Bestimmt ein tolles Erlebnis!“ Repräsentativbefragung von 6- bis 17-Jährigen zu ihren Vorstellungen vom „Erlebnis Castingshow-Teilnahme“*. LfM Dokumentation Band 49-Online
Herausgeber: Landesanstalt für Medien NRW, Düsseldorf

Götz, Maya; Bulla, Christine; Mendel, Caroline (2013): *Sprungbrett oder Krise? Das Erlebnis Castingshow-Teilnahme; eine Befragung von ehemaligen*

TeilnehmerInnen an Musik-Castingshows. LfM-Dokumentation, 48 Online, Herausgeber: Landesanstalt für Medien NRW, Düsseldorf

Götz, Maya; Gather; Johanna (2009): *Wer wäre nicht gerne Superstar? Castingshows zwischen Orientierung, Schaulust und Aufregung.* In: Medienbriefe – Themenheft zum Kongress „Medien nutzen – Leben und Lernen mit Medien“, 2, S. 36–38.

Götz, M., Gather, J. (2010). *Wer bleibt drin? Wer fliegt raus. Was Kinder und Jugendliche aus Deutschland sucht den Superstar und Germany's Next Topmodel mitnehmen.* *TelevIZion*, 23(1), 52-59.

Götz, M., Gather, J. (2013). *Ich habe heute leider kein Foto für dich. Die Faszination Germany's Next Topmodel.* Götz, Maya (Hg.): *Die Fernsehheld (inn)en der Mädchen und Jungen. Geschlechterspezifische Studien zum Kinderfernsehen.* München, S. 473, 529.

Götz, M. (1997). *Die parasoziale Beziehung zu einem Medienstar.* *Feministische Studien*, 15(2), 51-66.

Gottman, J. M. Author.; Feinsilber- Katz, L. F.; Hooven, C. (1997): *Meta-Emotion: How families communicate emotionally.* Mahwah, NJ

Gottschlach, W. (1988): *Narziss und Ödipus – Anwendung der Narzissmus Theorie auf soziale Konflikte.* Heidelberg: Asanger

Grabhorn, R.; Overbeck, G.; Kaufhold, J.; Stangier, U. (2005): *Scham und soziale Angst bei Anorexia und Bulimia nervosa.* *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapien*, Band 51, Ausgabe 2, S. 179-193

Graf, J. (2005): *Familienteam – Das Miteinander stärken. Das Geheimnis glücklichen Zusammenlebens.* Freiburg: Herder

Greving, H.; Ondracek, P. (2009): *Heilpädagogisches Denken und Handeln.* Stuttgart: Kohlhammer

Gröschke, D. (1997): *Praxiskonzepte der Heilpädagogik: Anthropologische ethische und pragmatische Dimensionen.* Reinhardt Verlag

Gross, P.: *Körperkult – Die Anbetung des Fleisches.* In: *Psychologie heute* 12/2000, S. 28-35

- Grossmann, K. E. (1977): *Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens* (von Mary D. S. Ainsworth). In: K. E. Grossmann (Ed.), *Entwicklung der Lernfähigkeit*, S. 96 - 107. München
- Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (2003): *Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse*. In: Keller, H. (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Bern: Hans Huber Verlag
- Grunert, S. C. (1989): *Ein Inventar zu Erfassung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten*. *Diagnostica* 35, S. 167-179
- Haberman, S.; Luffey, D. (1998): *Weighting in college students diet and exercise behaviors*. *Journal of American College Health* Nr. 46, S. 189-191
- Habermas, T. (2010): *Psychoanalyse als Erinnerungsforschung*. *Handbuch Gedächtnis und Erinnerung*, S. 64-74. München: Metzler
- Habermas, T. (Hrsg.; 1995): *Essstörungen in der Adoleszenz*. In R. Oerter & L. Montada, *Entwicklungspsychologie*, S. 1069-1075. Weinheim: Beltz
- Habermas, T. (1994): *Zur Geschichte der Magersucht – Eine medizinpsychologische Rekonstruktion*. Frankfurt am Main: Fischer
- Habermas T. (1990): *Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Habermas, T.; Müller, M. (1986): *Das Bulimie-Syndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie*. *Der Nervenarzt* Nr. 57, S. 322-331
- Habich, I. (2016): *Sportsucht: Über die Schmerzgrenze*. *ZEIT* 3, Januar 2017, Nr. 52/2016
- Hackenberg, A., Hajok, D., Selg, O. (2011). *Orientierung auf Augenhöhe– Nutzung und Aneignung von Casting-shows durch Heranwachsende*. *Jugend Medien Schutz-Report*, 34(1), 2-7.
- Haeberlin, U. (1996). *Heilpädagogik als wertgeleitete Wissenschaft*. Ein propädeutisches Einführungsbuch in Grundfragen einer Pädagogik für Benachteiligte und Ausgegrenzte. Bern: Haupt Verlag
- Häfke, K., & Koch, F. (2004). *Anorexia nervosa und Bulimia nervosa*.

Haller, F. & Gräser, H. (2012): *Selbsthilfegruppen – Konzepte, Wirkungen und Entwicklungen*. Weinheim: Beltz

Harland, S.; Siegel, W. (1996): *Essstörungen. Erkennen und behandeln*. Köttingen/Aarau, Midena-Verlag

Harris, P. (2000): *Understanding Emotion*. In: H. Lewis & J. A. Haviland (eds): *Handbook of emotions*, 2nd ed., S. 281-292. New York: Guilford

Harris, R. (2010). *Wer dem Glück hinterherrennt, läuft daran vorbei: ein Umdenkbuch*. Kösel-Verlag.

Hattie, J.; Biggs, J.; Purdie N. (1996): *Effects of learning skills interventions on student learning: meta-analysis*. In: *Review Educational Resources* 66, S. 99–136

Heilpädagogische Fakultät der Universität zu Köln (1999): *Studienordnung für den Studiengang Lehramt für Sonderpädagogik für das Prüfungsfach Sondererziehung und Rehabilitation der Erziehungsschwierigen als erste sonderpädagogische Fachrichtung*. Köln

Heinrichs, N.; Nowak, C. (2009): *Elterntrainings*. In: A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Heinrichs, N.; Bodenmann, G.; Hahlweg, K. (2008): *Prävention bei Paaren und Familien*. Göttingen: Hogrefe

Helbig, S.; Petermann, F. (2008): *Entwicklungspsychopathologie sozialer Angststörungen*. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 56, S. 211-226

Helbig-Lang, S.; Petermann, F. (2009): *Gibt es Panikstörungen im Kindes- und Jugendalter?* In: *Kindheit und Entwicklung* 18, S. 122-129. Hogrefe

Helfferrich, C. (1994): *Jugend, Körper und Geschlecht – Die Suche nach sexueller Identität*. Wiesbaden: Springer

Henss, R. (1998): *Gesicht und Persönlichkeitseindruck*, Schriftreihe: Lehr- und Forschungstexte Psychologie. Göttingen/ Bern u.a.: Verlag für Psychologie Hogrefe

- Henss, R. (1992): „*Spieglein, Spieglein an der Wand*“ – *Geschlecht, Alter und physische Attraktivität*. Weinheim/Saarbrücken: Beltz, Psychologie Verlags Union
- Herbst, G. (2001) *Fremdkörper* Rowohl Verlag
- Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Fichter, M., Tuschen-Caffier, B., & Zeeck, A. (Eds.). (2011). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. Berlin: Springer.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U., Vloet, T., & Holtkamp, K. (2005). *Essstörungen in der Adoleszenz*.
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K., & Seitz, J. (2011). *Kindliche und adoleszente Anorexia nervosa*. *Der Nervenarzt*, 82(9), 1093.
- Herpertz-Dahlmann, B., & Hebebrand, J. (2017). *Das internetbasierte Anorexia-nervosa-Register für jugendliche Patienten in Deutschland*.
- Heinrich, C. (2010): *Glück ist nicht wichtig*. George Vaillant. In: ZEIT Wissen 4
- Hertzsch, H. (2006). *Selbsthilfe per Internet: Funktionen von Selbsthilfe-Internetplattformen für deren Nutzer am Beispiel eines Angebotes für Menschen mit Essstörungen*. diplom. de.
- Herzog W.; Deter H. Ch.; Vanderdeycken W. (1992): *The Course of Eating Disorders, Longterm Follow-up Studies of Anorexia and Bulimia Nervosa*. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer
- Herzog W.; Munz D.; Kächele H. (1996): *Analytische Psychotherapie bei Essstörungen. Therapieführer*. Stuttgart New York: Schattauer
- Hill, P.; Kopp, J. (2004): *Familiensoziologie. Grundlagen und theoretische Perspektiven*, 4. überarbeitete Aufl. Wiesbaden: Springer
- Hill, P.; Kopp, J. (2006): *Familiensoziologie – Grundlagen und theoretische Perspektiven*, S. 29 ff. Wiesbaden: Springer
- Hinsch, R.; Pfingsten, U. (2007): *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen und positive Psychologie und positive Psychologie (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*, 5. Aufl. Weinheim: PVU

- Hoang, U., Goldacre, M., & James, A. (2014). *Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001–2009*. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 507-515.
- Hoek, H. W. (2016). *Review of the worldwide epidemiology of eating disorders*. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 336-339.
- Hoffman, A. L. (2000): *Empathy and moral development. Implications for caring and justice*. Cambridge: Cambridge University Press
- Hoffmann, H. (2009): *Der Struwwelpeter*. Frankfurter Allgemeine von Košenina
- Hofmann, S. G.; Heinrichs, N.; Moscovitch, D. A. (2004): *The nature and expression of social phobia: Toward a new classification*. *Clinical Psychology Review* 24, S. 769-797
- Hölling, H., & Schlack, R. (2007). *Essstörungen im Kindes-und Jugendalter*. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 794-799.
- Holtkamp, K., & Herpertz-Dahlmann, B. (2005). *Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes-und Jugendalter*. *Deutsches Ärzteblatt*, 102(1-2), A50-A58.
- Hörmann, H.-J. (Hrsg.; 1986). *Selbstbeschreibungsfragebogen*. R. Schwarzer, Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit, Forschungsbericht 5. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie
- Hinsch, R.; Pflingsten, U. (2007): *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen und positive Psychologie und positive Psychologie (GSK)*. Grundlagen, Durchführung, Materialien, 5. Aufl. Weinheim: PVU
- Hirsch, M. (1989): *Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie*, Praxis. *Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie* Nr. 38, S. 78-82
- Holler-Nowitzki, B. (1994): *Psychosomatische Beschwerden im Jugendalter – Schulische Belastungen, Zukunftsangst und Stressreaktionen*, Gesundheitsforschung. (Doctoral dissertation), Weinheim/ München: Juventa
- Huber, M. (Ed.). (2011). *Viele sein*. Ein Handbuch: Komplextrauma und dissoziative Identität-verstehen, verändern, behandeln. Junfermann Verlag GmbH.
- Hülshoff, Th. (2010): *Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik*. Stuttgart: UTB

Hyson, A. C.; Izaard, C. I .E. (1985): *Continuities and changes in emotion expression during brief separation at 13 and 18 months*. In: *Developmental Psychology* 21 (6), S. 1165-1170

Ialongo, N.; Poduska, J.; Werthammer, L.; Kellam, S. (2001): *The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence*. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* Nr. 9, S. 146-160

IBM (2016): *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0*. Armonk, NY: IBM Corp

Inderbitzen, H.A.; Hope, D. A. (1995): *Relationship among adolescent reports of social anxiety, anxiety, and depressive symptoms*. In: *Journal of Anxiety Disorders* 9(5), S. 380-396

Isen, A.A. (1999): *Positive affect*. In: T. Dalgleish & A.J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion*. Chichester, England: Wiley

Jacobi, C.; Thiel, A.; Paul, T. (2000): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Gebundene Ausgabe - 260 Seiten, Psychologie Verlag

Jacobi, C.; Paul, T.; de Zwaan, M.; Nutzinger, D. O.; Rustenbach, S. J.; Dahme, B. (2003): *Wie spezifisch sind Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Essstörungen?* *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* Nr. 32, S. 31-40

Jacobi, F. et al. (2013): *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*, *Der Nervenarzt* Nr. 85, S. 77-87

Jacobsen, E. (2000): *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. Aus dem Amerikanischen von Karin Wirth; 7. Auflage 1990. Stuttgart: Klett-Cotta

Jacobsen, U. (2001). *Gewichtsverlauf von Anorexie- und Bulimiepatienten während einer 10-wöchigen stationären psychosomatischen Behandlung* (Doctoral dissertation, Technische Universität München).

Jahnke, B. (2007): *Entwicklung von Emotionen*. In: A. Hasselhorn & W. Schneider (Hrsg.): *Handbuch der Entwicklungspsychologie*, S. 347-358. Göttingen: Hogrefe

- Januszewski, B. (1984): *Erziehungstherapeutik. Ein Weiterbildungsprogramm zum helfenden Miteinanderumgehen*. In: Januszewski, B. & Kluge, K.-J. (Hrsg.): *Ursprünge und Anfänge der Erziehungstherapie in Deutschland – Menschenbild, Hypothesen und Erfahrungen in der Anwendung der Humanistischen Psychologie*, S. 693-734. München: Minerva
- Jedtberg, S. (2011). *Cannabinoidrezeptor2-Exprimierung bei Essstörungen*.
- Jungvogel, A., Wendt, I., Schäbenthal, K., Leschik-Bonnet, E., & Oberritter, H. (2013). Überarbeitet: *Die 10 Regeln der DGE*. Ernährungs Umschau, 59
- Kämmerer, A.; Klingenspor, B. (Hrsg, 1989): *Bulimi*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Kanning, U. P. (1999): *Die Psychologie der Personenbeurteilung*. Göttingen/Bern u.a.: Hogrefe, Verlag für Psychologie
- Karren, U. (1986): *Die Psychologie der Magersucht*. Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber
- Karwautz, A. (2006). *Essstörungen–neue Ansätze und rezente Ergebnisse bei jugendlichen Populationen*. Neuropsychiatrie, 20(2), 131-134.
- Kashdan, T. B.; Roberts, J. E. (2004): *Social anxiety's impact on affect, curiosity, and social self-efficacy during a high self-focus social threat situation*. Cognitive Therapy and Research Nr. 28, S. 119-141
- Kaye, W. H.; Gwirtsman, H. E.; George, D. T.; Jimerson, D. C.; Ebert, M. H. (1987): *CSF 5-HIAA concentrations in Anorexia nervosa: reduced values in underweight subjects normalize after weight gain*. Biological Psychiatry, Nr. 23, S. 102-105
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (2000). *Predictive validity of bulimia nervosa as a diagnostic category*. American Journal of Psychiatry, 157(1), 136-138.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (2000). *Social adjustment over 10 years following diagnosis with bulimia nervosa*. International Journal of Eating Disorders, 27(1), 21-28.

- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). *Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors*. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.
- Klassen, O. (2004). *Das Spannungsfeld Jugendalter-Die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der Familie*.
- Kiphard, E. (1995): *Psychomotorik und Familie – Psychomotorische Förderpraxis im Umfeld von Therapie und Pädagogik*. Dortmund: Modernes Lernen
- Klein, R. G. (2009): *Anxiety disorders*. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50, S. 153-162
- Kirsch, F. (2017): *In der Wahl seiner Eltern kann man nicht vorsichtig genug sein*. AVM München
- Klöck, I.; Schorer, C. (2010): *Übungssammlung Frühförderung*. München Basel: Reinhardt
- Klöck, I.; Schorer, C. (2016): *Übungssammlung Frühförderung; Kinder von 0–6 heilpädagogisch fördern*, mit ausführlichen Übungsverzeichnis; 4. akt. Auflage
- Kobi, E. E. (1993): *Grundfragen der Heilpädagogik*. 5. bearbeitete & ergänzte Aufl. Bern: Paul Haupt
- Koglin, U.; Petermann, F. (2006): *Verhaltenstraining im Kindergarten*. Göttingen: Hogrefe
- Koglin, U., & Petermann, F. *Sucht-und Gewaltprävention im Kindergarten*. Textor, MR (Hg.): *Kindergartenpädagogik-Online-Handbuch-URL*
- Köhn, W. (2008): *Heilpädagogische Erziehungshilfe und Entwicklungs-förderung*. 4. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag W. GmbH
- Kolb, D. A. (1984): *Experiential learning*. Englewood Cliffs. N.J. Prentice-Hall
- König, C. (1996): *Video Home Training – Eine effektive Form der Elternarbeit im Rahmen der Frühförderung*. In: Karl-Heinz Menzen und Detlev Wolf: *Heilpädagogik - Gesundheitswesen – Rehabilitation*. Münster: LIT Verlag

Klessmann, E.; Klessmann, H.-A. (1990): *Heiliges Fasten – heillooses Fressen. Die Angst der Magersüchtigen vor dem Mittelmaß*. Bern, Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber

Kluge, A. (2016): *Psychologisch-wissenschaftliche Hintergründe: Lernen aus Erfahrungen*. In: Handbuch Simulation von A. Hackstein, V. Hagemann, F. von Kaufmann & H. Regener (Hrsg.), S. 111-117, Edewecht, Stumpf & Kossendey

Kluge, A. (2014): *Training design for instance-based learning – The „Staged Process Control Readiness Training“ (SPCRT)*. In: Kluge, A. (Hrsg.) *The acquisition of knowledge and skills for taskwork and team work to control complex technical systems. A cognitive and macro-ergonomic perspective*. Dordrecht: Springer

Kluge, A. (2014): *The acquisition of knowledge and skills for taskwork and team work to control complex technical systems. A cognitive and macro-ergonomics perspective*. Dordrecht: Springer

Kluge, K.-J.; Müller, R. (2014): *Family Talk: Familie ohne Hauen und Stechen*. Diagnosesysteme DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 2000)

Kluge, N. (2011): *Training für Familien mit sozial unsicheren Kindern*. Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln

Kluge, N. u. a. (1999): *Studien zur Sexualpädagogik – Körper und Schönheit als soziale Leitbilder*, Band 13. Frankfurt am Main: Peter Lang – Europäischer Verlag der Wissenschaft

Köster, G. (2011): *Indizierte Prävention von Essstörungen: Entwicklung und Evaluation eines Gruppenprogramms*. Inaugural-Dissertation der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen der Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Breisgau

Krapp, A.; Ryan, R.A. (2002): *Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. Eine kritische Betrachtung der Theorie von Bandura aus Sicht der Selbstbestimmungstheorie und der pädagogisch-psychologischen Interessentheorie*. In: A. Jerusalem & D. Hopf (Hrsg.) *Zeitschrift für Pädagogik. Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* 44, Beiheft, S. 54-84

Krauth, C.; Buser, K.; Vogel, H. (2002): *How high are the costs of eating disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa – for German society*. The European Journal of Health Economics, S. 244-250

Köhn (2008): *Die Förderung motorischer Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen durch therapeutisches Reiten und Voltigieren*. Grin Verlag

Krohne, H. W. (1996): *Angst und Angstbewältigung*. Stuttgart: Kohlhammer

Künzel-Böhmer, J.; Bühringer, G.; Janik-Konecny, T. (1993): *Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauch*, Bd. 20, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft

Kutsche, J. (2011): *Magersucht: "Das verwächst sich schon wieder!"* Die Zeit, 20.Dezember 2011

Kutsche, J. (20.12.2011): *Eltern bagatellisieren die Essstörungen ihrer Kinder häufig. Sie sind stolz auf ihre schlanken und disziplinierten Töchter und erkennen die Krankheit zu spät*. Die Zeit

Laessle, R. G. (Hrsg.; 1994): *Essstörungen*. In: H. Reinecker, Lehrbuch der Klinischen Psychologie, S. 363-390. Göttingen: Hogrefe

Laessle, R. G. (Hrsg.; 1996): *Essstörungen*. In: J. Margraf, Lehrbuch der Verhaltenstherapie, S. 191-214. Berlin: Springer

Laessle, R. G.; Pirke, K. M. (Hrsg.; 1997): *Essstörungen*. In: K. Hahlweg und A. Ehlers, Psychische Störungen und ihre Behandlung. Göttingen: Hogrefe

Laible, D.J.; Thompson, R.A. (2002): *Mother-child-conflict in the toddler years*. In: Child Development 73 (4), S. 1187-1203

Lee, K.; Klein L. (2000): *Kollektives Gedächtnis und Erinnerungskulturen: Eine Einführung*

Leiberich, P., Nedoschill, J., Nickel, M., Loew, T., & Tritt, K. (2004). *Selbsthilfe und Beratung im Internet*. Medizinische Klinik, 99(5), 263-268.

Leibold, G. (1986): *Wenn das Essverhalten gestört ist*. S. 13-19, S. 28, S. 73-74, S. 80-88, S. 90-91. Wiesbaden: Englisch Verlag

- Leist, A. (2003): *Video Home Training: Zum Anspruch eines ressourcenorientierten Hilfskonzeptes für verhaltensauffällige Jugendlicherer und ihre Familie*, Dissertation. München: Universitätsschriften
- Leonhäuser, I.-U.; Meier-Gräwe, U.; Möser, A.; Zander, U.; Köhler, J. (2009): *Essalltag in Familien: Ernährungsversorgung zwischen privatem und öffentlichem Raum*. Springer Verlag
- Lewin, K. (1926). *Vorsatz, Wille und Bedürfnis*. *Psychologische Forschung*, 7(1), 330-385.
- Lenz, K.; Nestmann, F. (2009): *Handbuch Persönliche Beziehungen*. München: Juventa
- Lenz, K. (2009). *Haben Familien und Familiensoziologie noch eine Zukunft. Zukunft der Familie. Prognosen und Szenarien*. *Zeitschrift für Familienforschung. Sonderheft*, 73-90.
- Liegle, L. (2004). *Die Bedeutung der Familienerziehung*. Online-Familienhandbuch.
- Liepmann, D.; Stiksrud, A. (1985): *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz: Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven*. Göttingen/Toronto u.a.: Hogrefe Verlag für Psychologie
- Lienert, S.; Sägesser, J.; Spiess, H. (2013): *Bewegt und selbstsicher. Psychomotorik und Bewegungsförderung in der Eingangsstufe*. Grundlagen und Unterrichtspraxis (2. Aufl.). Bern: Schulverlag plus AG
- Linden, D. J. (2012). *High: woher die guten Gefühle kommen*. CH Beck.
- Lohaus, A., Domsch, H., & Fridrici, M. (2007). *Stressbewältigung für Kinder und Jugendliche*. Springer-Verlag
- Lohninger, H. (2011): *Grundlagen der Statistik*. Ebook
- Looser, D. (2011). *Soziale Beziehungen und Leistungsmotivation: die Bedeutung von Bezugspersonen für die längerfristige Aufrechterhaltung der Lern- und Leistungsmotivation*. Budrich UniPress.
- Lübben, K.; Pfingsten, U. (1999): *Soziales Kompetenztraining als Intervention für sozial unsichere Kinder*. In: J. Margraf & K. Rudolf (Hrsg.), 2.Aufl. Baltmannsweiler: Schneider

- Luca, R. (1998): *Medien und weibliche Identitätsbildung – Körper, Sexualität und Begehren in Selbst- und Fremdbildern junger Frauen*. Frankfurt a.M.: Campus
- Margraf, J.; Schneider, S. (2009): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Bd.1*, 3. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Mähler, C. (2007): *Kindergarten- und Vorschulalter*. In: A. Hasselhorn/W. Schneider (Hrsg.): *Handbuch der Entwicklungspsychologie*, S. 164-174. Göttingen: Hogrefe
- M.Coy, K. (1982); Wibbelsman, C.: *Mein Körper und ich – Teenager*. Deutsche Erstveröffentlichung. München: Wilhelm Heyne
- McGoldrick, M. (2013): *Wieder heimkommen. Auf Spurensuche in Familiengeschichten*. Auer Verlag
- Meermann, R., & Borgart, E. J. (2015). *Anorexie und Bulimie*. In *Verhaltenstherapiemanual* (pp. 475-480). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Meermann, R.; Vandereycken, W. (1987): *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*. Berlin: de Gruyter
- Melody B. (2009) *Die Sucht, gebraucht zu werden*, Heyne Verlag
- Merta, S. (2003): *Wege und Irrwege zum modernen Schlankheitskult – Diätkost und Körperkultur als Suche nach neuen Lebensstilformen 1880-1930*. Wiesbaden: Franz Steiner
- Mester, H. (2013). *Die anorexia nervosa* (Vol. 26). Springer-Verlag.
- Milhoffer, P (2000): *Wie sie sich fühlen, was sie sich wünschen – Eine empirische Studie über Mädchen und Jungen auf dem Weg in die Pubertät, Geschlechterforschung*. Weinheim/ München: Beltz Juventa
- Miller, G. F. (2001): *Die sexuelle Evolution – Partnerwahl und die Entstehung des Geistes*. Heidelberg/Berlin: Spektrum Akademischer Verlag
- Minker, M. (1996): *Selbstwert statt Marktwert – Sich schön fühlen und selbstbewusster werden*. München: Gräfe und Unzer
- Moor, P. (1974): *Heilpädagogische Psychologie*. Bern: Hans Huber Verlag

- Moor, P. (1965): *Heilpädagogik: Ein pädagogisches Lehrbuch*. Bern/Stuttgart: Hans Huber Verlag
- Moreno, J. L. (2001): *Psychodrama und Soziometrie. Essentielle Schriften*, 2. Aufl. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie
- Mühleck, J., Richter, F., Bell, L., Wick, K., Strauß, B., & Berger, U. (2018). *Regionale Inanspruchnahme des Versorgungssystems und Behandlungsprävalenz bei Essstörungen*. *Psychotherapeut*, 63(4), 315-321.
- Müller, B., Wewetzer, C., Jans, T., Holtkamp, K., Herpertz, S. C., Warnke, A., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2001). *Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Komorbidität im Verlauf der Zwangsstörung und der Anorexia nervosa*. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 69(08), 379-387.
- Nimis, B. (2015). *Die Integration von Eltern in den stationären Therapieprozess essgestörter Patienten/-innen–Evaluation von „Eltern-Kind-Therapiewochen“ in einer Klinik für Essstörungen*.
- Nossrat Peseschkian, S. (05.1986): *Positive Familientherapie. Eine Behandlungsmethode der Zukunft*, broschiert. Fischer Verlag
- Nuber, U. (1992): *Mädchen – Immer noch zu viel Anpassung*. In: *Psychologie heute* 04/1992, S. 66-71
- Orbach, S. (1998): *Magersucht – Ursachen und neue Wege der Heilung*. Lübbe, Berg.-Gladb. Econ & List
- Orbach, S. (1990): *Hungerstreik – Ursachen der Magersucht; neue Wege zur Heilung*. Düsseldorf: ECON
- Petermann, F.; Walter, H.-J. (1998): *Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach beeinträchtigten Kindern*. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38, S. 118-125
- Petermann, F. (2000): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): *Emotionale Kompetenz bei Kindern*, 2. unveränderte Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Petermann, F. (Hrsg.). (2008): *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie*, 6. vollständig veränderte Aufl. Göttingen: Hogrefe

Petermann, F.; Schulte, I. E. (2009): *Funktioneller Bauchschmerz im Kindesalter*. In: *Der Schmerz* 23, S. 79-84

Petermann, U.; Petermann, F. (2010): *Training mit sozial unsicheren Kindern*, 10. Aufl. Weinheim: Beltz

Petermann, U.; Suhr-Dachs, L. (2008): *Soziale Phobie*. In: F. Petermann (Hrsg.) *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* 6, vollständig überarbeitete Aufl. Göttingen: Hogrefe

Petermann, U. (2006): *Die Kaptain Nemo Geschichten*. Freiburg: Herder

Petermann, U.; Petermann, F. (2006a): *Lernpsychologische Grundlagen Kinderverhaltenstherapeutische Methoden*. In: F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie*, 3. völlig veränderte Aufl. Baltmannsweiler: Schneider

Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003). *Emotionale Kompetenz bei Kindern*, 2. unveränderte Aufl. Göttingen: Hogrefe

Petermann, F.; Jugert, G. Tänzer, U.; Verbeek, D. (1997). *Sozialtraining in der Schule*. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Petermann, U. (1992): *Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen*, 2. korrigierte Auflage. Frankfurt: Lang

Peuckert, R. (2004): *Familienformen im sozialen Wandel der Rolle der Frau in der Familie und Beruf*, 5. überarbeitete Aufl. Wiesbaden: Springer

Pfeffer, S. (2005): *Meine Gefühle – deine Gefühle. Emotionale Kompetenz: Die eigenen Gefühle und die der anderen wahrnehmen und konstruktiv mit ihnen umgehen*. In: *Klein & Groß*, Heft 10, S. 9-14

Pfingsten, U. (2009): *Soziale Kompetenzen*. In: A. Lohaus & H. Domsch (Hrsg.): *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Pfingsten, U. (2009): *Training sozialer Kompetenz*. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1. Berlin: Springer

Pfannenschwarz, C.: *Schön und gut, aber: Was heißt eigentlich „schön“?* In: *Psychologie heute Spezial* 04/1992, S. 36-43

Philipps, I.-M. (2000): *Dokumentation der Fachtagung zur Sexualpädagogischen Mädchenarbeit – „meine Sache“ – Mädchen gehen ihren Weg*, Zusammenfassung und Diskussion. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): S. 78-81

Piel, E. (2001): *Wie viel Körper braucht der Mensch? Standpunkt zur Debatte für den Deutschen Studienpreis*, eine Allensbach-Umfrage für den Deutschen Studienpreis. In: Gero von Randow (Hrsg.): Hamburg

Plähn, J. (2013). *Spezifische Ängste von Anorexia nervosa-Patientinnen (Doctoral dissertation, Universität Ulm)*.

Plank, C. (2017). *Somatische Befunde und kognitive Leistungen von " Heavy Usern" mit anorektischen und bulimischen Essstörungen*.

Ploog, D.; Pirke, K. M. (1987): *Psychobiology of anorexia nervosa*. Psychological Medicine, 17, S. 843-859

Plück, J.; Döpfner, A.; Lehmkuhl, G. (2000): *Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Ergebnisse der PAK-KID-Studie. In: Kindheit und Entwicklung 9(3), S.133-142

Pommeranz, J. (2009). " *Struwwelpeter-Arabesken*": Gedanken zum Urmanuskript.

Posch, W. (2009). *Projekt Körper: wie der Kult um die Schönheit unser Leben prägt*. Campus Verlag.

Preiser, S. (1979): *Personenwahrnehmung und Beurteilung*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Psychologie heute (o. A.): *Verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers*. 05/1999, S. 14

Pudel, V (Hrsg.; 2000): *Essverhalten und Ernährungszustand von Kindern und Jugendlichen – Eine Repräsentativerhebung in Deutschland*. In: Ernährungsbericht Deutsche Gesellschaft für Ernährung, S. 115-146. Frankfurt

Pudel, V.; Westenhöfer J. (1998): *Ernährungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe

Pudel, V.; Westenhöfer, J. (1989): *Fragebogen zum Essverhalten (FEV)*. Göttingen: Hogrefe

- Pudel, V. (1978): *Zur Psychogenese und Therapie der Adipositas*. Berlin: Springer
- Pudel, V.; Borchardt, A.; Ellrott, T.; Kreuter, P.; Maaß, A.; Mensing, B.; Spirik, J. (2000): *Essverhalten und Ernährungszustand von Kindern und Jugendlichen – Eine Repräsentativerhebung in Deutschland*. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.), S. 115-146, Ernährungsbericht 2000. Frankfurt: Druckerei Henrich
- Rabung, S., & Leichsenring, F. (2016). *Evidenz für psychodynamische Langzeittherapie*. *Psychotherapeut*, 61(6), 441-446.
- Rau, E. (2004). *Kunsttherapie im Umgang mit Essstörungen- Psychotherapeutische und sozialpädagogische Aspekte*.
- Rauschenbach, T. (2003). *Das Bildungsdilemma. (Un-) beabsichtigte Nebenwirkungen öffentlicher Bildungsinstanzen*. DJI.
- Ravens-Sieberger, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, A. (2007): *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, S. 871-878
- Redler, E. (1994): *Der Körper als Medium zur Welt – Eine Annäherung von außen: Schönheit und Gesundheit*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Redler, E. (01.03.2001): Skript zum Vortrag: *Ja sagen. Schönheit, Gesundheit und Lebenskunst* im Seminar „Schönheit ist Macht: in Beruf, Politik und Medien“ an der Georg-von-Vollmar-Akademie, Kochel
- Reich, G. (2003a): *Familienbeziehungen von Patientinnen mit Bulimia nervosa*. Asanger, Heidelberg: Kröning
- Reich, G. (2003b) *Familientherapie der Essstörungen*. Göttingen: Hofrefe
- Reich, G. (2001): *Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie*.
- Reich, G.; Cierpka, M. (Hrsg.): *Psychotherapie der Essstörungen*. Stuttgart, Thieme, 3. völlig neu bearbeitete Auflage, S. 72-92
- Reich, G. (1999a): *Familieninteraktionsforschung – Neuere Entwicklungen*. In: Kontext 30/2, S. 150-162. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

- Reich, G. (1999b): *Familienbeziehungen von Patientinnen mit Bulimia nervosa. Eine Vergleichs-Studie zu Patientinnen mit Anorexia nervosa und einer nicht-essgestörten Kontrollgruppe*, Habilitationsschrift. Göttingen
- Reimer, C. (1987): *Die suizidale Krise*. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt Nr. 11, S. 704-712
- Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., & Wilke, E. (2007). *Psychotherapie: Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer-Verlag.
- Richter, M. (2008). *Familien und Bildung. In Von der Delegation zur Kooperation* (pp. 33-46). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Riffert, F. (2000): *Sozialtraining in der Schule*. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 21, S. 51-64
- Rodin, J.: *Die Körper-Falle*. In: *Psychologie heute* 07/1993, S. 20-25
- Rogers, Carl R. (1979): *Psychologie im Gespräch*. Berlin: Springer
- Röhl, Klaus R. (1983): *Die verteuflte Lust – Die Geschichte der Prüderie und die Unterdrückung der Frau*. Hamburg: Hoffmann und Campe
- Rohrmann, B. (1978): *Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung*. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 9, S. 222-245
- Rolfe, M. (2019). *Organisationale Resilienz–mehr als ein Wettbewerbsfaktor*. In *Positive Psychologie und organisationale Resilienz* (pp. 1-14). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Rose, L.: *Das Kampffeld ist der Körper*. In: *Psychologie heute* 11/1992, S. 66-70
- Rose, M., Battjes, R., & Leukefeld, C. G. (1986). *Family life skills training for drug abuse prevention*.
- Rosenberg, M. B. (2016). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens*. Junfermann Verlag GmbH.
- Roth, G. (2007). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten: Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern*, Klett.

- Roth, M. (2017). *Anorexia nervosa. Hintergründe und Relevanz der prä-morbiden Persönlichkeit bei der Entstehung.*
- Roth, Gerhard (2014): *Wie das Gehirn die Seele macht*, S. 273. Stuttgart: Klett-Cotta
- Roth, M. (1998). *Das Körperbild im Jugendalter: diagnostische, klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven.* Aachen: Mainz Wissenschaftsverl., 1998.
- Roth, M. (2002). *Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl.*
- Rotthaus, Wilhelm; Trapmann, Hilde (2013): *Auffälliges Verhalten im Jugendalter.* Handbuch für Eltern und Erzieher
- Roux, S. (2010). *Zur Bedeutung sozial-emotionaler Entwicklung im frühen Kindesalter.* M. Textor(2008). *Kindergartenpädagogik– Online-Handbuch.*
- Russ, Sandra W.; Ollendick, Thomas H. (1999): *Handbook of Psychotherapies with Children and Families.* New York
- Saarni, C. (2002). *Die Entwicklung von emotionaler Kompetenz in Beziehungen.* Grundlagen in Kindheit und Jugend, Stuttgart: Kohlhammer
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Bierbaum, T., Schneider, N., Thurn, C., Stiglmayr, C., ... & Lehmkuhl, U. (2009). *Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) und Kognitiv Behaviorale Therapie (CBT) für Jugendliche mit Anorexia und Bulimia Nervosa im Vergleich: Eine randomisierte Studie mit Wartekontrollgruppe.* Kindheit und Entwicklung, 18(3), 180-190.
- Saile, H.; Boger, S. (2009). *Geschlecht und Interaktionskontext als Bedingung sozialer Unsicherheit bei Kindern.* In: Kindheit und Entwicklung 18, S. 6-12
- Sartory, G. (2004): *Biologische Grundlagen der Angststörungen.* In: S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen.* Berlin: Springer
- Schaub, A., Meisenzahl, E., Born, C., & Schüle, C. (2015). *Therapie schwerer Anorexia nervosa: Ein psychiatrisches Behandlungskonzept mit somatischem Schwerpunkt.* Kohlhammer Verlag.
- Schmid Noerr; Gunzelin (1978): *Noch eine neue Methode: „Positive Psychotherapie“ - Geschäft mit dem psychischen Elend.* ZEIT Nr. 03/1978;

Schmidt-Denter, U. 2005: *Soziale Beziehungen im Lebenslauf*, 4. Aufl. Weinheim: Beltz

Schmidt, M. H. (2008): *Interaktionsstörungen*. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie*, 6. vollständig überarbeitete Aufl. Göttingen: Hogrefe

Schmidt, M., Schneewind, K. (Hrsg): *Praxis der Paar- und Familientherapie*. Göttingen: Hogrefe

Schmidt, U., Marks, I. M. (1989). *Exposure plus prevention of bingeing vs. exposure plus prevention of vomiting in bulimia nervosa: A crossover study*. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Schmidtchen, S. (1999): *Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie*, 4.Aufl. Weinheim: Beltz PVU

Schmidt U , Treasure J . *Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitiveinterpersonal maintenance model and its implications for research and practice* . *Brit J Clin Psychol* 2006 ; 45 : 343 – 366

Schneewind, K. (1999): *Familienpsychologie*, 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

Schneider, N., Frieler, K., Ehrlich, S., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Salbach-Andrae, H. (2008). *Persönlichkeitsstile und dimensionale Diagnostik bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(4), 236-244.

Schneider, S.; Blatter, J. (2005): *Angststörungen im Kindes- und Jugendalter*. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.) *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe

Schneider, S.: *Schönheit: Letztes Mittel gegen die Emanzipation?* In: *Psychologie heute Spezial* 04/1992, S. 52–57

Schneider, S.; Margraf, J. (2009): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 3. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Schneider, S. (2004a): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer

Scholz, R.: *Änderungsschneiderei*. In: *Psychologie heute Spezial* 04/1992, S. 22-28

- Schüler (2002): *Körper*. Friedrich Verlag, Pädagogische Zeitschrift in Zusammenarbeit mit Klett
- Schmidt-Denter, U. (2005). *Soziale Beziehungen im Lebenslauf*. Lehrbuch der sozialen Entwicklung, 4.
- Schmitt, G. M. (1980). Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht.
- Schulte M. J.; Böhme-Bloem, C. (1990): *Bulimie – Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht*. Stuttgart: Thieme
- Schulte-Markwort, M.; Zahn, S. (2011): *Magersucht – Effektive Hilfe für Betroffene und Angehörige*, 1. Auflage. Düsseldorf: Patmos
- Schweiger, U.; Fichter, M. (1997): *Eating disorders: clinical presentation, classification and aetiological models*. *Baillière's Clinical Psychiatry*, Nr. 3, S. 199-216
- Schweiger, U.; Fichter, M. (1999): *Essstörung*. Ref Type: Personal Communication
- Schweiger, U., Warnhoff, M., Pahl, J., & Pirke, K. M. (1986). *Effects of carbohydrate and protein meals on plasma large neutral amino acids, glucose, and insulin plasma levels of anorectic patients*. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 35(10), 938-943.
- Sharp, C. W., & Freeman, C. P. L. (1993). *The medical complications of anorexia nervosa*. *The British Journal of Psychiatry*, 162(4), 452-462.
- Seligman, A. E. P. (2009): *Das pathologische Krankheitsmodell hat uns bei ganz normalen Leuten nicht weitergeholfen*. In: Ein Interview über positive Gesundheit. *Verhaltenstherapie* 2009; 19:000 – 000
- Seligman, A. E. P. (2004): *Erlernte Hilflosigkeit*, 5. erweiterte Aufl. Weinheim: Beltz
- Seligman, M. (2012). *Flourish-Wie Menschen aufblühen: die positive Psychologie des gelingenden Lebens*. Kösel-Verlag.

- Selvini Palazzoli, M. (1995/2003): *Magersucht. Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie*. Institut für Medizinische Psychologie, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Stuttgart: Klett-Cotta
- Selvini Palazzoli, M. (1986): *Magersucht: Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie*, S.18, 33 - 36. Stuttgart: Ernst Klett
- Seyfahrt, K. (2003): *Der Traum von der jungen Figur*. S. 20. München: Kösel
- Sielert, Uwe; Keil, Siegfried u.a. (1993): *Sexualpädagogische Materialien für die Jugendarbeit in Freizeit und Schule*. Weinheim/Basel: Beltz
- Simchen, H. (2016). *Essstörungen und Persönlichkeit: Magersucht, Bulimie und Übergewicht-Warum Essen und Hungern zur Sucht werden*. Kohlhammer Verlag.
- Simmance, D. P. C. M. *Psychophysiologischer Wirksamkeitsnachweis eines multimodalen Therapiekonzepts bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa*.
- Simmich, T., Reimer, C., Alberti, L., Bronisch, T., Erbe, C., Milch, W., & Pläß, A. (1999). *Empfehlungen zur Behandlungspraxis bei psychotherapeutischen Kriseninterventionen*. *Psychotherapeut*, 44(6), 394-398.
- Sipos, V. (2001). *Effekte von Supervision auf Therapieprozess und Therapieergebnis bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa: Ein Beitrag zur Supervisionsforschung*. Universität Bamberg
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). *Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates*. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.
- Sohns, A. (2000): *Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland*. Weinheim/Basel: Beltz
- Sophiettie, M. (2009): *Die Sucht, gebraucht zu werden*. München: Heyne
- Springer-Kremser, M. (1992). „Was hat man dir, du armes Kind, getan?“ *Zur Vielfalt der Mütter-Töchter-Beziehungen*. In *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe 1991/92* (pp. 147-155). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Stadler, Pia (2007): *Magersucht – Falsche Modelle*. München: Masterarbeit GRIN Verlag, München:

- Stangier, U. (2005): *Soziale Phobie*. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Steinhausen, H.-C.; Glanville, K. (1984): *Der langfristige Verlauf der Anorexia nervosa*, *Der Nervenarzt* Nr. 55 (5), S. 236-248
- Steinhausen, H.-C. (1993): *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. In: *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* 3, S. 222
- Steinhausen H.-C. (2000): *Hyperkinetische Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (Hrsg.)
- Steinhausen H.-C.; *Am J Psychiatrie* (08.2002): *Das Ergebnis der Anorexia nervosa im 20. Jahrhundert*, Nr. 159 (8), S. 1284–1293
- Stern, E.; Hardy, I. (2004): *Differentielle Psychologie des Lernens in Schule und Ausbildung*. In: K. Pawlik (Hrsg.): *Enzyklopädie der Psychologie*, Themenbereich C, Serie VII, Bd. 6: *Theorien und Anwendungen der Differentiellen Psychologie*, S. 573-618. Göttingen
- Stock, W. (Filmwochenende 11.1997): *Mythos Schönheit in Film – Literatur – Musik – Werbung – Körperkult unter dem Diktat der Medien*. In: Marktbreit (bei Würzburg)
- Storch, M. (1994). *Das Eltern-Kind Verhältnis im Jugendalter – Eine empirische Längsschnittstudie*. Weinheim: Juventa
- Stringer, E. (2008): *Action research in education*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education Inc.
- Stringer, E.; Christensen, L. M.; Baldwin, S. C. (2009): *Integrating teaching, learning, and action research: Enhancing instruction in K–12 classrooms*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Strober, M.; Humphrey, L. L. (1987): *Familial contributions to the etiology and course of Anorexia nervosa and bulimia*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Nr. 55, S. 654-659
- Stück, A. (1998): *Entspannungstraining mit Yogaelementen in der Schule. Wie man Belastungen abbauen kann*. Donauwörth: Auer
- Stüvel, H. (2009). *Die heimliche Macht des Unbewussten*. DIE WELT.

Suhr-Dachs, L.; Döpfner, A. (2005): *Leistungssängste – Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ)*, Bd.1. Göttingen: Hogrefe

Sullivan H. (1970): *The Psychiatric Interview*. New York: Norton Library

Sullivan, H. S. (1953): *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton

Swanson, S. A., et al. (2011): *Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national co-morbidity survey replication adolescent supplement*. Arch Gen Psychiatry Nr. 68(7), S. 714-723

Steins, G. (2007). *Sozialpsychologie des Körpers: wie wir unseren Körper erleben*. W. Kohlhammer Verlag.

Stüvel, H. (20.03.2009): *Wissenschaft Psychologie: Die heimliche Macht des Unbewussten*; letzter Zugriff am 24.01.2018

Tausch, R.; Tausch, A. M. (1979): *Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben*, 7., völlig neu gest. Aufl. Göttingen: Hogrefe

Tausch, R., & Tausch, A. M. (1981). *Gesprächspsychotherapie: einfühlsame hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche* ; In Psychotherapie und alltäglichem Leben. Verlag für Psychologie, Hogrefe.

Tausch, R., & Tausch, A. M. (1998). *Erziehungspsychologie: Begegnung von Person zu Person*. Hogrefe Verlag.

Theunissen, G. (1992): *Heilpädagogik und soziale Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen*. Freiburg: Lambertus

Thiel, A.; Paul, T. (1988): *Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI)*. Zeitschrift für differentielle und diagnostische Psychologie 9, S. 267-278

Thomas, R.J. (2008): *Crucibles of Leadership – Erfahrungslernen als effektives Instrument in der Führungskräfteentwicklung*. Boston: Harvard Business School Publishing Corporation

Trapmann, H.; Rotthaus, W. (2004): *Auffälliges Verhalten im Kindesalter*, 11. Aufl. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

- Trommsdorf, G.; Friedlmeier, W. (1999): *Emotionale Entwicklung im Kulturvergleich*. In: W. Friedlmeier & A. Holodynski (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung: Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen*, S. 275-293. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Tuschen-Caffier B., Flori I. (2002 /2012): *Teufelskreis Bulimie: Ein Manual zur psychologischen Therapie*; Kap. 3, S. 20. Göttingen: Hogrefe
- Tulving, E. (2002): *Episodic memory: From mind to brain*. Psychol Nr. 53, 1-25
- Valette, B. (1990): *Suppenkasper und Nimmersatt – Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch
- Vanderlinden J.; Norré J.; Vanderdeycken W.; Meermann R. (1992): *Therapie der Bulimia nervosa – Behandlungskonzepte mit Fallbeispielen*. Stuttgart, New York: Schattauer
- Verbeek, D.; Petermann, F. (2015): *Essstörungen bei Jugendlichen vorbeugen – Auffälliges Essverhalten erkennen und behandeln*. Göttingen: Hogrefe
- Voderholzer, U., Fumi, M., Werz, J., Körner, T., & Cuntz, U. (2018). *Dreijahresverlauf nach erfolgreicher Therapie schwerstgradiger Anorexia nervosa*. *Der Nervenarzt*, 89(9), 1063-1068.
- Vogel, H. (2002). *How high are the costs of eating disorders- Anorexia nervosa and bulimia nervosa – for German society*. *Eur J Health Econom*, 3, 244-250.
- Von Marees, N.; Petermann, F. (2009): *Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Grundschulalter*. In: *Kindheit und Entwicklung* 18, S. 244-253
- von Salisch, A. (2000): *Wenn Kinder sich ärgern: Emotionsregulierung in der Entwicklung*. Göttingen: Hogrefe
- Von Thun, F. S. (2013). *Miteinander reden 3: Das " Innere Team" und situationsgerechte Kommunikation: Kommunikation, Person, Situation (Vol. 3)*. Rowohlt Verlag GmbH.
- Voss, A. (19.-21.06.2000): *Schön (eigen)artig sein! Mädchen und junge Frauen zwischen Körperlust und Körperfrust im organisierten Sport! Praktische Ansätze mädchenorientierter Vereins- und Verbandsjugendarbeit der Sportjugend NW*. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Dokumentation der*

Fachtagung zur Sexualpädagogischen Mädchenarbeit „Meine Sache“ – Mädchen gehen ihren Weg, S. 73-77

Wade, T. D., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). *A case series evaluation of the Maudsley Model for treatment of adults with anorexia nervosa*. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 382-389.

Walash, T.; M., Kathleen; B.; Pike; Roberto, Christina (2008): *Charter 4 annorxia nervosa*. In: Jane E. Fisher, Dept. Psychology Nr. 298. Universität of Nevada, USA, Reno 89557-0062. Springer

Wang, Q. (2001): *“Did you have fun?” American and Chinese mother-child conversations about shared emotional experiences*. In: *Motivation and Emotion* Nr. 16, S. 693-715

Wardetzki, B. (1992): *Spieglein, Spieglein an der Wand ... oder: Wer wird Opfer des Schönheitskultes?* In: *Psychologie heute Spezial* 04/1992, S. 44-47

Wardetzki, B. *Weiblicher Narzissmus. Der Hunger nach Anerkennung*. Kösel, München 1991, 2006

Wardetzki, B.: *Iss doch endlich mal normal. Hilfen für Angehörige von essgestörten Mädchen und Frauen*. Kösel, München 1996

Weber, G. und Stierlin, H. (1989): *In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtsfamilie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Webster-Stratton, C. & Lindsay, D. W. (1999): *Social competence and conduct problems in young children: Issues in assessment*. *Journal of Clinical Child Psychology*, Nr. 28, S. 25-43

Webster-Stratton, C. (1998): *Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parent competencies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Nr. 66, S. 715-730

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J., & Hammond, M. (2001): *Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits?* *Journal of Child; Psychology and Psychiatry*, Nr. 42(7), S. 943-952

- Wellhöfer, P. R. (1988): *Grundstudium Sozialpsychologie – Für Sozialberufe, Psychologen und Soziologen* 2. völlig überarbeitete Aufl. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag
- Weisbach, Christian-Rainer (1989): *Macht und Ohnmacht des Helfers*, Suidzidprophylaxe Nr. 16, S. 117-129
- Wendt, C.: (2011): *Ich kann nicht anders, Mama: Eine Mutter kämpft um ihre magersüchtigen Töchter*. München: Knauer
- Wenig, M. (2003): *YogaKids*. New York, NY: Stewart, Tabori & Chang
- Wertfein, A. (2006): *Emotional Entwicklung in der Vor- und Grundschule im Spiegel der Eltern-Jugendlicher-Interaktion*; LMU München
- Wertfein, A. (2007): Familienhandbuch *Emotional Entwicklung von Anfang an – wie lernen Kinder den kompetenten Umgang mit Gefühlen?* Staatsinstitut für Frühpädagogik, München
- Wertfein, M. (2007): *Emotionale Entwicklung und elterliche Förderung: Im Vor- und Grundschulalter* Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller
- Westermeyer, H.; Nell, V. (2005): *Verhaltensbeobachtung*. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- WHO (2006): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Kapitel V(F): Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 4. überarbeitete Aufl. Bern: Huber
- WHO (2008): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. *Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 6. vollständig überarbeitete Aufl. Bern: Huber
- Wietersheim, J. (2012) „*Diagnostik und Behandlung von Essstörungen*“, Leitlinie Essstörungen, Universität ULM
- Wilms, B. (2009). *Burnout zu Hause*. PID, 10, 236-239.
- Wilser, A.; Preiß, D. (19.-21.06.2000): *Schönheitsideale zwischen Standards und Individualitätsansprüchen*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Dokumentation der Fachtagung zur Sexualpädagogischen Mädchenarbeit „Meine Sache“ – Mädchen gehen ihren Weg*, S. 67-72

Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2002): *Die bildungspolitische Bedeutung der Familie – Folgerungen aus der PISA-Studie*. Stuttgart etc.:

In: Kohlhammer Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen (2004): *Stärkung familialer Beziehungs- und Erziehungskompetenzen*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Wolf, N. (1991): *Der Mythos Schönheit*, 1. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rororo

Wolfrum, C.; Papenfuss, H. (1993): *Wenn die Seele nicht satt wird – Wege aus Magersucht und Bulimie*, 1. Aufl. Düsseldorf: Patmos

Wünsche A.; Reinecker, H. (2006): *Selbstmanagement in der Erziehung*. Göttingen: Hogrefe

Wyssen, A. (2015). *State of the art and new perspectives in the diagnosis, prevention and treatment of eating disorders* (Doctoral dissertation, Université de Fribourg).

Zauner, J. (1986): *Psychosomatische Aspekte der Adoleszenz*. In: Zauner, Johann; Biermann, Gerd (Hrsg.): *Klinische Psychosomatik von Kindern und Jugendlichen – Beiträge zur Psychologie und Soziologie des kranken Menschen* 5, S. 10-22. München/Basel: Ernst Reinhardt

Zeeck, A.; T. Herzog (2000): *Behandlungsabbrüche bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa*. In: „Der Nervenarzt“ 71.7, S. 565–572; *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (Juli 2005), Bd. 51, Ausgabe 2, S. 179-193

Zimmermann, P. (1999): *Emotionsregulation im Jugendalter*. In: W. Friedlmeier & A. Holodynski (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung, Funktion, Regulation und soziokultureller Kontext von Emotionen*, S. 219–240. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag

Zimmermann, P. (2000): *Bindung, internale Arbeitsmodelle und Emotionsregulation: Die Rolle von Bindungserfahrungen im Risiko-Schutz-Modell*. In: *Frühförderung interdisziplinär* 19, S. 119-129

Zipfel, S., Löwe, B., & Herzog, W. (2015). *Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa*. In *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 57-61). Springer, Berlin, Heidelberg.

Zöbinger, M. (2003): *Das Konzept der neuen Körper – Macht und Zwang des Schönheitskults*.

Zeeck, A. (2018). *Anorexia nervosa: Diagnostik und Behandlung*. PSYCH up2date, 12(01), 59-73.

Zwaan, M. de, Karwautz, A., & Strnad, A. (1996). *Therapie von Eßstörungen*. Psychotherapeut, 41(5), 275-287.

Zwaan M. de (2012): *Gewichtsstabilisierung nach konservativer und bariatrischer Therapie*. In: Wirth & Hauner: *Adipositas – Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*, 4. Auflage, Springer Verlag