

Indizierte Prävention von Essstörungen: Entwicklung und Evaluation eines Gruppenprogramms

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Wirtschafts- und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät
der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.

vorgelegt von

Grit Köster
aus Hilden

SS 2011

Dekan:

Prof. Dr. Dieter K. Tscheulin

Gutachter:

Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Datum des Promotionsbeschlusses:

21.07.2011

Danksagung

Danke an alle, die mich während der Arbeit an dieser Dissertation auf vielfältige Weise begleitet und unterstützt haben.

Zuerst gilt mein Dank Frau Professor Dr. Brunna Tuschen-Caffier, die diese Arbeit betreut hat. Sie hat die Anregung zur Entwicklung des ambulanten Gruppenprogramms zur Prävention von Essstörungen gegeben und die Durchführung der Studie mit ihrem fachlichen Rat begleitet.

Ganz herzlich bedanke ich mich bei den Mädchen und jungen Frauen, die an der Studie teilgenommen haben. Ohne ihre Bereitschaft dazu wäre die Studie nicht möglich gewesen. Ich habe gerne mit den Teilnehmerinnen gearbeitet und mich über ihre positiven Rückmeldungen gefreut.

Für die tatkräftige Unterstützung bei der Durchführung des Präventionsprogramms und der Datenerhebung danke ich den Mitarbeiterinnen und Praktikanten der Christoph-Dornier-Stiftung Siegen. Insbesondere bedanke ich mich bei Nora Dannigkeit für die langjährige gute Zusammenarbeit an dem Thema „Prävention von Essstörungen“. Sie und Anja Sack waren bei der Programmleitung kompetente Kotherapeutinnen.

Für das Korrekturlesen danke ich Günther Huber-Kohlhoff und Christiane Freihold. Ihre inhaltlichen und sprachlichen Rückmeldungen waren mir sehr wichtig und hilfreich.

Das allergrößte Dankeschön gebührt meinen Eltern, meiner Familie und Freunden, die mir mit organisatorischer Unterstützung, viel Geduld und Ermutigungen geholfen haben und mir damit während des gesamten Zeitraums der Arbeit an der Dissertation die wichtigste Stütze gewesen sind.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
0 Einleitung	2
 PHASE I: Evaluation der Programmkonzeption	
1 Theoretischer Hintergrund	5
1.1 Essstörungen	5
1.1.1 Diagnosen und klinisches Bild	5
1.1.2 Epidemiologie	13
1.1.3 Verlauf und Prognose	15
1.1.4 Intervention / Therapie	17
1.2 Pathogenese von Essstörungen	19
1.2.1 Störungsmodelle	19
1.2.2 Risikofaktoren	21
1.2.2.1 Soziokulturelle Risikofaktoren	22
1.2.2.2 Biologische Risikofaktoren	24
1.2.2.3 Individuelle Risikofaktoren	26
1.2.2.4 Umweltbezogene Risikofaktoren	30
1.2.3 Protektive Faktoren	33
1.2.4 Auslösende Ereignisse	34
1.2.5 Aufrechterhaltende Faktoren	34
1.3 Prävention von Essstörungen	38
1.3.1 Prävention	38
1.3.2 Programme zur Prävention von Essstörungen	40
1.3.2.1 Universelle Präventionsprogramme	41
1.3.2.2 Selektive Präventionsprogramme	44
1.3.2.3 Indizierte Präventionsprogramme	47
1.3.3 Forderungen für die zukünftige Forschung	50
2 Konzeption des Präventionsprogramms	52
2.1 Zielsetzung	52
2.2 Zielgruppe	54

2.3 Entwicklung der Programmbausteine	54
2.3.1 Kognitive Interventionen zum Schönheitsideal	56
2.3.2 Ernährung	57
2.3.3 Körperbild	60
2.3.4 Konflikt- / Stressbewältigung	62
2.4 Durchführung des Programms	64
3 Methode	65
3.1 Rekrutierung der Stichprobe	65
3.2 Selektion der Stichprobe	66
3.3 Untersuchungsdesign	71
3.4 Fragestellung und Hypothesen	72
3.5 Evaluationsinstrumente	75

PHASE II: Evaluation der Programmdurchführung

4 Pilotstudie	85
4.1 Durchführung der Pilotstudie	85
4.2 Beschreibung der Stichprobe	88
4.3 Ergebnisse	89
4.4 Diskussion und Implikationen für die Phase III (Hauptstudie)	92

PHASE III: Evaluation der Programmwirkung

5 Hauptstudie	96
5.1 Beschreibung der Stichprobe	96
5.2 Durchführung des Programms	101
5.3 Ergebnisse	103
5.3.1 Ergebnisse des EG-/ KG-Vergleichs von Prä- zu Posttest	105
5.3.2 Ergebnisse zum Langzeitverlauf	114
5.3.3 Rückmeldung der Programmteilnehmerinnen	122
6 Diskussion	125
6.1 Diskussion der Ergebnisse	125
6.1.1 Gruppenunterschiede im Essverhalten und in Einstellungen zu Gewicht und Figur	125
6.1.2 Gruppenunterschiede im allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl	126

6.1.3 Gruppenunterschiede im Wissen	127
6.1.4 Gruppenunterschiede in der grundsätzlichen psychischen Belastung	127
6.1.5 Gruppenunterschiede bei der Annäherung des Wunsch-BMI zum BMI	127
6.1.6 Langfristige Wirksamkeit des Programms	128
6.2 Diskussion der Methodik	131
6.2.1 Untersuchungsdesign	131
6.2.2 Evaluationsinstrumente	132
6.2.3 Stichprobe	134
6.3 Diskussion zur Programmumsetzung	135
6.4 Einordnung der Befunde in den Forschungsstand	138
7 Fazit und Ausblick	140
Literatur	143

Anhänge

Anhang 1

Materialien für Rekrutierung, Erst- und Zweitgespräch und kogn. Vorbereitung	159
--	-----

Anhang 2

Programm - Manual	169
-------------------	-----

Anhang 3

Programm Materialien	215
----------------------	-----

Anhang 4

Evaluationsinstrumente	253
------------------------	-----

Anhang 5

Graphische Darstellung der Ergebnisse zum EG-/ KG-Vergleich und zum Langzeitverlauf	265
--	-----

Anhang 6

Rückmeldung zu den offenen Fragen	285
-----------------------------------	-----

Zusammenfassung

Essstörungen stellen eine große Herausforderung an therapeutische und medizinische Behandler sowie an das gesamte Gesundheitssystem dar. Insbesondere besorgniserregend ist das immer häufigere und frühere Auftreten von subklinischen Symptomen von Essstörungen. Präventive Maßnahmen können hier ansetzen, um eine Ausweitung zu vollausgeprägten Essstörungen zu verhindern. So war die Zielsetzung dieser Studie die Konzeption und systematische Evaluation eines ambulanten Gruppenprogramms zur indizierten Prävention von Essstörungen unter Berücksichtigung der bisherigen Forschung zur Symptomatologie, Risikofaktoren, Therapie und Prävention von Essstörungen.

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde das Gruppenprogramm für Mädchen und junge Frauen in seiner Durchführung an einer kleinen Stichprobe evaluiert. Die Ergebnisse dieser Pilotstudie deuteten darauf hin, dass durch die Teilnahme problematisches Essverhalten reduziert und Einstellungen zu Gewicht und Figur sowie das Selbstwertgefühl verbessert werden können. Aufgrund der Erfahrungen mit der Durchführung und den Rückmeldungen der Teilnehmerinnen wurden für die Überprüfung des Programms an einer größeren Stichprobe notwendige inhaltliche Änderungen vorgenommen.

Die Evaluation der Programmwirkung (Hauptstudie) erfolgte an einer Stichprobe von 36 Probandinnen anhand eines Prä-Posttest-Wartekontrollgruppen-Designs mit einem Follow-up nach sechs Monaten. Während sich direkt nach Beendigung des Präventionsprogramms tendenziell positive Veränderungen zeigten, konnten im Langzeitverlauf deutliche Verbesserungen im Essverhalten und in den Einstellungen zu Gewicht und Figur, im allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl und im Wissen über Essstörungen und über gesunde Ernährung abgebildet werden. Es gelang mit dem Programm bei den Teilnehmerinnen die Entstehung einer vollausgebildeten Essstörung zu verhindern und das Selbstwertgefühl und persönliche Ressourcen zu stabilisieren und zu fördern.

0 Einleitung

Essstörungen und ihre gravierenden psychischen und körperlichen Folgen sind ein Thema, über das in den Fachzeitschriften und allgemeinen Medien häufig berichtet wird. Immer mehr Menschen, hauptsächlich Mädchen und junge Frauen (über 90% der Behandelten), aber immer häufiger auch Männer sind von Essstörungen wie der Anorexia und Bulimia nervosa sowie der Binge-Eating-Störung betroffen. Störungsspezifische Therapien zeigen in Bezug auf den Langzeitverlauf bisher nur begrenzte Erfolge. Ein beträchtlicher Anteil der Patienten¹ erreicht keine vollständige Heilung, vielmehr sogar eine Chronifizierung der Essstörung. Neben den schweren, manchmal sogar tödlichen Folgen für die Betroffenen, entstehen durch die – oft mehrmaligen – Behandlungen auch hohe Kosten für das Gesundheitswesen (Agras, 2001). Vor diesem Hintergrund ist in den letzten Jahren das Thema der Prävention von Essstörungen ins Zentrum des Forschungsinteresses gerückt.

Vor allem in den USA, aber auch in anderen Ländern sind bereits eine Reihe von Programmen zur Prävention von Essstörungen entwickelt und systematisch evaluiert worden. Diese Programme sind meist in den schulischen oder universitären Kontext eingegliedert und können der primären Prävention zugeordnet werden. Es existieren aber auch einige Programme zur sekundären oder indizierten Prävention, die sich auf Hochrisikogruppen, z.B. Ballettschülerinnen, konzentrieren. Diese Programme werden von den Teilnehmerinnen sehr positiv aufgenommen, es bestehen jedoch Mängel in der wissenschaftlichen Wirksamkeitsüberprüfung. So weisen die Studien z.B. lediglich ein querschnittliches Design auf oder sie wurden ohne Einsatz einer Kontrollgruppe durchgeführt.

Die Ergebnisse einer eigenen Studie zur primären Prävention von Essstörungen im Rahmen der Diplomarbeit (Dannigkeit & Köster, 2000; Dannigkeit, Köster, & Tuschen-Caffier, 2002; Köster, Dannigkeit, & Tuschen-Caffier, 2001) standen im Einklang mit vorangegangenen Studien, bei denen ebenfalls Effekte im Wissen, jedoch nicht auf der Ebene der Einstel-

¹ Zur besseren Lesbarkeit dieser Arbeit wird durchgehend die männliche Form verwendet. Die weibliche Form wird verwendet, wenn sich Forschungsergebnisse ausschließlich auf weibliche Stichproben beziehen.

lungen oder Verhaltensweisen erkennbar waren (z. B. Johannsen & Rieckenberg, 1997; Moreno & Thelen, 1995). Durch eine hohe aktive Partizipation der Schüler und den Fokus auf der Förderung protektiver Faktoren wurde erreicht, dass sich das erweiterte Wissen nicht kontraproduktiv auf das Verhalten auswirken konnte. Es erschien sinnvoll, das Programm unter einer größeren zeitlichen Perspektive mit weiteren Follow-up-Erhebungen und Booster-Sessions zu evaluieren (siehe Dannigkeit, 2005; Dannigkeit, Köster & Tuschen-Caffier, 2007). Während dieser Studie wurde aber auch der Bedarf an indizierter Prävention deutlich. Wie in der Literatur betonten auch Lehrer und Eltern ein immer früheres und häufigeres Auftreten von einzelnen Symptomen einer Essstörung, wie ein restriktives Essverhalten oder starke Sorgen um Gewicht und Figur. So ergibt sich eine hohe gesundheitspolitische Relevanz und Handlungsnotwendigkeit im Sinne einer Prävention von Essstörungen für Risikogruppen. Ziel der vorliegenden Studie ist die Entwicklung eines Programms zur indizierten Prävention von Essstörungen unter Einbezug der Ergebnisse bisheriger Programme und unter Berücksichtigung des Forschungsstands zu Epidemiologie, Risikofaktoren, Verlauf und Therapie von Essstörungen. Von essentieller Bedeutung bei der Durchführung des Programms ist zudem eine adäquate, an wissenschaftlichen Standards orientierte, Effektivitätsüberprüfung.

Die Evaluation des vorliegenden Präventionsprogramms orientiert sich an den von Rossi und Freeman (1993; Rossi, Freeman & Hofmann, 1988) vorgeschlagenen und von Mittag und Jerusalem (1997) mit Bezug auf gesundheitspsychologische Interventionsprogramme weiter ausgeführten Evaluationsaufgaben in den drei Arten der Evaluationsforschung: **Evaluation der Programmkonzeption, Evaluation der Programmdurchführung und Evaluation der Programmwirksamkeit**. Vor der Durchführung eines Programms sollte eine **Evaluation der Programmkonzeption** erfolgen. Die wichtigsten Aufgaben hierbei sind die Problembestimmung, die Feststellung des Programmbedarfs, die Zielbestimmung, die Ableitung und Konzipierung geeigneter und umsetzbarer Programmmaßnahmen und die prospektive Analyse der zu erwartenden Wirkungen und Nebenwirkungen. Für die **Evaluation der Programmdurchführung** nennen Mittag und Jerusalem (1997) zwei Hauptaufgaben: Mit der *Kontrolle der Programmausführung* soll überprüft werden, inwieweit die Programmdurchführung mit der Konzeption und den Vorgaben des Programms

übereinstimmt. Durch die *Prüfung der Programmreichweite* wird geklärt, ob und in welchem Umfang die intendierte Zielgruppe mit dem Programm erreicht wird. Die Ergebnisse dieser beiden Prüfungen ergeben zusammen die Programmleistung. Durch deren Bestimmung wird die Voraussetzung für eine valide Bewertung der Programmwirkungen geschaffen. Die **Evaluation der Programmwirkung** beinhaltet *Wirkungsanalysen*, mit denen geprüft wird, ob die durchgeführten Programmmaßnahmen zu den intendierten Ergebnissen geführt haben oder nicht. Idealerweise sollte die Evaluation der Programmwirkung auch eine *Kosten-Effizienz-Analyse* enthalten, d.h. eine Abklärung, ob ein Programm auch im Hinblick auf die entstehenden Kosten positiv bewertet werden kann. Entsprechend den Evaluationsaufgaben untergliedert sich die Studie in die nachfolgend dargestellten drei Phasen:

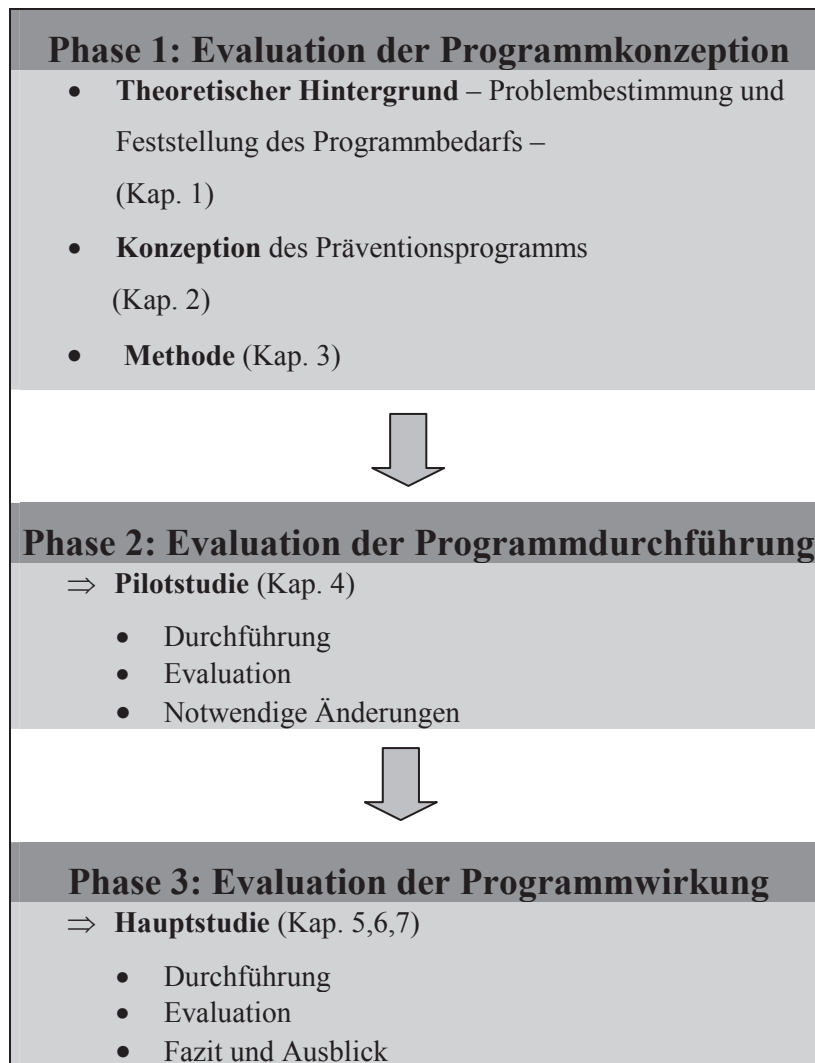


Abb. 0.1 Gliederung der Studie

PHASE I: Evaluation der Programmkonzeption

1

Theoretischer Hintergrund

– Problembestimmung und Feststellung des Programmbedarfs –

1.1

Essstörungen

Vor der Konzeption und Durchführung eines Präventionsprogramms ist es notwendig, einen problematischen Ist-Zustand festzustellen und zu beschreiben und den Bedarf für ein neues Programm zu prüfen (vgl. Mittag & Jerusalem, 1997; Mittag, 2003). Zunächst wird der aktuelle Forschungsstand zur Diagnose, Epidemiologie, Verlauf und Prognose und zur Therapie von Essstörungen zusammengefasst. Im folgenden Kapitel zur Pathogenese von Essstörungen werden Störungsmodelle und Risikofaktoren diskutiert. Der Überblick über bisherige Programme zur Prävention von Essstörungen und ihre Bewertung hinsichtlich des Bedarfs für weitere Forschung in diesem Bereich schließt das Kapitel zum theoretischen Hintergrund ab.

1.1.1

Diagnosen und klinisches Bild

Eine Essstörung kann definiert werden als „...a persistent disturbance of eating behavior or behavior intended to control weight, which significantly impairs physical health or psychosocial functioning.“ (Fairburn & Walsh, 2002, p.171). Sie sollte nicht ausschließlich in Folge einer somatischen oder anderen psychiatrischen Erkrankung auftreten. Im Diagnostischen und Statistischen Manual für Psychische Störungen (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) sowie in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2004) wird zwischen zwei Formen von Essstörungen unterschieden, für die Diagnosekriterien definiert sind: Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht). Des Weiteren wird im DSM-IV-TR in der Kategorie „Nicht näher bezeichnete Essstörung“ die Binge-Eating-Störung genannt, für die vorläufige Forschungskriterien formuliert wurden. Neben der Darstellung dieser drei

Störungsbilder wird in diesem Abschnitt auch auf die Unterscheidung zu Risikoverhaltensweisen, die zu einer Essstörung führen können, eingegangen.

Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa ist charakterisiert durch einen gravierenden Gewichtsverlust bzw. durch die Weigerung, ein minimales normales Körpergewicht zu halten. Nach den Kriterien des DSM-IV-TR wird von einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts ausgegangen, während die ICD-10 Untergewicht über einen Body Mass Index (BMI²) von ≤ 17.5 definiert. Die Nahrungsaufnahme ist bei Anorexie-Patienten stark reduziert. Über ständiges Diäthalten, die Unterscheidung von „erlaubten“ und „verbotenen“ Lebensmitteln oder strenge Essensrituale (wie Essen nur zu bestimmten Tageszeiten) wird der Gewichtsverlust herbeigeführt. Magersüchtige Patienten beschäftigen sich häufig fortwährend mit dem Thema „Essen“, lesen Kochbücher, sammeln Rezepte und kochen für andere (Laessle, 1998). Bei vielen Patienten besteht ein Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Schilddrüsentabletten, oder sie versuchen durch stark gesteigerte körperliche Aktivität oder Erbrechen das Gewicht zu reduzieren. So wird in beiden oben erwähnten Diagnosekatalogen zwischen einem restriktiven Typus (DSM-IV-TR)/ restriktive Form (ICD-10) und einem „Binge-Eating/Purging“-Typus (DSM-IV-TR) / Bulimische Form (ICD-10) unterschieden. Bei letzterem treten zusätzlich Heißhungerattacken bzw. Essanfälle auf.

Ein weiteres Diagnosekriterium ist die ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme. Es besteht eine Körperschemastörung, d.h. eine Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts bis hin zur Verleugnung des untergewichtigen Zustands. Das DSM-IV-TR weist darauf hin, dass Körpergewicht und Figur einen übertriebenen Einfluss auf die Selbstbewertung haben müssen.

Sowohl DSM-IV-TR als auch ICD-10 fordern als Diagnosekriterium eine bestehende Amenorrhoe in Folge der Mangelernährung. Durch diese kommt es zu einer verringerten Ausschüttung des Hormons Östrogen. Von einer Amenorrhoe wird auch ausgegangen, wenn eine Frau ihre Periode nur nach der Gabe von Hormonen / Kontrazeptiva bekommt.

² BMI = Gewicht (kg) / (Größe(m))²

Nachfolgend sind die Diagnosekriterien des DSM-IV-TR für eine Anorexia nervosa dargestellt.

Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach DSM-IV-TR (307.1)	
A. 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.) B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts. C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluß des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt).	
<i>Bestimme den Typus:</i>	
Restriktiver Typ:	Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Freßanfälle“ gehabt oder hat kein „Purging“-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.
„Binge-Eating /	
Purging“-Typus:	Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmäßig Freßanfälle gehabt und hat Purgingverhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa ist gekennzeichnet durch wiederholtes Auftreten von Essanfällen und Kompensationsverhalten wie selbstherbeigeführtem Erbrechen, Laxantienabusus, Diäten oder exzessivem Sportreiben zur Verhinderung einer Gewichtszunahme. Das DSM-IV-TR definiert eine sogenannte „Fressattacke“ über den Verzehr einer Nahrungsmenge, die erheblich größer ist als das, was die meisten Menschen normalerweise in einem vergleichbaren

Zeitraum (z.B. zwei Stunden) essen würden. Das Kriterium entspricht der Definition eines „objektiven“ Essanfalls (siehe Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006a) im Unterschied zu einem „subjektiven“ Essanfall, der von den Betroffenen als Essanfall empfunden wird, sich aber z.B. durch Essen von kleinen Nahrungsmengen, die im „Diätplan“ nicht vorgesehen waren, ausdrückt. Bei objektiven Essanfällen werden in kurzer Zeit bis zu 15000 kcal (Russell, 1989) konsumiert. Meist essen die Betroffenen bei Essanfällen hochkalorische, im sonstigen Alltag „verbotene“ Lebensmittel (z.B. Süßigkeiten, Eis, fetthaltige Nahrungsmittel) mit einer erheblich höheren Essgeschwindigkeit („schlingen“). Aus Scham über dieses Essverhalten tritt es meist nur auf, wenn die Betroffenen alleine und unbeobachtet sind.

Verbunden mit den Essanfällen tritt das subjektive Gefühl des Kontrollverlusts auf. Im DSM-IV-TR wird dieses Kriterium beispielhaft beschrieben mit dem Gefühl, nicht mehr mit dem Essen aufhören bzw. Art und Menge der Nahrung nicht mehr kontrollieren zu können.

Das als weiteres Diagnosekriterium geforderte Kompensationsverhalten können verschiedene gegenregulatorische Maßnahmen sein. Am häufigsten tritt im Anschluss an einen Essanfall das „Purging“-Verhalten auf, d.h. die Person induziert Erbrechen, nimmt Laxantien und/oder Diuretika ein oder benutzt Klistiere, um die aufgenommene Nahrungsmenge möglichst schnell wieder aus dem Körper zu eliminieren. Bei manchen Betroffenen beschränkt sich das Kompensationsverhalten auf striktes Diäthalten, Fasten oder exzessiven Sport. Dementsprechend wird im DSM-IV-TR auch zwischen den zwei Subtypen „Purging“ und „Nicht-Purging“ unterschieden. In ihrer Studie zur Validität der DSM-IV-Klassifikation konnten Hay und Fairburn (1998) die Differenzierung dieser beiden Subtypen bestätigen. Sie stellten einen Unterschied zwischen den beiden Unterformen im Schweregrad fest, wobei der „Purging“-Typus stärker beeinträchtigend ist als der „Nicht-Purging“-Typus. Zusätzlich ist im DSM-IV-TR ein Zeitkriterium für die Diagnosestellung definiert. Fressanfälle und kompensatorisches Verhalten müssen über drei Monate hinweg im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche auftreten.

Wie bei den Diagnosekriterien der Anorexia nervosa wird auch bei der Bulimia nervosa der Einfluss, den Figur und Körpergewicht auf die Selbstbewertung und somit auf das Selbstwertgefühl haben, betont.

Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach DSM-IV-TR (307.51)

- A. Wiederholte Episoden von „Freßattacken“. Eine „Freßattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:
- (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 - (2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
- C. Die „Freßattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf die Selbstbewertung.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Bestimme den Typus:

„Purging“-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder mißbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

„Nicht-Purging“-

Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere mißbraucht.

Das DSM-IV-TR spezifiziert im Unterschied zum ICD-10 mit einem Diagnosekriterium, dass die bulimische Symptomatik nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa auftreten darf. Im ICD-10 wird dagegen beschrieben, dass häufig eine Anorexia nervosa in der Vorgeschichte diagnostiziert werden kann.

Nicht Näher Bezeichnete Essstörung (NNB) / Binge-Eating-Störung

Sind die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht vollständig erfüllt, werden in den Diagnosekatalogen Beispiele für Essstörungen genannt, die unter „*Nicht Näher Bezeichnet*“ (DSM-IV-TR) oder „*atypische Essstörung*“ (ICD-10) eingeordnet werden. So kann diese Diagnose zum Beispiel vergeben werden, wenn alle Kriterien einer Anorexia nervosa erfüllt sind, eine Frau aber regelmäßig Menstruationen hat. Per Definition ist eine nicht näher bezeichnete oder atypische Essstörung also „... those conditions that meet the definition of an eating disorder but not the criteria for anorexia nervosa or bulimia nervosa.“ (Fairburn & Walsh, 2002, p. 172). Fairburn und Walsh warnen in diesem Zusammenhang davor, atypische Essstörungen als weniger stark beeinträchtigend oder subklinisch anzusehen, da sie wie die Anorexia und Bulimia nervosa genau so in klinisch bedeutsamer Weise Leiden verursachen. So fanden Crow, Agras, Halmi, Mitchell und Kraemer (2002) in einer Multi-center-Studie keine Unterschiede im „symptom severity level“ zwischen Anorexia nervosa, Binge-Eating-Störung und deren atypischer Ausprägung. Lediglich Patientinnen mit Bulimia nervosa und atypischer Bulimia nervosa zeigten im Schweregrad der Beeinträchtigung deutliche Unterschiede.

Im DSM-IV-TR wird in der Kategorie der „*Nicht Näher Bezeichneten Essstörungen*“ auch die **Binge-Eating-Störung** genannt, für die genaue Forschungskriterien festgelegt wurden. Die Binge-Eating-Störung hat sich als eine der Bulimie ähnliche, aber unabhängige Essstörung herauskristallisiert. Hay & Fairburn (1998) fanden in ihrer Studie zur Validität der DSM-IV-Klassifikationskriterien für bulimische Essstörungen zwar eine starke Ähnlichkeit der Symptome bei Patientinnen mit Bulimia nervosa, nicht-purging Typus und Patientinnen mit Binge-Eating-Störung, jedoch zeigten sich Unterschiede in der prädiktiven Validität. So hatten die Patientinnen mit Binge-Eating-Störung einen wesentlich besseren Krankheitsverlauf (im Ein-Jahres-Follow-up) als diejenigen mit Bulimia nervosa. Eine klassifikatorische Unterscheidung der beiden Störungsbilder im Sinne einer graduellen Abstufung wird so von den Autoren als valide anerkannt.

Forschungskriterien für die Binge-Eating-Störung nach DSM-IV-TR (307.50)

- A. Wiederholte Episoden von „Fressanfällen“. Eine Episode von „Fressanfällen“ ist durch die beiden folgenden Merkmale gekennzeichnet:
- (1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
 - (2) Das Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wieviel man isst).
- B. Die Episoden von „Fressanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
- (1) wesentlich schneller essen als normal,
 - (2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
 - (3) essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt,
 - (4) alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,
 - (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C. Es besteht deutliches Leiden wegen der „Fressanfälle“.
- D. Die „Fressanfälle“ treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für 6 Monate auf.
- Beachte:** Die Methode zur Bestimmung der Häufigkeit unterscheidet sich von der, die bei Bulimia nervosa benutzt wird; die zukünftige Forschung sollte thematisieren, ob die zu bevorzugende Methode für die Festlegung einer Häufigkeitsgrenze das Zählen der Tage darstellt, an denen die „Fressanfälle“ auftreten oder das Zählen der Anzahl der Episoden von „Fressanfällen“.
- E. Die „Fressanfälle“ gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z.B. „Purging-Verhalten“, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung) und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Wie bei der Bulimia nervosa treten bei der Binge-Eating-Störung regelmäßig „Fressanfälle“ auf, jedoch ohne den Einsatz von kompensatorischen Verhaltensweisen. In den Diagnosekriterien wird ein „objektiver Fressanfall“ mit begleitendem Kontrollverlust gefordert. Zusätzlich werden bei der Binge-Eating-Störung bestimmte einhergehende Symptome beschrieben, wie schnelleres Essen als normalerweise, ein unangenehmes Völlegefühl, Essen

großer Mengen trotz fehlendem Hungergefühl, alleine Essen und Gefühle wie Ekel, Schuld oder Depression. Als Zeitkriterium für die Diagnose einer Binge-Eating-Störung wird ein Zeitraum von sechs Monaten genannt. Im Unterschied zur Bulimia nervosa, bei der umgrenzte Episoden gefordert werden, sollten die „Fressanfälle“ an zwei *Tagen* pro Woche auftreten. Aufgrund der fehlenden kompensatorischen Maßnahmen wird hier davon ausgegangen, dass die „Fressanfälle“ weniger umgrenzt auftreten.

Risikoverhaltensweisen / Abgrenzung zu klinischem Vollbild

Verschiedene Studien konnten Belege für die Annahme der Kontinuitätshypothese bei Essstörungen finden (z.B. Drewnowski, Yee, Kurth & Krahn, 1994; Franko & Omori, 1999). Subklinische Formen von Essstörungen unterscheiden sich demnach nur quantitativ, aber nicht qualitativ von vollausgeprägten Essstörungen. Bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es aber noch keine allgemeingültigen Kriterien oder Cut-off-Werte für Vorformen von Essstörungen bzw. für Verhaltensweisen, die definitiv als „Hoch-Risiko“ einzustufen sind. Da Unzufriedenheit mit Figur und Gewicht sowie Verhaltensweisen wie Diäthalten bei Frauen und zunehmend auch bei Männern in westlichen Kulturen immer verbreiteter werden (Andersen, 2002; Hill, 2002), fällt die Differenzierung zwischen pathologischen Einstellungen und Verhaltensweisen und kulturellen Normen schwer.

Mouson (2003) stellte bei ihrer Evaluation der deutschsprachigen Version des Eating Disorder Examination-Questionnaires (EDE-Q; Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006b) fest, dass mit den Skalenwerten dieses Fragebogens keine Differenzierung zwischen Essstörungsgruppen und einem Teil der Risikogruppe der vorliegenden Studie möglich war (lediglich die Subskala „Eating concern“ zeigte sich signifikant zwischen Patientinnen mit Bulimia nervosa und der Risikogruppe). Klar differenzierten aber alle Skalen des EDE-Q zwischen Personen der Risikogruppe und einer Kontrollgruppe, bei der keine Essstörungen vorlag.

Jacobi, Abascal und Taylor (2004) fanden in einem Überblick über verschiedene Untersuchungen von Screening-Instrumenten für Essstörungen, dass zwar in einzelnen Stichproben Risiko-Probanden identifiziert werden konnten, jedoch bisher kein allgemeingültiger,

valider Screening-Fragebogen für Menschen mit einem hohen Risikopotential, eine Essstörung zu entwickeln, vorliegt.

Die Festsetzung von konkreten Parametern zur Differenzierung zwischen typischen, kulturell bedingten, potentiell Risiko beinhaltenden und pathologischen Einstellungen und Verhaltensweisen stellt somit weiterhin eine Herausforderung an die Forschung dar.

1.1.2 *Epidemiologie*

Das Durchschnittsalter für das Auftreten einer Anorexia nervosa liegt bei siebzehn Jahren, wobei zwei Erkrankungsgipfel bei einem Alter von vierzehn und achtzehn Jahren identifiziert werden konnten (DSM-IV-TR: Saß et al., 2003). Im Vergleich dazu liegt der durchschnittliche Krankheitsbeginn der Bulimia nervosa einige Jahre später bei 22 Jahren (DSM-IV-TR: Saß et al., 2003). Auch die Binge-Eating-Störung setzt typischerweise in der späten Adoleszenz bzw. dem frühen Erwachsenenalter ein (Schmidt, 2000), starkes Übergewicht (Adipositas) lässt sich jedoch häufig auch schon im Kindesalter beobachten (Pudel & Westenhöfer, 1998).

Während die Behandlungsinzidenz von Essstörungen einen Anstieg verzeichnete (Nielsen, 1990), sind die Prävalenzraten in den letzten Jahren nicht gestiegen (Fombonne, 1995; Westenhöfer, 2001). Je nach Studie variieren die Prävalenzraten jedoch stark (für einen Überblick siehe z.B. van Hoeken, Seidell, & Hoek, 2003). Im DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) wird die Lebenszeitprävalenz für Anorexia nervosa für Frauen mit 0.5% angegeben. Bei der Bulimie liegt die Prävalenz bei Frauen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter mit 1 bis 3% etwas höher als bei der Anorexie (DSM-IV-TR: Saß et al., 2003). In klinischen Stichproben von Bulimie-Patienten weisen 22–37% in der Vorgeschichte die Diagnose einer Anorexia nervosa auf (Braun, Sunday, & Halmi, 1994; Keel, Mitchell, Miller, Davis, & Crow, 2000). Sowohl bei der Anorexia als auch bei der Bulimia nervosa wird das Verhältnis von Frauen zu Männern mit etwa 10:1 angegeben. Bei der Binge-Eating-Störung konnten verschiedene Studien Prävalenzraten von 1.4 bis 2.6% bei jungen Frauen zeigen (Striegel-Moore, 2000). Das Verhältnis von Frauen und Männern ist bei der Binge-Eating-Störung in der Bevölkerung ausgeglichen (Spitzer et al., 1992, 1993; Tanofsky, Wilfley, Spurrell,

Welch, Brownell, 1997). Wenige Studien liegen bisher zur Prävalenz und Inzidenz von atypischen Essstörungen vor, sie scheinen aber über denen der umschriebenen Essstörungen zu liegen. Millar (1998) berichtet von 47% atypischen Essstörungen-Diagnosen unter Patienten, die sich für eine ambulante Therapie vorstellten. Lewinsohn, Striegel-Moore und Seeley (2000) fanden höhere Lebenszeitprävalenzen für partielle Syndrome als für volle Syndrome von Anorexia und Bulimia nervosa in einer Bevölkerungsstichprobe von jungen Frauen in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter. Es wird davon ausgegangen, dass in der Gesamtbevölkerung (Frauen und Männer) 4–6% an einer Essstörung NNB leiden (Hoek, 2002; Shisslak, Crago, & Estes, 1995).

Auch wenn vollausgeprägte Essstörungen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen, wie affektiven Störungen oder Angststörungen, relativ selten vorkommen, sind subklinische Formen der Essstörungen bzw. einzelne Symptome gestörten Essverhaltens, wie häufiges Diäthalten und negative Körperwahrnehmung, mittlerweile epidemisch verbreitet (Haberman & Luffey, 1998; Hill, 2002) und treten schon im Kindes- und Jugendalter auf. In Deutschland konnte eine Studie an der Universität Jena (Aschenbrenner, Aschenbrenner & Strauß, 2002) mit 736 Jugendlichen (Schüler und Studenten) zeigen, dass heute bereits jede dritte Schülerin Anzeichen von Essstörungen aufweist. Unter den Teilnehmern der Studie zeigten 29% der weiblichen und 13% der männlichen Jugendlichen eine subklinische Essstörung. In dem Jahr vor der Erhebung hatten 43% der Frauen und 21% der Männer eine Diät durchgeführt. Jugendliche mit gestörtem Essverhalten benutzten häufig auch andere gewichtsregulierende Maßnahmen, wie Appetitzügler oder Abführmittel. Auffällig war eine häufige Störung der Körperwahrnehmung. So schätzten sich 42% der Schülerinnen als übergewichtig ein, tatsächlich litten aber nur 8% unter Übergewicht. Auf der anderen Seite waren 33% der Schülerinnen wirklich untergewichtig, aber nur 6% schätzten sich so ein.

Bei allen Essstörungen zeigen sich hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen. Wenige Studien liegen zur Komorbidität bei der Binge-Eating-Störung vor (z.B. Yanovski, Nelson, Dubbert & Spitzer, 1993), die meisten Studien beziehen sich auf die Anorexia und Bulimia nervosa. Insbesondere affektive Erkrankungen kommen in Verbindung mit diesen beiden Störungen sehr häufig vor. Eine klinische Depression liegt bei

45% der essgestörten Patienten vor, und es scheint wahrscheinlich, dass viele Patienten, auch wenn nicht klinisch depressiv, häufig depressive Symptome verspüren (Zerbe, Marsh, & Lolafay, 1991). Dabei ist es unklar, ob sich affektive Störungen primär oder sekundär zu einer Essstörung entwickeln (Laessle, 1998). Auch Angststörungen werden häufig in Verbindung mit einer Essstörung gefunden und gehen in der Regel dieser voraus. In einer Stichprobe von anorektischen und bulimischen Patienten hatten 63.5% während ihres Lebens mindestens eine Diagnose einer Angststörung (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004). Zwangsstörungen und zwanghafte Persönlichkeitsstörungen treten häufiger bei der Anorexia auf; in einer Studie von Thiel, Brooks, Ohlmeier, Jacoby und Schufler (1995) lag die Prävalenzrate bei 37%. Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit wird bei 8% bis 40% der Bulimie-Patienten und bei 2% bis 10% der Anorexie-Patienten diagnostiziert (Holderness, Brooks-Gunn, & Warren, 1994). Eine genaue Komorbiditätsrate von Persönlichkeitsstörungen konnte bisher nicht festgestellt werden (Sansone, Levitt, & Sansone, 2004). Eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung scheint jedoch am häufigsten in Verbindung mit dem restriktiven Typus der Anorexie und der Binge-Eating-Störung vorzukommen, während eine Borderline-Störung häufiger bei der Anorexie Binge-Eating/Purging Typus und der Bulimia nervosa auftritt.

1.1.3 Verlauf und Prognose

Empirische Untersuchungen aus der Therapieforschung belegen einen chronischen Krankheitsverlauf von Essstörungen. Im Vergleich zu Stichproben von Bulimie- oder Binge-Eating-Patienten zeigen Anorexie-Patienten den schlechtesten Verlauf und die schlechteste Prognose.

In einer Stichprobe von Fichter & Quadflieg (1999) erfüllten nach einem Sechs-Jahres-Follow-up noch 26.8% der untersuchten Anorexie-Patienten die Diagnose einer Anorexia nervosa, 9.9% hatten eine Bulimia nervosa entwickelt sowie 2% eine nicht weiter spezifizierte Essstörung (DSM-IV: ED-NOS). 55.4% der Patienten erfüllten nach sechs Jahren keine Diagnose einer Essstörung, zeigten jedoch zum Großteil weiterhin Essstörungssymptome. Im Verlauf der Studie waren sechs Personen (5.9%) an den Folgen der Anorexie

gestorben. Herpertz-Dahlmann et al. (2001) konnten bei Anorexie-Patienten mit einem frühen Erkrankungsbeginn in der Adoleszenz einen etwas besseren Verlauf feststellen.

Der Verlauf der Bulimia nervosa zeigt sich insgesamt etwas positiver als der Verlauf der Anorexia nervosa. In der Langzeitstudie von Fichter und Quadflieg (1997) erfüllten nach sechs Jahren noch 21.4% die Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa und 6.4% hatten andere Essstörungen entwickelt, aber 71.1% hatten keine Diagnose, wenn auch die meisten nicht völlig symptomfrei waren. Zwei Patientinnen waren gestorben. Auch Keel, Mitchell, Miller, Davis und Crow (1999) fanden in einem Follow-up von 11.5 Jahren, dass bei 30% der von ihnen untersuchten Patientinnen noch immer Ess-Brechanfälle auftraten. Herzog et al. (1999) schlussfolgern aus ihrer Langzeituntersuchung von Anorexie- und Bulimiepatienten (Follow-up nach 7.5 Jahren), dass der Verlauf der Anorexie gekennzeichnet ist durch hohe Raten von partieller Remission und niedrige Raten von voller Remission, während der Verlauf der Bulimie positiver ausfällt mit höheren Raten für partielle und volle Remission.

Für den Verlauf der Binge-Eating-Störung liegen Zahlen von Fichter, Quadflieg und Gnutzmann (1998) vor. Die Mehrzahl der Patienten zeigte nach sechs Jahren einen guten Behandlungsverlauf mit voller Remission der Erkrankung, wobei die Hälfte an Adipositas litt. 5.9 % der Behandelten erfüllten weiterhin die Diagnose einer Binge-Eating-Störung, 7.4 % einer Bulimia nervosa und weitere 7.4 % einer Essstörung NNB. Eine Patientin war gestorben. Insgesamt zeigten die Binge-Eating-Patientinnen in dieser Stichprobe sowohl in der Selbst- als auch in der Experteneinschätzung einen ähnlichen Kurz- und Langzeitverlauf wie Bulimie-Patientinnen. Im Gegensatz dazu fanden Fairburn, Cooper, Doll, Norman und O'Connor (2000) in einer Langzeitstudie mit einem Follow-up nach fünf Jahren einen besseren Verlauf von Binge-Eating-Patientinnen verglichen mit Bulimie-Patientinnen. Nur 18% der Binge-Eating-Patientinnen erfüllte beim Follow-up die Diagnose einer Essstörung, während die Hälfte bis 2/3 der Bulimie-Patientinnen weiterhin an einer Form von Essstörung mit klinischer Beeinträchtigung litten. Jedoch zeigte sich auch in dieser Stichprobe von Binge-Eating-Patientinnen ein signifikanter Anstieg der Adipositas-Rate.

Besorgniseregend ist vor allem die Tatsache, dass viele Patienten sich erst sehr spät in Behandlung begeben (Fichter & Quadflieg, 1997; 1999). Es können teilweise irreversible und lebensbedrohliche körperliche Folgeerscheinungen entstehen, die durch eine Mangel- bzw. Fehlernährung ausgelöst werden. Neben verschiedenen metabolischen und neuroendokrinen Symptomen besteht insbesondere bei der Anorexia nervosa die Gefahr von Amenorrhoe und Unfruchtbarkeit (siehe z.B. Katzman, 2005; Pudel & Westenhöfer, 1998; Sharp & Freeman, 1993). Die mit der Binge-Eating-Störung häufig einhergehende Adiposität der Erkrankten birgt die Gefahr von medizinischen und psychosozialen Folgeproblemen (Grilo, 2002).

Bei der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ist zudem die Mortalitätsrate im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht (Nielsen et al., 1998). Bei einer Langzeitstudie von Theander (1992) lag die Mortalitätsrate bei Anorexie-Patienten nach 33 Jahren bei 18%. In einer Stichprobe von Herzog et al. (2000) waren nach 11 Jahren 5.1% der Patienten mit Mager-sucht verstorben. Für die Bulimia nervosa wird die Mortalitätsrate mit 1-3% beziffert (Keel & Mitchell, 1997). Todesursachen waren Komplikationen aufgrund der andauernden Mangelernährung oder Suizid. Mit einem tödlichen Ausgang korreliert scheinen eine längere Erkrankungsdauer, komorbide Substanzabhängigkeit und komorbide affektive Störungen (Herzog et al., 2000).

1.1.4 Intervention / Therapie

Für die Psychotherapie von Essstörungen existieren eine Fülle von Behandlungsansätzen, die teilweise auch in Manualform festgehalten sind (z.B. Jacobi, Thiel & Paul, 2000; Munsch, 2003; Tuschen-Caffier & Florin, 2002). Die Effektivität der Interventionen konnte durch empirische Evaluationen hauptsächlich bei symptomorientierten, kognitiv-behavioralen Therapien nachgewiesen werden (z.B. Cooper & Steere, 1995; Richards et al., 2000; Thackwray, Smith, Bodfish, & Meyers, 1993; Tuschen-Caffier, Pook, & Frank, 2001; Wilson, 1999). Bei der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung wird auch die interpersonelle Therapie erfolgreich eingesetzt (Fairburn, 1993; Fairburn, Jones, Peveler et al., 1991, 1993; Fairburn et al., 1995; Wilfley et al., 2002).

Kognitiv-behaviorale Behandlungskonzepte bestehen meist aus drei Behandlungsschwerpunkten (Tuschen-Caffier & Florin, 1998). An erster Stelle steht zunächst die Ernährungsumstellung; es wird auf eine Modifikation des Essverhaltens und (insbesondere bei der Anorexia nervosa) auf die Wiederherstellung des normalen Körpergewichts hingewirkt. Die Patientinnen werden angeleitet, regelmäßige Mahlzeiten zu sich zu nehmen, um sie so zur Wahrnehmung eines natürlichen Hunger- und Sättigungsgefühls zu bewegen. Bei Anorexie-Patienten erfolgt dieser Teil der Therapie aufgrund ihres häufig lebensbedrohlichen Untergewichts meist stationär. Ein zweiter Schwerpunkt der Therapie liegt auf der Veränderung der negativen Einstellung gegenüber Gewicht und Figur (Therapie der Körperschemastörungen). Anhand von Videoaufnahmen oder Spiegelbildern setzen sich die Patientinnen mit ihrem eigenen Körperbild und –erleben sowie ihren Bewertungsmaßstäben auseinander (Tuschen-Caffier & Florin, 2002; Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht, Hilbert, 2003). Da viele Patientinnen gerade in Stress- oder Belastungssituationen essgestörtes Verhalten zeigen (Alpers & Tuschen-Caffier, 2001; Hilbert, Tuschen-Caffier, & Vögele, 2002; Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz, 1995; Tuschen-Caffier & Vögele, 1999), liegt der dritte Schwerpunkt von kognitiv-behavioralen Behandlungsansätzen auf der Veränderung des funktionellen Zusammenhangs zwischen Belastungen und Essverhalten. Hier werden verschiedene Techniken aus der Verhaltens- und kognitiven Therapie angewandt, wie Problemlöse- und Stressbewältigungstraining, Expositionstherapie und kognitive Interventionen im Sinne der kognitiven Umstrukturierung (Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993) oder der systemimmanenten Gesprächsführung (Fiegenbaum & Tuschen, 1996; Tuschen & Fiegenbaum, 1996).

Die interpersonelle Therapie bei Essstörungen basiert auf dem Konzept der interpersonellen Therapie zur Behandlung von Depressionen, das von Klerman, Weissman, Rounsaville und Chevron (1984) entwickelt wurde. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Veränderung von Belastungen im interpersonellen Bereich, die der Aufrechterhaltung des essgestörten Verhaltens zuträglich sind (Fairburn, 1993).

1.2 **Pathogenese von Essstörungen**

Wie Stice und Shaw (2004) in ihrer Meta-Analyse zu Präventionsprogrammen bei Essstörungen feststellen konnten, scheint es sinnvoll, Interventionen zu entwerfen, die etablierte Risikofaktoren bei der Essstörungspathologie reduzieren und protektive Faktoren stabilisieren. Interventionseffekte bezüglich der Essstörungspathologie werden mediiert von der Reduktion der Risikofaktoren. So ist vor der Konzeption eines Präventionsprogramms die genaue Kenntnis von Störungstheorien bzw. -modellen und Risikofaktoren notwendig.

1.2.1 **Störungsmodelle**

In der umfangreichen Literatur zu Störungstheorien und -modellen wurden rein psychodynamische, kognitiv-behaviorale oder biologische Erklärungsansätze von Modellen einer multifaktoriellen Genese abgelöst. Es existiert zwar kein einheitliches, empirisches Modell zur Pathogenese und Aufrechterhaltung von Essstörungen (Leon, Keel, Klump, & Fulkerson, 1997), jedoch besteht Konsens darüber, dass verschiedene prädisponierende Faktoren, auslösende Bedingungen und aufrechterhaltende Mechanismen miteinander interagieren (McGilley & Pryor, 1998; Waadt, Laessle & Pirke, 1992; Pudel & Westenhöfer, 1998). Die meisten derzeit in Lehrbüchern und Studien veröffentlichten Störungsmodelle zeigen ein „biopsychosoziales“ Modell. Es ist davon auszugehen, dass die relative Stärke, Kombination und Interaktion der verschiedenen Faktoren bei Individuen, die eine Essstörung entwickeln, variieren (Leon et al., 1997). Empirisch unterschiedlich abgesichert sind die verschiedenen in den Modellen postulierten Faktoren; es ist anzunehmen, dass viele dieser Faktoren eher Korrelate oder Folgen von Essstörungen sind (Jacobi, Paul & Thiel, 2004). Während die Modelle sich bei den Risikofaktoren zur Entstehung von Essstörungen ähneln, werden bezüglich der Aufrechterhaltung für die Anorexie (z.B. Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999), Bulimie (z.B. Tuschen-Caffier & Florin, 2002) und Binge-Eating-Störung (z.B. Munsch, 2003) verschiedene Mechanismen diskutiert. Gemeinsam ist den Modellen zur Aufrechterhaltung die Annahme von Rückkopplungsschleifen im Sinne eines selbstperpetuierenden Kreislaufprozesses.

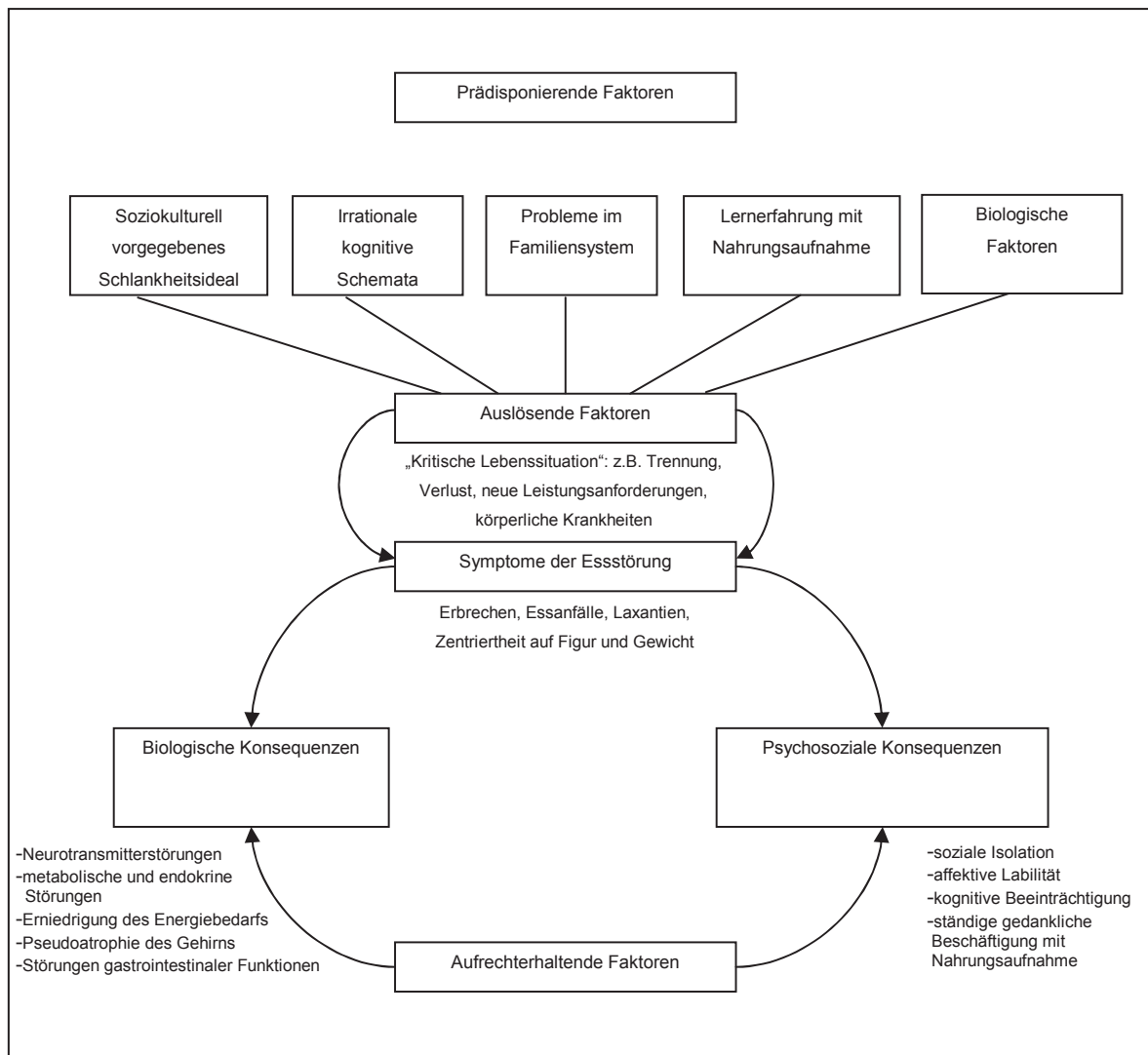


Abb. 1.1 Zusammenfassendes Störungsmodell für Anorexia nervosa und Bulimie nach Laessle, Wurmser & Pirke (2000)

Eine auch für Teilnehmerinnen eines Präventionsprogramms verständliche zusammenfassende Darstellung eines multifaktoriellen Störungsmodells für Anorexia und Bulimia nervosa findet sich bei Laessle, Wurmser & Pirke (2000). Das Modell (siehe Abb. 1.1) geht davon aus, dass prädisponierende Faktoren wie das soziokulturell vorgegebene Schlankeitsideal oder Bedingungen in der Familie schon vor Erkrankungsbeginn über einen längeren Zeitraum bestanden haben und möglicherweise auch in der Erkrankung weiter wirksam sind. Diese Faktoren dienen als Erklärung, warum eine Essstörung auftreten kann, der Zeitpunkt des ersten Auftretens der Erkrankung wird jedoch von auslösenden kritischen Lebensereignissen, wie Trennungs- oder Verlustereignissen oder Anforderungsänderungen,

bestimmt. Biologische und psychologische Veränderungen tragen zur Aufrechterhaltung des gestörten Essverhaltens bei, die Patienten geraten in einen sogenannten Teufelskreis.

1.2.2 Risikofaktoren

Eine von Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen und Kupfer (1997) veröffentlichte Typologie zu Risikofaktoren (siehe auch Überblicksarbeit von Jacobi & Esser, 2003) fordert, dass ein Risikofaktor dem Erkrankungsbeginn vorausgeht und in statistisch signifikantem und klinisch bedeutsamem Zusammenhang damit steht. Es wird unterschieden zwischen Risikofaktoren, die sich nicht verändern können oder verändert werden können (*Feste Marker*) und Risikofaktoren, die sich verändern können bzw. veränderbar sind (*Variable Risikofaktoren*). Bei den variablen Risikofaktoren wird weiterhin unterschieden zwischen *variablen Markern* und *kausalen Risikofaktoren*. Bei Präventionsmaßnahmen stehen kausale Risikofaktoren im Vordergrund, da nur bei diesen durch Veränderung die Wahrscheinlichkeit eines Erkrankungsbeginns reduziert werden kann (Shisslak & Crago, 2001). Bei variablen Markern verringert eine Veränderung nicht das Risiko des Erkrankungsbeginns. Kausale Risikofaktoren lassen sich ausschließlich mit Längsschnittstudien nachweisen. Mit Querschnittstudien, bei denen meist retrospektiv Informationen erhoben werden, lassen sich Korrelationen zwischen verschiedenen Faktoren und Essstörungspathologie feststellen, häufig kommt es hierbei jedoch zu einer Konfundierung von Risikofaktoren, Symptomen und Folgen von Essstörungen. Nichtsdestoweniger können mit diesen Studien wertvolle Daten über potentielle Risikofaktoren zusammengetragen werden, die dann einen Ausgangspunkt für die Testung in Längsschnittstudien bilden können (Striegel-Moore & Cachelin, 2001).

Anwendung in Bezug auf die Entstehung von Essstörungen erfuhr die Typologie von Kraemer et al. (1997) in einer ausführlichen Übersichtsarbeit von Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer und Agras (2004). Für diese Arbeit wurden rund 320 Studien und Übersichtsarbeiten ausgewählt, die sich auf psychosoziale und biologische Risikofaktoren bei der Entstehung von Essstörungen bezogen. Nur Studien mit einer Kontrollgruppe und einer zusätzlichen klinischen Stichprobe und Gruppengrößen von mehr als 10 Probanden

wurden in der Übersichtsarbeit berücksichtigt. Darüber hinaus wurde gefordert, dass das Follow-up-Intervall bei Längsschnittstudien wenigstens ein Jahr betrug. Sowohl bei Quer- als auch bei Längsschnittstudien wurden nur solche berücksichtigt, bei denen standardisierte, etablierte Fragebögen bzw. Diagnosekriterien nach DSM-III, -III-R und -IV Anwendung fanden.

Der folgende Überblick über soziokulturelle, biologische, individuelle und umweltbezogene Risikofaktoren orientiert sich an der Übersichtsarbeit von Jacobi et al. (2004) und folgt damit auch der Typologie von Kraemer et al. (1997) sowie einem weiterführenden Artikel von Kraemer, Stice, Kadzin und Kupfer (2001) zum Zusammenspiel verschiedener Risikofaktoren (z.B. als Mediatoren oder Moderatoren).

1.2.2.1

Soziokulturelle Risikofaktoren

Bezüglich soziodemographischer Risikofaktoren konnten durch querschnittliche Bevölkerungsbefragungen drei konsistente Befunde festgestellt werden. Während Essstörungen verglichen mit anderen psychischen Störungen relativ selten auftreten, ist die Prävalenz von Anorexia und Bulimia nervosa bei Frauen signifikant höher als bei Männern (DSM-IV-TR: Saß et al., 2003). Weibliches Geschlecht kann also als ein fester Marker bei der Entstehung von Essstörungen angesehen werden. Als weitere Risikofaktoren wurden Alter und Geburtskohorte festgestellt. Anorexia und Bulimia nervosa treten zuerst meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter auf (Newman et al., 1996), und in jüngeren Altersgruppen ist die Prävalenz im Allgemeinen höher als in älteren (Bushnell, Wells, Hornblow, Oakley-Browne, & Joyce, 1990).

Seit den 1980ern beschäftigt sich die Risikofaktorforschung stark mit der Hypothese, dass das durch die Medien propagierte Schönheits- und Schlankkeitsideal ein zentraler soziokultureller Faktor bei der Entstehung von Essstörungen ist, von dem insbesondere Mädchen und Frauen beeinflusst werden. Ausgangspunkt für Studien zum Einfluss des Schönheitsideals waren Beobachtungen eines Medien-Trends hin zu immer schlankeren Figuren in westlichen Industrieländern seit der Nachkriegszeit. Gleichzeitig wurde eine steigende

Inzidenzrate von Essstörungen in der Bevölkerung verzeichnet. Der Wandel der Darstellung von Frauen konnte in verschiedenen Zeitschriften wie Vogue, Ladies Home Journal und Playboy verzeichnet werden und wurde auch bei den Körpermaßen verschiedenen Schauspielerinnen und Miss America Teilnehmerinnen festgestellt (siehe z.B. Garner, Garfinkel, Schwartz, & Thompson, 1980; Morris, Cooper, & Cooper, 1989; Silverstein, Perdue, Peterson, & Kelly, 1986; Wiseman, Gray, Mosimann, & Ahrens, 1992). Dieser Trend hat sich bis heute weiter fortgesetzt (Owen & Laurel-Seller, 2000). Auch konnte der Einfluss der westlichen Medien auf gewichtsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen in anderen Kulturen oder ethnischen Minderheiten, die diesen Medien ausgesetzt waren, nachgewiesen werden (Miller & Pumariega, 2001). Schlankheit wird gleichgesetzt mit Lebensfreude, Willensstärke und sozialem und beruflichem Erfolg (Pudel & Westenhöfer, 1998), während Übergewicht mit negativen Vorurteilen wie Faulheit und einem Mangel an Selbst-Kontrolle behaftet ist (Wiese, Wilson, Jones, & Neises, 1992). Frappierend ist die immer größer werdende Diskrepanz zwischen Darstellungen von extrem schlanken Modells und der Anzahl von übergewichtigen Menschen in der Bevölkerung. So sorgen der herrschende Überfluss an Nahrungsmitteln und die häufig zu fettreiche, kohlenhydrat- und ballaststoffarme Ernährung dafür, dass in Deutschland mittlerweile jeder zweite Mensch übergewichtig und jeder fünfte bis sechste adipös ist (Deutsche Adipositas-Gesellschaft, 1998)

Der Einfluss der Medien auf eine Steigerung der (negativen) Beschäftigung mit Gewicht und Figur, Diäten und gestörtem Essverhalten konnte in zahlreichen korrelationalen und experimentellen Studien nachgewiesen werden (für einen Überblick siehe Levine & Smolak, 1996). Insgesamt werden in diesem Zusammenhang Prozesse der sozialen Verstärkung, des Modelllernens und des sozialen Vergleichs angenommen (Stice, 2002). Eine prospektive Studie von Stice, Spangler und Agras (2001) konnte zeigen, dass Versuchspersonen, die 15 Monate lang regelmäßig ein Modemagazin lasen, hinterher höhere Werte in Körperunzufriedenheit, Diäten, negativem Affekt und bulimischen Symptomen aufwiesen. Dieser Zusammenhang wurde aber nur bei Personen mit schon vorher vorhandener Körperunzufriedenheit, dem Druck, schlank sein zu müssen, und Defiziten in sozialer Unterstützung gefunden. Auch andere Autoren (z.B. Stice, Schupak-Neuberg, Shaw, & Stein, 1994; Posavac & Posavac, 2002; Posavac, Posavac, & Weigel, 2001; Thomsen, McCoy, &

Williams, 2001; Tiggeman, Gardiner, & Slater, 2000) diskutieren verschiedene Mediatoren wie die Internalisierung des Schönheitsideals, Selbst-Diskrepanzen, niedriges Selbstwertgefühl oder Probleme im familiären Umfeld. In diesem Bereich ist weitere Forschung gefordert, um festzustellen, wie verschiedene individuelle Faktoren miteinander interagieren und so individuelle Reaktionen auf das Schönheitsideal in den Medien verursachen.

Ingesamt belegen die Studien zum Schönheitsideal in den Medien deren Einfluss auf Körperwahrnehmung und Essverhalten. Methodisch ist hierbei eine starke Überrepräsentanz an Querschnittsstudien zu kritisieren, da nur längsschnittliche Studien wie die von Stice et al. (2001) eine kausale Verursachung belegen können. Stice (2002) kritisiert zudem, dass soziokulturelle Einflüsse bisher wenig in ätiologischen Modellen berücksichtigt worden sind.

1.2.2.2

Biologische Risikofaktoren

Serotoninmangel

Der am intensivsten untersuchte Neurotransmitter im Zusammenhang mit der Entstehung von Essstörungen ist das Serotonin. Essstörungspatienten weisen häufig ähnliche neuroendokrine Veränderungen wie Patienten mit Depressionen auf und zeigen auch psychopathologisch ausgeprägte depressive Symptome. Kontrollierte Therapiestudien belegen die Wirksamkeit von Antidepressiva bei Patienten mit Bulimia nervosa, wodurch die Hypothese, dass das serotonerge System eine zentrale Rolle sowohl für die affektive Regulation als auch für die Steuerung des Essverhaltens spielt, unterstützt wird.

Bei den Studien zum Serotoninmangel (für einen Überblick und Bewertung siehe Jacobi, Hayward et al., 2004) wurden bisher lediglich querschnittliche und retrospektive Daten erhoben, die nur als Korrelate gewertet werden können. Unklar bleibt hierbei, ob ein Serotoninmangel primär oder sekundär zu einer Essstörung auftritt, also auch psychodynamisch erklärt werden kann. Zudem kann alleine eine stark restriktive Diät zu einer Reduktion der Aminosäure Tryptophan, einem Vorläufer von Serotonin, führen.

Genetische Faktoren

Durch Familien- und Zwillingsstudien konnten Belege für die Theorie gefunden werden, dass genetische Komponenten bei der Entstehung von Essstörungen involviert sind (siehe Jacobi, Hayward et al., 2004; Pieri & Campbell, 1999). Bei Essstörungspatienten wurden höhere Raten von Anorexia und Bulimia nervosa bei direkten Verwandten festgestellt, es bleibt aber bisher offen, inwiefern eine genetische Verursachung vorliegt oder Aspekte einer geteilten Umwelt eine Rolle spielen. Zwillingsstudien belegen meistens eine signifikant höhere Konkordanz von Essstörungen bei monozygoten im Vergleich mit dizygoten Zwillingen. In einer Studie lag jedoch die Konkordanzrate bei dizygoten Zwillingen höher als bei monozygoten (Walters & Kendler, 1995). Insgesamt ist es aufgrund der niedrigen Prävalenzen von Zwillingen mit Essstörungen schwierig, das relative Verhältnis von additiven genetischen und individuumsspezifischen Einflüssen festzulegen (Striegel-Moore & Cachelin, 2001). Nach ihrer Durchsicht der verschiedenen Studien werten Jacobi, Hayward et al. (2004) genetische Faktoren als feste Marker bei der Entstehung von Essstörungen. Weiteren Aufschluss über die Beteiligung von Genen könnten in Zukunft molekularbiologische Untersuchungen geben.

Pubertät

Die Pubertät gilt als Zeit des erhöhten Risikos bei der Entwicklung von Essstörungen aufgrund der gesteigerten Gewichtszunahme im Zusammenhang mit der sexuellen Reifung. Die wahrgenommene Diskrepanz zum schlanken Schönheitsideal kann dadurch verstärkt werden und somit gesundheitsschädigendes gewichtskontrollierendes Verhalten auslösen (Killen et al. 1992). Zahlreiche Querschnittstudien zeigen eine klare Assoziation zwischen frühem Pubertätsbeginn und Essstörungssymptomatologie bzw. -diagnose; in Längsschnittstudien konnte dieser Zusammenhang aber bisher nicht belegt werden. So kann ein früher Pubertätsbeginn den Ergebnissen der Querschnittstudien nach lediglich als nicht-spezifischer fester Marker gewertet werden (Jacobi, Hayward et al., 2004).

Übergewicht

Kindliches Übergewicht wird als möglicher Risikofaktor bei der Entstehung von Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung angesehen, da hierdurch der soziale Druck, dünn zu

sein, sowie Körperunzufriedenheit und Diätbereitschaft gesteigert werden können (Stice, 1999). So konnte die Forschergruppe um Fairburn in ihren Querschnittsstudien zu Risikofaktoren bei der Entstehung von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung (Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999; Fairburn et al., 1998; Fairburn, Welch, Doll, Davies, & O'Connor, 1997) feststellen, dass kindliches Übergewicht zwischen Patienten mit einer Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung und Kontrollpersonen differenzierte. Um kindliches Übergewicht als spezifisches retrospektives Korrelat zu etablieren, werden Replikationsstudien gefordert (Jacobi, Hayward et al., 2004). Längsschnittstudien zu einem höheren BMI als Risikofaktor zeigen bisher uneinheitliche, nicht klar den Zusammenhang belegende Befunde (Jacobi, Hayward et al., 2004).

1.2.2.3

Individuelle Risikofaktoren

Behavioral

Als behavioraler Risikofaktor gilt das Diäthalten bzw. ein gezügeltes Essverhalten. Es wird postuliert, dass Diäten das Risiko für Essanfälle und für die Entstehung einer Bulimia nervosa erhöhen können. Nach der „Restraint“-Theorie (Polivy & Herman, 1985) führt Diäthalten zu dishibitioniertem Essen aufgrund von physiologischen (z.B. hormonale Umstellungen) und psychologischen Mechanismen (kognitiv beeinflusste Disinhibition). Sowohl Querschnitt- als auch Längsschnittstudien bestätigen weitestgehend diese Theorie; es konnten zahlreiche Belege für die Rolle von Diätverhalten bei der Entstehung von Essanfällen und Bulimie gefunden werden (für einen Überblick siehe Jacobi, Hayward et al., 2004).

Auch die erste experimentelle Studie von Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen und Taylor (1950), bei der gesunde Männer sechs Monate lang einer systematischen Diät unterzogen wurden, zeigte bei diesen neben einer Vielzahl von psychischen, körperlichen und sozialen Veränderungen auch das Auftreten von Heißhungeranfällen. Neuere experimentelle Studien konnten aber den Zusammenhang zwischen Diäthalten und vermehrt auftretendem Binge-Eating nicht durchgehend bestätigen; es wurden auch entgegengesetzte Ergebnisse gefunden. So zeigte zum Beispiel eine Stichprobe von Presnell und Stice (2003) nach einer experimentellen Intervention, bei der die Probanden erfolgreich an einer vorgeschriebenen Diät

teilnahmen, hinterher signifikant weniger bulimische Symptome. Neben methodischen Erklärungen für die zu anderen Studien diskrepanten Ergebnisse postulieren die Autoren, dass möglicherweise individuelle Persönlichkeitsunterschiede die Effekte von Diätverhalten auf Essstörungssymptome moderieren könnten. Quer- und längsschnittliche Forschung zu Korrelaten von Diätverhalten (z.B. Muir, Wertheim, & Paxton, 1999; Stice, Mazotti, Krebs, & Martin, 1998) konnte zeigen, dass u.a. ein höherer BMI, sozialer Druck bzw. Vergleich und Körperunzufriedenheit zu einem Anstieg von Diäten führen können.

Während man nach den Ergebnissen aus Längsschnittstudien von Diäten als einem variablen Risikofaktor nach Kraemer et al. (1997) ausgehen kann, gibt die experimentelle Forschung sowie die Forschung zu Korrelaten von Diätverhalten eher Hinweise darauf, dass es sich bei Diätverhalten um einen proximalen Risikofaktor nach Kraemer et al. (2001) handelt, also einen Faktor, der nur im Zusammenhang mit einem kausalen Risikofaktor ein bestimmtes (pathologisches) Ergebnis erzeugt.

Persönlichkeit

Selbstwert / Selbstkonzept

Am intensivsten diskutiert bei den Risikofaktoren, die in der Persönlichkeit eines Menschen liegen, sind Einflüsse des Selbstwertgefühls bzw. des Selbstkonzepts auf die Entwicklung von Essstörungen. So spielt ein niedriges Selbstwertgefühl eine zentrale Rolle in verschiedenen theoretischen Modellen von Essstörungen (siehe z.B. Bruch, 1962, 1973; Garner & Garfinkel, 1985). Im DSM-IV-R wird ein gestörtes Selbstwertkonzept im Sinne eines übermäßigen Einflusses von Figur und Körpergewicht auf die Selbstbewertung als Diagnosekriterium für die Anorexia und die Bulimia nervosa gefordert.

Ein geringes Selbstwertgefühl hat in zahlreichen Querschnittsstudien unabhängig von der Operationalisierung des Konstrukts signifikante Korrelationen mit gestörtem Essverhalten gezeigt, und auch die wenigen zu diesem Thema durchgeführten Längsschnittstudien zeigen weitestgehend ein negatives Selbstkonzept oder niedriges Selbstwertgefühl vor dem Beginn einer Essstörung (Überblick bei Jacobi, 2000; Jacobi, Hayward et al., 2004). Während bei den Querschnittsstudien die Differenzierung zwischen ätiologischem und diagnostischem

Merkmal schwer fällt, kann ein geringes Selbstwertgefühl aufgrund der prospektiven Befunde als ein variabler Risikofaktor klassifiziert werden (Jacobi, Hayward et al., 2004). Unklar bleibt aufgrund der mangelnden parallelen Überprüfung des Zusammenhangs an anderen psychiatrischen Patientengruppen die Spezifität dieses Risikofaktors für Essstörungen. In einer neueren Studie konnten Jacobi und ihre Mitarbeiter (Jacobi, Paul, de Zwaan, Nutzinger, & Dahme, 2004; Jacobi, Paul, de Zwaan, Nutzinger, Rustenbach, & Dahme, 2003) bei einem Vergleich von Essstörungspatienten mit gesunden Kontrollpersonen und zwei verschiedenen psychiatrischen Kontrollgruppen (Angststörungen und depressive Störungen) feststellen, dass Selbstkonzeptbeeinträchtigungen nur eine „relative“ Spezifität bei Essstörungen aufweisen. Bei allen klinischen Gruppen traten Selbstwertbeeinträchtigungen auf, aber mit Unterschieden in verschiedenen spezifischen Selbstkonzeptbereichen. So scheint die weitere Forschung zu spezifischen Komponenten innerhalb eines multidimensionalen Konstrukts des Selbstwerts sinnvoll. Mendelson, McLaren, Gauvin und Steiger (2002) fanden in diesem Zusammenhang heraus, dass der allgemeine Selbstwert von Essstörungspatienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen signifikant stärker abhängig ist von external attribuierten Dimensionen ihres körperlichen Selbstwertgefühls (z.B. „my looks help me to get dates“) im Gegensatz zu internal attribuierten Dimensionen (z.B. „I like what I see when I look in the mirror“).

Unzufriedenheit mit Gewicht und Figur

Es gibt viele Belege dafür, dass Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht und der Figur (im Folgenden abgekürzt als „Körperunzufriedenheit“) das Risiko erhöht, an einer Essstörung zu erkranken (Keel, Fulkerson, & Leon, 1997; Stice, Presnell, & Spangler, 2002). Diese Unzufriedenheit wird konzeptualisiert als ein multidimensionales Konstrukt, mit dem z.B. die Körperwahrnehmung über Einschätzungen der Körpermaße oder das körperliche (Selbstwert-) Konzept über kognitive und einstellungsbezogene Faktoren erfasst werden (Ghaderi, 2001). Häufig wird Körperunzufriedenheit ausgedrückt in dem Wunsch abzunehmen (Furnham, Badmin, & Sneade, 2002). Gleichzeitig ist das Merkmal aber auch wiederum ein diagnostisches Kriterium für Essstörungen (DSM-IV-R: Saß et al., 2003; ICD-10: Dilling et al., 2004), so dass die Differenzierung zwischen Ursache und Folge schwer fällt. Viele Studien beschäftigen sich mit der Erforschung von Faktoren, die zur Entstehung

von Körperunzufriedenheit führen. Als großer Einflussfaktor wird dabei die Vermittlung des schlanken Schönheitsideals durch die Medien gesehen. So fanden Groesz, Levine und Murnen (2002) in ihrer Meta-Analyse über experimentelle Studien klare Belege für die soziokulturelle Perspektive. Die Körperunzufriedenheit war in allen Untersuchungen größer, wenn vorher Darstellungen von dünnen Figuren gezeigt wurden. In einer prospektiven Studie konnte die Internalisierung des Schönheitsideals als Prädiktor für Sorgen um Gewicht und Figur nachgewiesen werden (Graff Low et al., 2003). Weiterhin wurden prospektiv als Prädiktoren für Körperunzufriedenheit ein höherer BMI, negative Affektivität und wahrgenommener Schlankheitsdruck von Peers gefunden (Presnell, Bearman, & Stice, 2004).

Weitere Risikofaktoren der Persönlichkeit

Verschiedene weitere prämorbidie Persönlichkeitseigenschaften werden in der Risikofaktorforschung als auslösend für eine Essstörungssymptomatik diskutiert. So konnte eine ***negative Affektivität*** in verschiedenen Quer- und Längsschnittstudien als Risikofaktor nachgewiesen werden, jedoch steht auch hier noch die Überprüfung der Spezifität aus (Jacobi, Hayward et al., 2004).

Fairburn und seine Mitarbeiter (Fairburn et al. 1997, 1998, Fairburn, Cooper et al., 1999) konnten in ihren Studien prämorbid bei Anorexie- nicht aber bei Bulimie-Patienten höhere ***Perfektionismus***-Werte feststellen. Im Längsschnitt bestätigte sich dieser Zusammenhang bisher jedoch nicht eindeutig (Killen et al., 1994; 1996; Leon, Fulkerson, Perry, & Early-Zald, 1995; Leon, Fulkerson, Perry, Keel, & Klump, 1999), so dass diese Persönlichkeitseigenschaft in Zusammenhang mit Essstörungen lediglich als Korrelat gelten kann. Bei der Überprüfung eines Modells zur Entwicklung bulimischer Symptome fanden Vohs, Bardone, Joiner, Abramson und Heatherton (1999), dass Frauen mit hohen Werten in Perfektionismus, die sich selbst als übergewichtig einschätzten, nur in Interaktion mit einem niedrigen Selbstwertgefühl bulimische Symptome entwickelten.

Weiterhin wird eine mangelhafte ***Interozeptionsfähigkeit***, d.h. Schwierigkeiten bei der Interpretation von internen (emotionalen und gastrointestinalen) Stimuli, als prädiktiv für die Entwicklung einer Essstörungssymptomatologie diskutiert. Dieser Faktor konnte bisher auch

in einigen Längsschnittstudien als prädiktiv hauptsächlich für bulimische Symptome nachgewiesen werden, so dass er von Jacobi, Hayward et al. (2004) als variabler Risikofaktor eingeschätzt wird. Unklar ist hier ebenso wie bei der negativen Affektivität wiederum die Spezifität für die Entstehung von Essstörungen.

1.2.2.4

Umweltbezogene Risikofaktoren

Familiäre Einflüsse

Neben der Erforschung von familiären Einflüssen auf der genetischen Ebene (siehe oben) stehen familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster im Blickpunkt als mögliche Risikofaktoren.

Bereits in den 70er Jahren identifizierten Minuchin, Rosman und Baker (1978) fünf pathogene Kommunikationsmuster einer „anorektischen Familie“: ‚Verstrickung‘, ‚Überprotektivität‘, ‚Rigidität‘, ‚Konfliktvermeidung‘ und ‚schlechte Konfliktlösung‘. Die Untersuchung wurde jedoch wegen methodischer Schwächen kritisiert, und spätere Forschung stellte fest, dass es bei familiären Mustern schwierig ist, zwischen Ursache und Effekt der Essstörung eines Familienmitglieds zu unterscheiden. Obwohl es auch in neuerer Zeit Befunde für gestörte familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster gibt (z.B. Casper & Troiani, 2001; Wade, Bulik, & Kendler, 2001; Wonderlich, Klein, & Council, 1996), können diese aufgrund ihrer meist querschnittlichen Natur nur als unspezifische Faktoren gewertet werden (Jacobi, Hayward et al., 2004). In einer prospektiven Studie (Byely, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000) zeigte sich die Wahrnehmung von Familienbeziehungen als signifikanter Prädiktor für Diätverhalten, aber nicht für die Ausprägung der Körperunzufriedenheit.

Eine Studie von Crowther, Kichler, Sherwood und Kuhnert (2002) untersuchte drei Ebenen von familiären Variablen: allgemeine dysfunktionale Familienbeziehungen, familiäre Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich Essen (externale Kontrolle der Nahrungsaufnahme, Regeln bezüglich familiärer Mahlzeiten und der Gebrauch von Essen als Verstärker) und negative familiäre Kommunikation, d.h. negative Kommentare über das Aussehen und

Druck, Diäten durchzuführen. Während die Ergebnisse der Studie auch allgemeine dysfunktionale Familienbeziehungen als einen Prädiktor für die Entstehung von Bulimia nervosa bestätigten, zeigten sich als stärkste signifikante Prädiktoren für die Ausprägung der Symptomatologie einer Bulimia nervosa eine negative Familienkommunikation, mehr Regeln bezüglich familiärer Mahlzeiten und weniger externe Kontrolle der Nahrungsaufnahme. Die Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit, verschiedene Ebenen von familiären Variablen zu untersuchen, damit familiäre Mechanismen bei der Entstehung von Essstörungen vollständig verstanden werden können.

Im Hinblick auf eine familiäre Transmission (im Sinne des Modelllernens) ist die Befundlage eher heterogen. Es konnte gezeigt werden, dass Töchter von Müttern mit gezügelterm Essstil ebenfalls gezügelt essen (Franzen & Florin, 1995). Ein solcher kalorienreduzierter und unausgewogener Essstil gilt als ein zentraler Risikofaktor für die Ausbildung von Essstörungen. Neuere Studien (Byely et al., 2000; Griffiths & McCabe, 2000; Ogden & Steward, 2000) konnten jedoch keine Belege für eine Übertragung des Essverhaltens von Müttern auf Töchter durch direktes Modelllernen finden. Allerdings fanden Ogden und Steward (2000) Unterstützung für die sogenannte „interaktive Hypothese“: Die Mädchen in dieser Studie zeigten ein höheres restriktives Essverhalten, wenn die Mütter z. B. von niedriger eigener Autonomie berichteten. Auch andere Studien fanden eher Hinweise für einen indirekteren Einfluss des elterlichen Verhaltens auf eine Essstörungsproblematik, wie z.B. durch Überbehütung (Tata, Fox, & Cooper, 2001), durch übermäßige Schamgefühle (Murray, Waller, & Legg, 2000), durch ein traditionelleres Rollenverständnis der Mütter (McHale, Corneal, Crouter, & Birch, 2001) oder überhöhten Perfektionismus bei den Müttern (Woodside et al., 2002).

Auch ein unsicherer Bindungsstil wird als Risikofaktor für die Ausprägung einer Essstörung angesehen. So wird davon ausgegangen, dass Frauen mit einem unsicheren Bindungsstil sensibler sind für die Meinungen anderer und somit soziokulturell vermittelte Botschaften bezüglich des Aussehens stärker internalisieren und idealisieren. U.a. fanden Broberg, Hjalmer und Nevonen (2001) und Sharpe et al. (1998) in ihren Untersuchungen Belege für diese Hypothese.

Ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung kann die psychiatrische Erkrankung von Familienangehörigen sein. So finden sich in den Familien von essgestörten Patienten häufiger auch Familienmitglieder mit Essstörungen, affektiven Störungen und einigen Angststörungen (Panikstörung, generalisierte Angststörung und Zwangsstörung). Bei Familienmitgliedern von bulimischen Patienten ist zudem eine Häufung von Störungen des Substanzmissbrauchs zu beobachten. Jacobi, Hayward et al. (2004) weisen in ihrem Überblick zu Studien zur familiären Häufung von psychiatrischen Erkrankungen einschränkend aber darauf hin, dass die Ergebnisse weitestgehend auf klinischen Stichproben von Essstörungspatienten beruhen, bei denen davon auszugehen ist, dass die familiäre Psychopathologie im Verhältnis zu Bevölkerungsstichproben erhöht ist.

Peerbeziehungen

Zum Einfluss von Peers als einem Risikofaktor bei der Entstehung einer Essstörung liegen weniger Studien vor als zu Familienbeziehungen, und die Beweislage ist inkonsistent. Einige Studien fanden, dass insbesondere bei Mädchenfreundschaften oft eine Subkultur geschaffen wird, die Schlankheit und Diäthalten eine große Bedeutung zuschreibt und Normen in diesen Bereichen etabliert (Paxton, 1999; Wertheim, Paxton, Schutz, & Muir, 1997). Dadurch ausgelöste Gewichtssorgen können zur Entwicklung eines gestörten Essverhaltens beitragen (Taylor et al., 1998; Thompson, Coover, & Stormer, 1999). Bei ihrer Untersuchung verschiedener Risikofaktoren fanden Griffiths und McCabe (2000) jedoch, dass bei Einbezug anderer Faktoren der Einfluss von Peers auf die Entwicklung von Essstörungen nicht mehr ausschlaggebend war. In einer weiteren Studie wurde gezeigt, dass Eltern weit mehr soziokulturelle Botschaften vermitteln als Peers oder die Medien (McCabe & Ricciardelli, 2003).

Als belegt angesehen werden kann jedoch der Schlankheitsdruck, der durch die Zugehörigkeit zu bestimmten sportlichen Gruppen entsteht (Smolak, Murnen, & Ruble, 2000) und ein erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Essstörung birgt, insbesondere bei Menschen mit bestimmten Persönlichkeitseigenschaften wie hohem Perfektionismus (Fulkerson, Keel, Leon, & Dorr, 1999).

1.2.3 Protektive Faktoren

Neben der Forschung zu Risikofaktoren gewinnen zunehmend salutogene Konzepte an Bedeutung, d.h. protektive Faktoren. Die Definition eines protektiven Faktors wird bisher nicht einheitlich gehandhabt (Jacobi & Esser, 2003). Generell wird zwischen zwei Arten von protektiven Faktoren unterschieden:

1. Resilienz (personale, individuelle Ressourcen)
2. Soziale Ressourcen (Schutzfaktoren von Seiten der Familie und soziokulturellen Umwelt)

Häufig werden protektive Faktoren lediglich als Kehrseite von Risikofaktoren definiert oder beschreiben das Nichtvorhandensein von bestimmten Risiken (Laucht, Esser, & Schmidt, 1997; Rutter, 1990). Zeitlich sollte ein protektiver Faktor vor Eintritt eines Risikos bereits vorhanden gewesen sein. Laucht et al. (1997) und Rutter (1990) fordern zudem, dass die Wirkung von Schutzfaktoren nur in Verbindung mit einem Risiko auftritt, diese also einen Moderatoreffekt oder Pufferwirkung besitzen.

Während es eine umfassende Befundlage hinsichtlich genereller protektiver Faktoren bzw. Resilienz gibt, liegen hinsichtlich spezifischer protektiver Faktoren in Bezug auf die Entstehung bzw. auf die Verhinderung der Entstehung von Essstörung bisher relativ wenige Studien vor. Crago, Shisslak und Ruble (2001) benennen in einem Überblickskapitel folgende individuelle Ressourcen: hohes Selbstbewusstsein und das Vorhandensein von „Life Skills“ wie Problemlösefähigkeiten. Eine soziale Ressource ist sportliche Aktivität (ausgenommen in elitären, schlankkeitsfordernden Sportarten). Die Autoren merken jedoch an, dass es für spezifische protektive Faktoren bisher keine umfassende längsschnittliche Evidenz gibt.

1.2.4 ***Auslösende Ereignisse***

In den meisten Fällen gehen der Erkrankung an einer Essstörung auslösende Ereignisse, sogenannte kritische Lebensereignisse voraus (z.B. Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews, & Treasure, 1997; Welch, Doll, & Fairburn, 1997). Während prädisponierende Faktoren eine Erklärung bieten für eine Vulnerabilität gegenüber Essstörungen, bestimmen auslösende Ereignisse den Zeitpunkt der Erkrankung. Durch diese Ereignisse wird der Patient vor Anpassungsanforderungen gestellt, denen er zu diesem Zeitpunkt nicht gewachsen ist.

Häufig findet sich in retrospektiven Berichten von Essstörungspatienten ein sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte (z.B. Welch & Fairburn, 1994). Jacobi, Hayward et al. (2004) fanden bei der Durchsicht der entsprechenden Studien aber, dass sowohl sexueller Missbrauch als auch andere belastende Lebensereignisse nicht spezifisch als Risikofaktor gelten können, da auch bei anderen psychischen Störungen die Anzahl solcher negativen Lebensereignisse erhöht ist.

Troop, Holbrey und Treasure (1998) konnten zeigen, dass bei Essstörungspatienten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen stärker dysfunktionale Coping-Strategien im Umgang mit Stress und belastenden Lebensereignissen vorherrschten.

1.2.5 ***Aufrechterhaltende Faktoren***

Durch die Erkrankung an einer Essstörung kommt es zu biologischen und psychologischen Veränderungen, die die Erkrankung aufrechterhalten können. Die Mechanismen sind bei der Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung unterschiedlich, und auch innerhalb der Störungen weichen die Erklärungsmodelle zur Aufrechterhaltung voneinander ab. Exemplarisch wird im Folgenden für jede der drei Essstörungen ein Erklärungsansatz bzw. -modell zur Aufrechterhaltung dargestellt.

Anorexia nervosa

Ein kognitiv-behaviorales Modell, das sich ausschließlich auf die Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa konzentriert, wurde von Fairburn, Shafran und Cooper (1999) entwickelt. Die Autoren benennen als zentralen Ausgangspunkt für die Aufrechterhaltung ein extremes Kontrollbedürfnis bezüglich des Essens. Dahinter steht ein generelles Bedürfnis zur Selbstkontrolle, das sich aus einem Gefühl der Ineffektivität und hohem Perfektionismus gepaart mit länger währendem niedrigem Selbstwertgefühl entwickelt hat. Personen, die eine Anorexia nervosa entwickeln, versuchen zuerst in anderen Lebensbereichen, wie Arbeit oder Sport, Kontrolle zu erlangen. Angesichts des wahrgenommenen Scheiterns bei der Erreichung von Kontrolle in diesen Bereichen erhält die Kontrolle über das Essen bald aber einen vorrangigen Stellenwert, da hier Erfolge besser erreicht werden können.

Die Zügelung des Essens wird dann aufrechterhalten über drei Feedback-Mechanismen mit dem Resultat, dass die Erkrankung selbstverstärkend wird. Als erster Mechanismus wirkt hierbei die direkte Verstärkung, die das Diäthalten für das Gefühl der Selbst-Kontrolle bringt. Steigende Kontrolle über das Essen wird zu einem Index für generelle Selbstkontrolle und Selbstbewusstsein. Zusätzlich wird dies unterstützt durch eine Einengung der Interessen auf das Essen (siehe zweiten Mechanismus). So wird das Verhalten des restriktiven Essens sehr resistent gegenüber Veränderungen. Als zweiten Mechanismus nennen die Autoren die verschiedenen physiologischen und psychologischen Veränderungen, die das Diäthalten nach sich zieht. Diese Veränderungen unterstützen die weitere Essensrestriktion durch die Untermauerung des Gefühls der Selbstkontrolle. Zum Beispiel gehen mit dem graduellen „Verhungern“ eine vorrangige Beschäftigung mit dem Essen, eine Einengung der Interessen und eine mangelnde Konzentrationsfähigkeit einher, die die Tendenz, die Kontrolle über das Essen als Index für Selbstkontrolle und Selbstwert zu nehmen, verstärken. Zusätzlich verstärken als dritter Mechanismus extreme Sorgen über Gewicht und Figur das Diäthalten. Gewichts- und Figurveränderungen werden auch als Indikator von Selbstkontrolle genutzt. So kann auch die Entwicklung einer bulimischen Anorexie erklärt werden, da ein Nachlassen des Gewichtsverlust von den Betroffenen als Kontrollverlust interpretiert wird und sie dann zu weiteren Maßnahmen wie exzessivem Sporttreiben, selbstinduziertem Erbrechen oder dem Gebrauch von Laxantien greifen.

Die Stärke des Modells von Fairburn et al. (1999) liegt in der Integration von behavioralen und kognitiven Aspekten bzw. in der Synthese verschiedener bereits existierender Theorien zur Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa. Als Einwand machen die Autoren geltend, dass Anorexia in nicht-westlichen Kulturen auch ohne Gewichts- und Figursorgen auftritt. Durch den zentralen Punkt der Selbstkontrolle kann die Theorie jedoch auch in der Abwesenheit solcher Sorgen die Aufrechterhaltung der Anorexia erklären. In Bezug auf die Behandlung der Anorexia nervosa wird gefordert, dass in der Therapie der Fokus mehr auf den zentralen Aspekt der Selbstkontrolle gelegt wird. Es sollte versucht werden, die Selbstkontrolle umzuleiten und zu moderieren.

Bulimia nervosa

Patienten mit Bulimia nervosa geraten in einen Teufelskreis aus Essanfällen und kompensierenden Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, wie Schlankheitskuren oder Erbrechen. Durch diesen Teufelskreis wird die Symptomatik einer Bulimia nervosa stabilisiert (Tuschen-Caffier & Florin, 2002).

Als entscheidend bei der Aufrechterhaltung werden im Allgemeinen zwei Mechanismen angenommen. Zum einen löst das Diäthalten einen körperlichen Mangelzustand aus, der zu einem gesteigerten Nahrungsbedürfnis und in Folge zu Essanfällen führt. Dadurch entsteht wiederum Angst vor einer Gewichtszunahme, aus der heraus Diäten oder andere kompensierende Maßnahmen fortgesetzt werden (Tuschen-Caffier & Florin, 2002). Zum anderen trägt ein negativer Affekt zur Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa bei. Essanfälle lösen negative Gefühle wie Schuld- und Angst aus, denen Bulimie-Patienten mit kompensatorischen Maßnahmen und weiteren Essanfällen versuchen zu entkommen. So konnten Alpers und Tuschen-Caffier (2001) im Vergleich zu Kontrollgruppen bei Bulimie-Patientinnen einen Zusammenhang zwischen negativem Affekt und dem Wunsch zu Essen feststellen. Auch verschlechterte sich bei diesen Patientinnen die Gefühlslage nach einem Essanfall, während sie nach dem Erbrechen zum Ausmaß wie vor dem Essanfall zurückkehrte. Fairburn et al. (2003) bestätigten in einer prospektiven Studie die Rolle negativer Gefühle bei der Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa, während für das restriktive Essverhalten der angenommene Effekt nicht gefunden wurde.

Binge-Eating-Störung

Für die Binge-Eating-Störung findet sich ein Überblick über aufrechterhaltende Mechanismen bei Munsch (2003). Zum einen führt ein gestörtes Essverhalten mit einer kohlehydratarmen, fettreichen Ernährung zu einer Erhöhung der Stressanfälligkeit, die wiederum das Auftreten von Essanfällen begünstigt. Zum anderen werden physiologisch das Auftreten von Hungergefühlen und Appetit und damit auch Heißhungerattacken umso wahrscheinlicher, je restriktiver die Nahrungsaufnahme ist. Auch kognitive Prozesse, wie das Gefühl des Kontrollverlusts bei Verstößen gegen subjektive Diätregeln, können zur Aufrechterhaltung der Essanfälle beitragen. Da jedoch Forschungsergebnisse gezeigt haben, dass nicht bei allen Patienten mit einer Binge-Eating-Störung vor den Essanfällen eine Diät durchgeführt wurde, wird auch eine mangelnde Fähigkeit zur Impulskontrolle als aufrechterhaltender Faktor diskutiert. Weiterhin wirken Konditionierungsmechanismen bei der Aufrechterhaltung der Binge-Eating-Störung. Sowohl sensorische Reize (Anblick, Geschmack und Geruch von Nahrungsmittel) als auch bestimmte Gefühlszustände wie Wut, Langeweile oder Einsamkeit können über klassische Konditionierungsprozesse die unkontrollierte Nahrungszufuhr immer wieder auslösen. Kurzfristig dienen Essanfälle bei Personen mit Binge-Eating-Störung der Spannungsregulation. Langfristig führt diese Konfliktlösungsstrategie jedoch dazu, dass Insuffizienzgefühle und eine niedrige Einschätzung der Selbstwirksamkeit vorherrschen, wodurch das gestörte Ernährungsverhalten weiter aufrecht erhalten wird.

1.3 Prävention von Essstörungen

1.3.1 *Prävention*

Prävention wird allgemein als „Vorbeugung gegen Krankheiten und ihre Folgen“ definiert (Häcker & Stapf, 1998, S.656). Nach Caplan (1964) unterscheidet man bei Präventionsstrategien im Bereich psychischer Störungen zwischen drei Ebenen: Die *primäre* Prävention setzt sich zum Ziel, das Auftreten von psychischen Störungen in einer Population zu verhindern, während unter *sekundärer* Prävention die Früherkennung und die Verhinderung schwerer Störungen verstanden wird. Bei der *tertiären* Prävention werden Maßnahmen zur Verringerung von Beeinträchtigungen bei bereits bestehenden Störungen ergriffen.

Die Begriffe primäre und sekundäre Prävention werden häufig unterschiedlich benutzt, die Terminologie ist nicht immer eindeutig (Kaplan, 2000). So definiert die World Health Organization (Pan American Health Organization, 1996) *primäre* Prävention als die Prävention des Ausbruchs einer ersten Krankheitsepisode und *sekundäre* Prävention als die Verhinderung weiterer Episoden einer Krankheit. Munoz, Mrazek und Haggerty (1996) teilen die primäre Prävention auf in (1) *universelle* Programme und (2) Programme, die *selektiv* für bestimmte Risikogruppen der Bevölkerung, die bisher noch keine Symptome einer Erkrankung zeigen, angeboten werden. In der sekundären Prävention bezieht sich der Begriff der *indizierten* Prävention auf Interventionen, die auf hoch risikobehaftete Personen abzielen, bei denen sich schon minimale, aber erfassbare Symptome einer Krankheit zeigen.

Von der krankheitsorientierten Herangehensweise der Prävention unterschieden wird die *Gesundheitsförderung*. Während die Prävention die Vermeidung von Erkrankungen durch die Reduktion von Belastungen und Risiken zum Ziel hat, strebt der salutogene Ansatz der Gesundheitsförderung vor allem die Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen an (Ottawa-Charta der WHO, 1986). Da beide Herangehensweisen die Gesundheit der Bevölkerung in den Mittelpunkt stellen, sollten sie als einander ergänzend betrachtet werden. Präventionsprogramme sollten nicht nur der gezielten Krankheitsvermeidung dienen,

sondern auch helfen, die allgemeine Gesundheit zu verbessern (Walter, Schwartz & Hoepner-Stamos, 2001).

Es wird gefordert, dass sich die Prävention zu einer immer wichtiger werdenden Komponente im Gesundheitswesen entwickeln soll. Effektive Präventionsmaßnahmen sollen in allen Gebieten der Gesundheitsversorgung implementiert werden. In Deutschland soll ein Präventionsgesetz dazu beitragen, dass Prävention und Gesundheitsförderung im Gesetz verankert werden.

Dem gegenüber steht eine Wirklichkeit, die ganz anders aussieht. Renn (1999) kommt nach einer Durchsicht der präventiven Ausgaben für Gesundheitsvorsorge und Früherkennung in Deutschland im Zeitraum zwischen 1970 und 1997 zu dem Schluss, dass diese gegenüber den Ausgaben für Behandlung „verschwindend gering“ (S.79) sind und somit die Prävention immer noch „im Schatten der Therapie steht“ (S.79). Im Jahr 2004 lagen die deutschen Gesundheitsausgaben bei 233983 Millionen Euro. Lediglich 9148 Millionen Euro (~3.9%) davon entfielen auf Prävention und Gesundheitsschutz (Statistisches Bundesamt, 2006). Dabei ließen sich theoretisch nach neuen deutschen Berechnungen 25-30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden (Schwartz et al., 1999)

Nachdem 1996 gesundheitsfördernde Maßnahmen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen von der damaligen Regierung herausgenommen wurden, führte die Gesundheitsreform 2000 die „Prävention und Selbsthilfe“ wieder als gesetzliche Kassenleistung ein. Der im Koalitionsvertrag 2002 vereinbarte Ausbau der Prävention zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen scheiterte mit der Ablehnung des Entwurfs des Präventionsgesetz im Sommer 2005 im Bundesrat. Hardt (2005) kritisiert, dass bei dem Entwurf für das Präventionsgesetz kein echter „Paradigmenwechsel“ auszumachen sei. Der Aspekt der Kostendämpfung und die Erhaltung des bestehenden Systems stehen zu sehr im Vordergrund. Die ärztliche und psychologische Psychotherapie, in der das Präventionsdenken eine lange Tradition hat, werde bei dem geplanten Präventionsgesetz zu wenig

eingebunden. Entgegen der Maxime „Vorbeugen ist besser als Heilen“ herrscht also weiterhin eine defizitäre Situation bezüglich der Prävention vor (siehe Röhrle, 1999).

1.3.2

Programme zur Prävention von Essstörungen

Obwohl die Prävalenzzahlen von Essstörungen im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen eher gering sind, gibt es Gründe, die für die Entwicklung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich sprechen. Zum einen sind subklinische Formen von Essstörungen mittlerweile fast epidemisch verbreitet (vgl. Kap. 1.1.2), zum anderen erhalten weniger als 1/3 der Betroffenen eine Behandlung (Fairburn et al., 2000), und die Behandlungserfolge sind begrenzt. Verlaufsuntersuchungen zeigen relativ hohe Raten von nur partiellen Remissionen bei Essstörungen (vgl. Kap. 1.1.3). Auch die schwer wiegenden gesundheitlichen und psychosozialen Folgeprobleme einer Essstörungen sowie ein erhöhtes Mortalitätsrisiko (vgl. Kap. 1.1.3) begründen die Notwendigkeit zur Prävention.

So hat sich in den letzten Jahren ein verstärktes Forschungsinteresse an der Prävention von Essstörungen gezeigt, und verschiedene Präventionsprogramme wurden entwickelt. Ein Großteil der bisher – meist im englischsprachigen Raum – veröffentlichten Programme zur Prävention von Essstörungen ist im universellen bzw. primären Präventionsbereich angesiedelt und als Trainingsprogramm an Schulen und Universitäten durchgeführt worden. Im deutschen Sprachraum existiert eine Fülle von Angeboten zur Prävention von Essstörungen (siehe z.B. <http://www.bzga-essstoerungen.de/praevangbot.htm>) und viel Literatur in Form von Broschüren (z.B. Broschüre „Ess-Störungen. Bulimie–Magersucht–Ess-Sucht“ der BZgA) mit Angaben zu verschiedenen präventiven Übungen. Zum Zeitpunkt des Beginns dieser Forschungsarbeit (Juli 2001) lag jedoch – nach Kenntnisstand der Autorin dieser Arbeit – keine Veröffentlichung aus dem deutschsprachigen Bereich mit einer systematischen Evaluation eines indizierten Präventionsprogramms zu Essstörungen vor. Die meisten vorliegenden (systematisch evaluierten) Studien zur Prävention mit Risikogruppen sind in der selektiven Prävention angesiedelt, einige wenige können als indiziert (aber nicht systematisch evaluiert) bezeichnet werden. Insgesamt sind es jedoch weit weniger Studien als im universellen Präventionsbereich.

1.3.2.1 *Universelle Präventionsprogramme*

Im Rahmen der universellen Prävention von Essstörungen wurden bisherige Studien fast ausnahmslos in Schulen oder an Universitäten durchgeführt, da hier Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene am besten erreicht werden können (z. B. Buddeberg-Fischer, 2000; Carter, Stewart, Dunn & Fairburn, 1997; Dalle Grave, De Luca, & Campello, 2001; Friedman, 1998; Johannsen & Rieckenberg, 1997; Kater, Rohwer, & Levine, 2000; Köster, Dannigkeit & Tuschen-Caffier, 2001; Levine, Piran, & Stoddard, 1999; Phelps, Dempsey, Sapia, & Nelson, 1999; Rosenvinge & Borresen Gresko, 1997; Springer, Winzelberg, Perkins, & Taylor, 1999). Zielgruppe sind bei den meisten Studien Mädchen, einige Studien beziehen aber auch Jungen mit in ihr Präventionsprogramm mit ein.

Stice und Shaw (2004) konnten bei ihrer Metaanalyse von Studien zur Prävention von Essstörungen eine „Generationen-Entwicklung“ ausmachen (siehe Abbildung 1.2). Neben dieser Metaanalyse zeigen auch verschiedene Übersichtsartikel (Austin, 2000; Ciliska, Beyers, Vohra, & McVey, 2001; Franko & Orosan-Weine, 1998; Rosenvinge & Borresen, 1999) und Buchkapitel (Levine & Piran, 2001; Levine & Smolak, 2001) eine methodische und inhaltliche Entwicklung der Präventionsprogramme in den letzten Jahren auf.

Die sogenannte erste Generation von Programmen ist der universellen Prävention zugeordnet. Die Programme hatten einen didaktischen Ansatz mit dem Ziel der Vermittlung von Informationen über negative Auswirkungen von Diäten und anderen Methoden der Gewichtskontrolle und über Essstörungen und ihre Folgen. Die verwendete Didaktik basiert auf dem KAP-Modell (Knowledge, Attitude, Practice). Annahme des Modells ist, dass durch abschreckende Informationen über schädigende Konsequenzen eines Verhaltens Menschen von der Entwicklung entsprechender Verhaltensweisen abgehalten würden. In der Praxis, vor allem bedingt durch dysfunktionale kognitive und emotionale Überzeugungen der Teilnehmer, hat sich diese Annahme nicht bestätigt (Rosenvinge & Borresen, 1999). Die meisten dieser Studien konnten einen Zuwachs im Wissen nachweisen, es wurden aber keine Veränderungen von essstörungsrelevanten Einstellungen oder Verhaltensweisen festgestellt. Zwei Studien (Carter, Stewart, Dunn, & Fairburn, 1997; Mann et al., 1997) mussten sogar über

kontraproduktive Effekte der evaluierten Präventionsprogramme berichten. Beim Follow-up zeigte sich bei Teilnehmern der beiden Studien ein Anstieg in Merkmalen von essgestörtem Verhaltensweisen wie gezügeltem Essen. In Folge entstand eine Diskussion um den Nutzen primärer Präventionsmaßnahmen (Carter, Stewart, & Fairburn, 1998; Cohn & Maine, 1998; Mann & Burgard, 1998), aus der für die weitere Forschung der Aufruf entstand, die gefundenen Ergebnisse zu nutzen, um ineffektive Programme durch effektivere zu ersetzen.

<u>1. Generation</u>	→	<u>2. Generation</u>	→	<u>3. Generation</u>
Universell		Universell		Universell und Selektiv
Didaktisch		Didaktisch		Interaktive Übungen
Fokus: „Abschreckende“ Informationen über Essstörungen		Fokus: soziokultureller Druck / Schlankheitsideal		Fokus: Nachgewiesene Risikofaktoren

Abb. 1.2 Entwicklung der Präventionsprogramme zu Essstörungen (nach Stice & Shaw, 2004)

Die zweite Generation von Programmen – immer noch universell und didaktisch vom Ansatz her – bezog Programmbausteine zur Entwicklung von Widerstand gegen den soziokulturellen Schlankheits-Druck mit ein, da diesem eine Schlüsselrolle in der Ätiologie von Essstörungen zugeschrieben wurde. Rosenvinge und Borresen (1999) kritisieren in diesem Zusammenhang, dass bei vielen Programmen die gründliche Erforschung von verschiedenen spezifischen Risikofaktoren versäumt worden ist.

Bei der dritten Generation von Präventionsprogrammen wird der Fokus nun auf Risikofaktoren gelegt, die sich bei der Entwicklung von Essstörungen relevant gezeigt haben. Es

wird mit interaktiven Übungen gearbeitet, d.h. die Inhalte werden mehr gemeinsam mit den Teilnehmern gestaltet. Unter diese dritte Generation von Präventionsprogrammen fassen Stice und Shaw (2004) auch selektive Programme, die sich auf Risikogruppen beziehen (siehe Kap. 1.3.2.2). Inhaltlich orientieren sich die Programme an den verschiedenen empirisch nachgewiesenen Risikofaktoren, meist zeigt sich aber ein inhaltlicher Schwerpunkt. In einigen Programmen steht das Erlernen von Kompetenzen im Umgang mit den Medien (*Media Literacy*) im Mittelpunkt. Ziel ist hierbei die Entwicklung einer kritischen Denkfähigkeit und Hinterfragung des gesellschaftlichen Schlankheitsideals (z.B. bei dem GO GIRLS! Programm (Levine, Piran, & Stoddard, 1999)). Der Umgang mit dem Einfluss von Peers auf die Entwicklung exzessiver Sorgen um Figur und Gewicht wird z.B. in dem schulbasierten Präventionsprogramm von Friedmann (1998) schwerpunktmäßig behandelt. Andere Programmen streben hauptsächlich den Aufbau des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenzen an (z.B. Phelps et al., 1999). Körperwahrnehmung und Essverhalten bilden einen weiteren inhaltlichen Schwerpunkt (z.B. Dalle Grave et al., 2001). Insgesamt sind die neueren Programme erfolgreicher; es konnte nicht nur ein Wissenszuwachs bei den Teilnehmern erreicht werden, sondern es zeigten sich auch Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Jedoch bleiben die gefundenen Effekte im kleinen bis mittleren Bereich (Stice & Shaw, 2004).

Häufig resultiert aus der bisherigen Forschung zur primären Prävention von Essstörungen die Schlussfolgerung, dass zielgerichtete (selektive und indizierte) Interventionen mit Risikogruppen sinnvoller wären, da dort bessere Effekte erzielt werden könnten (z.B. Baranowski & Hetherington, 2001; Stewart, Carter, Drinkwater, Hainsworth, & Fairburn, 2001; Stice, Chase, Stormer, & Appel, 2001; Zabinski et al., 2001). Obwohl auch Levine und Piran (2001) Belege für diese Schlussfolgerung finden konnten, werten sie sie als zu pessimistisch, da dadurch einige erfolgreiche Studien zur universellen Prävention ignoriert werden. Auch Stice & Shaw (2004) sehen insbesondere bei den seit 2000 veröffentlichten Studien mehr Grund zu einer optimistischeren Sicht bezüglich der universellen Prävention von Essstörungen. Bezüglich des Programmformats zeigte sich eine interaktive Gestaltung klar einer didaktischen überlegen. Alle Interventionen, die Effekte bezüglich essstörungsrelevanten Verhaltensweisen nachweisen konnten, hatten ein interaktives Format. Die

Autoren vermuten, dass ein interaktives Format notwendig ist, damit die Teilnehmer sich aktiv mit dem Programmmaterial beschäftigen und so das Erlernen von Fähigkeiten erleichtert wird, was wiederum eine Änderung in Einstellung und Verhalten unterstützt. Weiterhin konnten Stice und Shaw (2004) Unterstützung für folgende ihrer Hypothesen finden: Größere Effektstärken wurden gefunden bei Teilnehmern über 15 Jahren (im Vergleich zu jüngeren Teilnehmern), bei weiblichen Stichproben und bei längerer Interventionsdauer. Auch Ciliska et al. (2001) kommen bei ihrer Durchsicht von Präventionsstudien zu dem Schluss, dass Interventionen über einen längeren Zeitraum andauern sollten, um erfolgreiche Ergebnisse zu erzielen. Nicht bestätigen konnten Stice und Shaw (2004) ihre Annahme, dass der Programminhalt als Moderator für gefundene Effektstärken wirkt. Format und Zielgruppenauswahl scheinen insgesamt wichtiger als der Inhalt eines Präventionsprogramms. Es wurde jedoch festgestellt, dass Programme mit kognitiven Interventionen zur Änderung essstörungsrelevanter Einstellungen und Programme mit behavioralen Interventionen, z.B. bezüglich Diäten, die vielversprechensten Effekte zeigten.

1.3.2.2

Selektive Präventionsprogramme

Bei den selektiven Präventionsprogrammen gestaltet sich die Auswahl von Teilnehmern schwierig, da aus der Forschung bisher keine einheitliche Definition von „Hoch-Risiko“-Kriterien für Essstörungen vorliegt. Während bei einigen selektiven Programmen nur der Wert eines Fragebogens als Kriterium für die Programmaufnahme genommen wird, stellen andere Autoren eine Reihe von Indikatoren zusammen, die bei den Teilnehmern vor Beginn des Programms vorliegen müssen. So nahmen z.B. Zabinski et al. (2001) in ihr Programm nur Studentinnen auf, die bei einem Screening im Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper, & Fairburn, 1987) einen Wert ≥ 110 hatten. Dieser Wert liegt ungefähr eine Standardabweichung über dem Mittelwert für „normale“ Studentinnen und eine Standardabweichung unter dem von bulimischen Patienten. Kaminski und McNamara (1996) sondierten nach einem Screening mit sechs verschiedenen Fragebögen zu Essstörungspathologie und Selbstwert ihre Teilnehmerinnen über mindestens drei verschiedene festgelegte Cut-Off-Werte, über denen die Skalenwerte der Studentinnen liegen mussten.

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte fast ausschließlich an Universitäten (z.B. Bearman, Stice, & Chase, 2003; Butters & Cash, 1987; Celio et al., 2000; Chase, 2001; Dworkin & Kerr, 1987; Franko, 1998; Kaminiski & McNamara, 1996; Presnell & Stice, 2003; Rosen, Saltzberg, & Srebnik, 1989; Stice, Mazotti, Weibel, & Agras, 2000; Stice & Ragan, 2002; Winzelberg et al., 1998, 2000; Zabinski et al., 2001), nur wenige Studien (Baranowski & Hetherington, 2001; Buddeberg-Fischer, 2000, Buddeberg-Fischer & Reed, 2001; McVey, Lieberman, Voorberg, Wardrobe, & Blackmore, 2003; Stice, Trost, & Chase, 2003) fanden an Schulen statt. Das Format der selektiven Interventionen ist meist interaktiv, d.h. die Teilnehmerinnen werden über Diskussionen, Übungen und Hausaufgaben aktiv in das Programm mit einbezogen. Inhaltlich ähneln die selektiven Programme den universellen Programmen. So stehen auch hier der Umgang mit dem gesellschaftlich vermittelten Schönheitsideal, der Aufbau von (körperlichem) Selbstwertgefühl und sozialen Kompetenzen und die Verbesserung von Körperwahrnehmung und Essverhalten im Mittelpunkt der Interventionen.

Ein neuerer Ansatz ist eine auf der Dissonanz-Theorie (Festinger, 1957) basierende Intervention zur Prävention von Essstörungen (Stice et al., 2000; Stice et al., 2003). Die Autoren bezeichnen das Programm als eine „verdeckte“ Intervention, da die Teilnehmer nicht darüber informiert werden, dass es sich um ein Programm zur Prävention von Essstörungen handelt. Stattdessen wurden die Teilnehmerinnen (Studentinnen) um Hilfe gebeten bei der Entwicklung eines Programms zur Verbesserung der Körperakzeptanz für Schülerinnen. Die Annahme bei diesem Ansatz ist, dass durch Diskussionen darüber, wie bei Schülerinnen die Internalisierung des Schönheitsideals verhindert werden kann, die Studentinnen selber mehr Zufriedenheit mit ihrem Körper entwickeln. Diese Annahme konnte durch verschiedene Evaluationen des Programms bestätigt werden; bei den Teilnehmerinnen zeigten sich sowohl Einstellungs- als auch Verhaltensänderungen. Allerdings zeigte sich eine ursprünglich als Placebo entwickelte „Healthy Weight-Management“- Intervention (Stice & Ragan, 2002) ähnlich effektiv. Bei dieser Intervention erhielten und diskutierten die Teilnehmerinnen Informationen über die Ätiologie, Pathologie, Risikofaktoren und Behandlung von Essstörungen.

Eine weitere interessante Entwicklung ist eine computergestützte Intervention zur selektiven Prävention von Essstörungen (Celio et al., 2000; Winzelberg et al., 1998, 2000; Zabinski et al., 2001). Bei dem Programm werden Informationen über Essstörungen, gesundes Gewichtskontrollverhalten und Ernährung über das Internet vermittelt. Die Teilnehmerinnen (Studentinnen) tauschen sich über die Inhalte per e-mail aus. Die dritte, weiter entwickelte Version des Programms beinhaltet zudem interaktive kognitiv-behaviorale Übungen, persönliche Treffen und wöchentliches Literaturstudium mit kritischer Reflexion. Diese dritte Version zeigte sich gegenüber einer „klassischen“ (im Klassenraum vermittelten) psychoedukativen Intervention für Studentinnen sowie gegenüber einer Wartelistenkontrollgruppe überlegen. Die Teilnehmerinnen zeigten im Posttest und in einem Follow-up nach sechs Monaten Verbesserungen bezüglich körperlicher Zufriedenheit und Diätverhalten.

Insgesamt konnten Stice und Shaw (2004) in ihrer Metaanalyse zu den selektiven Präventionsprogrammen feststellen, dass diese gegenüber universellen Programmen signifikant höhere Interventionseffekte aufweisen. Eine theoretische Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass die subjektive Belastung (distress) von Risikogruppen diese mehr motiviert, sich aktiver in das Programm einzubringen. Auf der anderen Seite könnten die relativ niedrigen Ausprägungen von pathologischen Essstörungsverhaltensweisen bei unselegierten Stichproben im Vergleich zu Risikogruppen zu kleineren Interventionseffekten führen (Bodeneffekt). Bezüglich des Formats führten – wie auch bei den universellen Programmen – bei den selektiven Programmen ein interaktives und kognitiv-behaviorales Format zu besseren Interventionseffekten.

1.3.2.3 *Indizierte Präventionsprogramme*

Zu Beginn dieser Forschungsarbeit lagen – nach Kenntnisstand der Autorin dieser Arbeit – nur sehr wenige Veröffentlichungen zur indizierten Prävention von Essstörungen vor, von denen jedoch keine eine systematische Evaluation beinhaltet. Da Auswahlkriterien und Inhalte dieser Programme und Erfahrungen damit aber für die Entwicklung eines neuen Programms bedeutsam sind, werden diese im folgenden genauer vorgestellt und diskutiert.

Piran (1999a; 1999b) implementierte an einer kanadischen Elite-Ballettschule ein umfassendes Präventionsprogramm für Essstörungen, das primäre, sekundäre und tertiäre Komponenten enthält. Die sekundäre (indizierte) Komponente ist unterteilt in folgende Subkomponenten: *Identifikation*, *Konsultation* und *Intervention*. Zur *Identifikation* von Schülern mit einem hohen Risiko für Essstörungen wurde den Mitarbeitern der Schule alle zwei Jahre und den Schülern jedes Jahr eine Präsentation angeboten. Obwohl diese Präsentation auch didaktische Informationen enthielt, war sie vom Format her interaktiv, d.h. sie beinhaltete Explorations- und Diskussionsmöglichkeiten. Ein Thema der Präsentationen war der Druck innerhalb und außerhalb der Schule, durch den Schüler eine extreme Beschäftigung mit Gewicht und Figur entwickeln können. Ziel war es hierbei, essgestörtes Verhalten in seinen Hintergründen verstehen zu lernen und das Stigma von persönlichen Schwierigkeiten zu entfernen. Weiter folgte dann eine Diskussion über medizinische, psychische, soziale und schulische Komplikationen, die durch eine starke Beschäftigung mit Gewicht und Figur auftreten können. Abschließend wurden Anzeichen für eine übermäßige Beschäftigung mit Gewicht und Figur diskutiert und es wurde ein Plan entwickelt, wie Schüler damit umgehen können, wenn sie solche Anzeichen bei sich oder anderen beobachten. Ein Team von Ansprechpartnern wurde durch die Autorin des Programms geschult, das Schüler bei Bedarf an sie zur *Konsultation* weitervermittelte. Die Konsultation bestand aus einer umfassenden Diagnostik, bei der folgendes erfasst wurde: Stärke und bisherige Dauer der Symptomatologie; Grad der Beschäftigung mit Körper und Figur; Stimmung; auslösende Faktoren; individuelle, familiäre und soziale Hintergründe; mögliche Vorgeschichte von (sexuellen) Misshandlungen oder anderen körperbezogenen Traumen; Coping-Strategien; Stärken und Schwächen; verfügbare soziale Unterstützung. Bei ausgeprägter Essstörungssymptomatologie wurden

Schüler zu einer medizinischen Untersuchung überwiesen. Denjenigen mit einer starken Beschäftigung mit Körper und Figur oder ersten Anzeichen einer Essstörungssymptomatik wurden verschiedene, individuelle *Interventionen* angeboten, die je nach Problemstellung von einer Sitzung bis zu längerfristigen therapeutischen Interventionen bei stärkeren zugrundeliegenden Problemen oder Defiziten (z.B. in Coping-Strategien) reichten. Das Angebot einer Gruppenintervention wurde von den Schülern der Ballettschule nicht angenommen, sie wünschten sich eher individuelle Interventionen. Piran (1999a) vermutet den Grund hierfür darin, dass die Schüler bereits im Rahmen der primären Prävention genug Unterstützung durch die Gruppe bekamen. Zur Evaluation der sekundären Komponente wurden Empfehlungen zur Konsultation in den zwei Jahren vor Implementierung der Komponente und in den zehn darauf folgenden Jahren verglichen. Schüler, die nach Implementierung der sekundären Komponente zur Konsultation überwiesen wurden, zeigten durchgängig weniger essgestörte Symptome. Die Dauer vom Beginn der Symptome bis hin zur Konsultation konnte von über zwei Jahre auf durchschnittlich acht Wochen reduziert werden. Außerdem erfolgten ca. 50% der „Überweisungen“ zur Konsultation durch die Schüler selbst, während sich bei der tertiären Komponente des Programms kein Schüler selbständig in Behandlung begab. Es wurde keine systematische Langzeitevaluation durchgeführt; Piran (1999a) berichtet jedoch, dass während der langjährigen Durchführung des Programms ihrer Beobachtung nach keiner der Schüler, die an der sekundären Komponente des Programms teilnahmen, eine voll ausgeprägte Essstörung entwickelte. Der Erfolg des gesamten Präventionsprogramms wurde festgestellt durch eine Fragebogenerhebung bei allen Schülern zu drei Zeitpunkten: 1987 (Baseline, innerhalb des ersten Jahres der Implementierung des Programms), 1991 und 1996. Bei den Schülern zeigte sich ein signifikanter Rückgang an gestörten Essverhaltensmustern und gestörten Einstellungen zu Essen und Figur sowie eine signifikante Verbesserung von gesundem Essverhalten (Piran, 1999b). Wenngleich diese Ergebnisse den Erfolg und die Nützlichkeit eines solchen umfassenden Programms bestätigen, müssen sie mit Vorsicht interpretiert werden, da der Vergleich mit einer Kontrollgruppe fehlt.

Ein weiteres umfassendes Präventionsprogramm für Essstörungen wurde von Latzer und Shatz (1999) für die gesamte Gemeinde eines Kibbutz in Israel mit 680 Einwohnern konzipiert. Hierbei wurde auch auf primärer, sekundärer und tertiärer Ebene interveniert. Das

Klinikpersonal des Kibbutz nahm an einer Schulung über die Erkennung und Behandlung von Essstörungen teil und übernahm dann die Leitung der Interventionsschritte in der Gemeinde. Für die Intervention auf der sekundären (indizierten) Ebene wurden aus der Population aller Mädchen in der Gemeinde zwischen 12 und 17 Jahren ($N = 38$) diejenigen identifiziert, die ein hohes Risiko hatten, an einer Essstörung zu erkranken. Alle Mädchen hatten den EAT (Garner & Garfinkel, 1979) und den EDI (Garner, Olmstead, & Polivy, 1983) ausgefüllt. Nach der Intervention auf der primären Ebene (Gruppentreffen) wurden 12 „Hoch-Risiko-Mädchen“ nach folgenden Kriterien identifiziert: (a) hoher Wert bei den Fragebögen; (b) Mädchen aus Familien, in denen Essen und Diät zentrale Themen sind; (c) Mädchen, die von ihrer Umwelt zu Diäten getrieben werden; (d) Mädchen in einer Krise oder unter Stress; (e) Mädchen, die Tanz- oder Leistungssport treiben; (f) Mädchen, die übermäßige Beschäftigung mit Diäten oder Figur zeigen; (g) Mädchen, die stark unter- oder übergewichtig sind; (h) Mädchen mit einer familiären Geschichte von Essstörungen oder anderen psychischen Störungen. Die so identifizierten Mädchen wurden zu einem strukturierten klinischen Interview eingeladen, um die Validität der vorherigen Befunde zu bestätigen. Die Interviews erhärteten die „Hoch-Risiko-Diagnose“, und so wurden die 12 Mädchen und drei zusätzlich identifizierte Jungen zu individuell angepassten Einzelinterventionen eingeladen. Ein Mädchen wollte nicht teilnehmen, aber eine Intervention mit ihren Eltern konnte durchgeführt werden. Die Intervention für die Hoch-Risiko-Gruppe beinhaltete zum einen die dreitägige Erfassung der Ernährung durch die Betroffenen selbst und die Analyse der begleitenden Gefühle und Verhaltensweisen. Zum anderen stand die Identifikation und Bearbeitung von Schwierigkeiten, Problemen und Bedürfnissen bezüglich des Körperbilds, des Wunsches nach Schlankheit, des Selbstbilds, der Selbstakzeptanz, der Lernfähigkeiten und der Coping-Strategien im Mittelpunkt der Intervention. Mit Einverständnis der Jugendlichen wurden auch die Eltern in das Programm integriert, und ihnen wurde Unterstützung und Hilfe angeboten. Die sechs in dieser Gruppe übergewichtigen Mädchen nahmen auf eigenen Wunsch hin an einem professionell begleiteten Programm zur Gewichtsabnahme teil. Die Evaluation des Programms auf allen drei Ebenen der Prävention beruht hauptsächlich auf klinischen Daten, eine umfassende quantitative und standardisierte Evaluation war im Rahmen dieser Gemeinde-Intervention nicht möglich. Die Autoren berichten, dass in der adoleszenten Population der Gemeinde das Bewusstsein für

schädliche Auswirkungen von Maßnahmen zur Gewichtskontrolle gestiegen ist. Während vor Beginn des Programms Jugendliche, die mit ihrer Figur unzufrieden waren, sich an die Gemeinde-Klinik mit dem Wunsch gewendet hatten, abzunehmen, sahen sie nach Teilnahme an dem Programm ihre Probleme differenzierter und konnten diese auch äußern. Bei tatsächlichen Fällen von Essstörungen konnten diese schnell diagnostiziert werden, und die Patienten erhielten eine entsprechende, umfassende Behandlung. Insgesamt berichten die Autoren auf allen Ebenen der Gemeinde über den Erfolg des Präventionsprogramms; leider fehlt jedoch auch bei dieser Studie eine standardisierte Evaluation mit Kontrollgruppe und längerfristigem Follow-up.

1.3.3

Forderungen für die zukünftige Forschung

Aus den Ergebnissen der bisherigen Studien zur Prävention von Essstörungen wurden verschiedene Forderungen für die zukünftige Forschung abgeleitet. So wurden im Anschluss an eine Konferenz des National Institute of Mental Health (NIMH) im April 2000 zum Stand der Forschung zum Thema ‚Prävention von Essstörungen‘ verschiedene Empfehlungen für die weitere Forschung veröffentlicht (Pearson, Goldklang, & Striegel-Moore, 2002). Bei einer Durchsicht der Studien wurde festgestellt, dass es sowohl im primären als auch im sekundären Präventionsbereich vielversprechende Ansätze gibt, die meisten Studien jedoch lediglich Veränderungen im Wissensbereich und nicht in Verhalten und Einstellungen erzielt hatten. Empfehlungen der Forschergruppe weisen in Richtung eines verstärkten Einbezugs der Risikofaktorforschung zur besseren Abstimmung von Präventionsprogrammen auf die jeweilige Zielgruppe. So kann auch kontraproduktiven Effekten von Präventionsprogrammen, von denen vereinzelt berichtet wird (Carter et al., 1997; Mann et al., 1997) vorgebeugt werden. Weiterhin plädieren Pearson et al. (2002) für die Berücksichtigung von Ergebnissen aus anderen Präventionsbereichen wie der Drogen- und Alkoholprävention und für die Einbettung der Prävention von Essstörungen in den breiteren Bereich der Gesundheitsförderung. So wird z.B. das Ziel der Förderung eines normalgesunden Essverhaltens von Vertretern der Prävention von Essstörungen und Vertretern, die sich für mehr körperliche Fitness und die Prävention von Adipositas einsetzen, geteilt und könnte gemeinsam in der Öffentlichkeit gestärkt werden.

Austin (2000) fordert in einem Übersichtsartikel, in dem bisherige Präventionsprogramme evaluiert werden, dass mehr Betonung auf proaktive statt auf reaktive Strategien gelegt werden sollte. Anstatt Kindern und Jugendlichen Verhaltensweisen zu vermitteln, wie sie mit negativen Umwelten umzugehen haben, sollte mehr direkt zur Verbesserung dieser Umwelten beigetragen werden. Leider weisen gerade die zwei Programme, die sich am ehesten Veränderungen der Umwelt zum Ziel gesetzt hatten (Rosenvinge & Borresen Gresko, 1997; Piran, 1999a,b) große methodische Schwächen auf, wie ein querschnittliches Design und das Fehlen einer Kontrollgruppe.

Franco und Orosan-Weine (1998) stellen verschiedene methodische Forderungen an die zukünftige Forschung auf. Um Präventionsprogramme systematisch evaluieren zu können, sollten Forscher zunächst die Art der Prävention (universell, selektiv oder indiziert) klar definieren. Franco und Orosan-Weine (1998) bemängeln, dass viele Forscher ihre Intervention Prävention nennen, aber es versäumen, klar festzuhalten, ob sie dem Ausbruch, der Verschlechterung von ersten Symptomen oder der Chronifizierung von voll ausgeprägten Störungen entgegen wirken wollen. Idealerweise sollte in diesem Zusammenhang auch das „Hoch-Risiko“-Konzept klar definiert werden. Forscher sollten zudem eine genaue Definition der Zielpopulation und der Ziele des Programms geben. Es sollte festgelegt werden, welche Verhaltensweisen und Einstellungen versucht werden zu verändern. Die Inhalte der Programme sollten sich am aktuellen Stand der empirischen Risikofaktorforschung orientieren, so dass eine klare theoretische Fundierung der Programme erreicht wird. Auch bei Levine und Piran (2001) finden sich ähnliche Forderungen. Als absolut notwendig für das Forschungsdesign zukünftiger Studien im Bereich der Prävention von Essstörungen sehen sie zudem die Randomisierung von Experimental- und Kontrollgruppen, die Standardisierung des Programms bezüglich Inhalt und Vermittlung, die Evaluation mit standardisierten Messinstrumenten, Prä- und Posttestmessungen und angemessene Follow-up-Erhebungen.

2

Konzeption des Präventionsprogramms

2.1

Zielsetzung

Die indizierte Prävention von Essstörungen ist von essentieller Bedeutung vor dem Hintergrund immer häufiger auftretender klinischer und insbesondere subklinischer Formen von Essstörungen, der bisher begrenzten Erfolge der Therapie und der hohen volkswirtschaftlichen Kosten, die bei schwierigen Therapiefällen entstehen können. So erscheint die Entwicklung und systematische Evaluation eines neuen indizierten Programms zur Prävention von Essstörungen sinnvoll und wünschenswert.

Unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstands zu Essstörungen, ihrer Pathogenese und Prävention soll ein Programm zur indizierten Prävention von Essstörungen bei Mädchen und jungen Frauen entwickelt und langfristig evaluiert werden. Insbesondere die Forderungen an die zukünftige Forschung, die aus der Evaluation bisheriger Präventionsprogramme für Essstörungen hervorgegangen sind (siehe Kap. 1.3.3), sollen bei der Konzeption des Programms umgesetzt werden. So soll bei der Durchführung und Evaluation des Präventionsprogramms eine stringente methodische Vorgehensweise u.a. durch den Einsatz eines Manuals, von Kontrollgruppen und einer Follow-up-Untersuchung nach sechs Monaten gesichert werden.

Da sich ein interaktives Programmformat im Vergleich zu einem didaktischen Format bei bisherigen Präventionsprogrammen als erfolgreicher im Hinblick auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen gezeigt hat (Stice & Shaw, 2004; siehe Kap. 1.3.2.1 und 1.3.2.2), wird eine größtmögliche aktive Partizipation der Teilnehmerinnen angestrebt. Durch praktische Übungen, Rollenspiele und Kleingruppenarbeit sollen die Teilnehmerinnen aktiv am Gruppengeschehen beteiligt werden, um ihnen so das Erlernen der im Programm vermittelten Fähigkeiten zu erleichtern. Die Wissensvermittlung erscheint daneben aber auch sinnvoll, um „gesundheitsbezogene Informationen einschätzen und in eigenes Handeln integrieren zu können“ (Larisch & Lohaus, 1992, S. 202). So sollen den Teilnehmerinnen

grundlegende Informationen zu den Entstehungsbedingungen und zur Symptomatologie von Essstörungen sowie zu gesundem Ernährungsverhalten vermittelt werden.

Bei der Festlegung der Inhalte des Programms ist die Orientierung an empirisch fundierten Risikofaktoren von Essstörungen unerlässlich (vgl. Kap. 1.2). Aber auch auf protektive Faktoren sollte eingegangen werden und diese sollten gefördert und stabilisiert werden. So sollen die Teilnehmerinnen angeleitet werden, sich selbstbewusster und zielführender mit Normen (insb. Schlankheitsideal), Alltagsanforderungen und Konflikten auseinander zu setzen und somit Essen oder Hungern als (inadäquate) Problemlösestrategien überflüssig werden lassen.

Die Überprüfung der Effektivität des Präventionsprogramms soll Aufschluss darüber geben, ob durch das Programm Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen nachhaltig verändert werden können. Das Programm soll auf seine Wirksamkeit hinsichtlich folgender Kriterien überprüft werden:

1. Reduktion problematischen Essverhaltens
2. Steigerung des Selbstwertgefühls
3. Zunahme des Wissens über gesunde Ernährung und Essstörungen
4. Reduktion der allgemeinen psychischen Symptombelastung
5. Stabilität der Effekte über einen Zeitraum von sechs Monaten

Zusätzlich soll das Programm in seiner Akzeptanz und Zufriedenheit bei den Teilnehmerinnen evaluiert werden.

Insgesamt soll das Forschungsvorhaben einen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Mädchen und jungen Frauen leisten. Es realisiert in Deutschland die langfristige wissenschaftliche Evaluation eines Programms zur indizierten Prävention von Essstörungen. Somit können Aussagen über die Wirksamkeit des Programms getroffen werden. Dies soll dazu beitragen, die Akzeptanz von Präventionsprogrammen in der Öffentlichkeit und Politik zu stärken und die Übernahme der Kosten durch Krankenkassen zu fördern.

2.2 Zielgruppe

Zielgruppe für das Präventionsprogramm sind Mädchen und junge Frauen im Alter von 12 bis 25 Jahren, bei denen subklinische Formen von Essstörungen auftreten. Dies bedeutet, dass die Teilnehmerinnen erhöhte, jedoch noch nicht klinisch relevante Werte im Essverhalten und in den Einstellungen zu ihrem Gewicht und ihrer Figur aufweisen sollten. Die Auswahl dieses Altersbereichs für die Stichprobe orientiert sich am Risikoalter für das erste Auftreten der Essstörungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung (DSM-IV-TR: Saß et al., 2003; Schmidt, 2000; vgl. Kap. 1.1.2). Die Durchführung von Diäten oder eine negative Körperwahrnehmung sind häufig Vorläufer für die Entstehung von Essstörungen und treten in diesem Altersbereich erstmalig auf.

Jungen und Männer werden in das Programm nicht einbezogen. Zum einen wird erwartet, dass aufgrund der geringen Auftretenswahrscheinlichkeit von Essstörungen bei Männern sich nur wenige Männer zur Teilnahme an der Studie melden würden und so keine ausgeglichene Gruppenstruktur gebildet werden könnte. Zum anderen wird durch die Arbeit in einer geschlechtshomogenen Gruppe größere Offenheit untereinander und damit auch eine größere Veränderungsbereitschaft erwartet.

2.3 Entwicklung der Programmbausteine

Bei der Entwicklung der Programminhalte kann auf umfangreiche Vorarbeiten im Bereich der Psychotherapie und Prävention von Essstörungen zurückgegriffen werden (z. B. Dannigkeit & Köster, 2000; Dannigkeit et al., 2002; Köster et al., 2001; Tuschen-Caffier & Florin, 2002; Tuschen-Caffier et al., 2001). Im Rahmen ihrer Diplomarbeit haben Nora Dannigkeit und Grit Köster (2000) ein Programm zur primären Prävention von Essstörungen für die Durchführung an Schulen entwickelt und evaluiert. Während dieser Studie wurde auch der Bedarf an indizierter Prävention deutlich. Wie auch in der Forschungsliteratur festgestellt, betonten Lehrer und Eltern ein immer früheres und häufigeres Auftreten von essgestörten Verhaltensweisen und die Notwendigkeit auch hier anzusetzen.

Die bei der Vermittlung der Inhalte des primären Präventionsprogramms gesammelten Erfahrungen wurden bei der Konzeption des indizierten Programms herangezogen. Die Programminhalte orientieren sich an den in der Forschung festgestellten Risikofaktoren. Bei Interventionen ist – wie sich in der Therapieforschung bestätigt hat – die Berücksichtigung sowohl genereller als auch spezifischer Risikofaktoren wichtig (Shisslak & Crago, 2001).

Generell wird ein möglichst interaktiver Einbezug der Teilnehmerinnen angestrebt (durch Gruppendiskussionen, Rollenspiele etc.). Die Inhalte sind so konzipiert, dass sie sich möglichst nah am Lebensalltag der Teilnehmerinnen, d.h. ihrem Erleben und Handeln orientieren. Zur Standardisierung des Programms wird nach einem Manual gearbeitet, in dem Programminhalte und –ablauf genau festgelegt sind (siehe Anhang 2).

Der Programmteilnahme vorgeschaltet wird eine kognitive Vorbereitung auf das Programm. Im Einzelgespräch wird gemeinsam mit jeder Programmteilnehmerin ein Entstehungs-, Aufrechterhaltungs- und Veränderungsmodell (Teufelskreismodell) ihrer Probleme mit dem Essen und der Figur erarbeitet und ihr die Inhalte und Ziele des Programms vermittelt. Ziel ist es hierbei, die Teilnehmerinnen optimal auf die bevorstehende Teilnahme an dem Präventionsprogramm vorzubereiten und somit ihre Identifikation mit den Programminhalten und ihre Compliance zu stärken. Zudem erfolgt über die kognitive Vorbereitung auch schon der erste Aufbau des Vertrauensverhältnis zu einer Programmleiterin.

Die zehn Sitzungen des Programms sind inhaltlich in vier Bausteine gegliedert:

Tab. 2.1: Darstellung der Programminhalte

Stunden	Programminhalt
1.-2. Stunde	Kognitive Interventionen zum Schönheitsideal
3.-4. Stunde	Ernährung
5.-7. Stunde	Körperbild
8.-10. Stunde	Konflikt-/ Stressbewältigung

2.3.1

Kognitive Interventionen zum Schönheitsideal

Das in den Medien propagierte Schönheits- und Schlankheitsideal hat sich in zahlreichen Studien als ein zentraler soziokultureller Faktor bei der Entstehung von Essstörungen gezeigt. Der Einfluss der Medien kann zu einer gesteigerten negativen Beschäftigung mit Gewicht und Figur und zu Diäten bzw. gestörtem Essverhalten führen (vgl. Kap. 1.2.2.1).

Bei diesem Programmbaustein wird demnach eine Vermittlung der Subjektivität des in den Medien vermittelten Schönheitsideals angestrebt. Aktivitäten im Sinne der ‚Medienkompetenz‘, sollen die Fähigkeit stärken, kritisch mit durch die Medien vermittelten Botschaften umzugehen (vgl. Levine et al., 1999; Rabak-Wagener, Eickhoff-Shemek, & Kelly-Vance, 1998; Schwitzer, Bergholz, Dore, & Salimi, 1998; Shisslak, Crago, Renger, & Clark-Wagner, 1998).

Übungen: Diskussion der Subjektivität des Schönheitsideals

Die erste Übung wurde für das Präventionsprogramm an Schulen entwickelt und in das indizierte Präventionsprogramm übernommen. Den Teilnehmerinnen werden in Zeitschriften bzw. Büchern dargestellte Frauen und Männer aus unterschiedlichen Zeiten und Kulturkreisen vorgelegt. Sie werden dazu aufgefordert, nach ihren persönlichen Präferenzen die schönste Frau und den schönsten Mann zu wählen. Die Wahlen werden anschließend gemeinsam betrachtet und diskutiert. Die Teilnehmerinnen werden dazu angeleitet, den Einfluss des Schönheitsideals auf ihr persönliches Erleben und Empfinden zu verbalisieren und kritisch ‚hinter die Kulissen‘ zu blicken. Dadurch soll ein Bewusstsein für den Einfluss gesellschaftlicher Normen und Wertvorstellungen auf die jeweilige Meinung des Einzelnen geschaffen werden. Durch die Darstellung auch negativer Konsequenzen, die ‚Schönsein‘ mit sich bringen kann (wie Neid der Mitmenschen oder Schüchternheit des anderen Geschlechts), sollte den Teilnehmerinnen deutlich gemacht werden, dass ein scheinbar perfektes Äußeres nicht unbedingt die Lösung persönlicher Probleme oder eine Verbesserung sozialer Beziehungen garantiert.

Diese Übung bietet sich nach dem Kennenlernen der Teilnehmerinnen als erste Übung an, da das Thema ‚Schönheitsideal in den Medien‘ erfahrungsgemäß allen Teilnehmerinnen präsent

ist und einen leichten Einstieg in die Diskussion des persönlichen Erlebens und Empfindens ermöglicht.

Als zweite Übung suchen die Teilnehmerinnen aus Zeitschriften Darstellungen von Frauen und Männer und fertigen daraus Collagen zum Thema ‚Typisch Mann / Typisch Frau‘ in Gruppenarbeit. Die Betrachtung und Diskussion der erstellten Collagen dient der Gegenüberstellung von Klischees und Vorurteilen bezüglich Frauen und Männern insbesondere hinsichtlich des Schönheitsideals. Diese werden von den Teilnehmerinnen auf Realitätsgehalt hin überprüft. So erfolgt eine weitere kritische Auseinandersetzung mit dem Schönheitsideal und die Medienkompetenz wird gefestigt.

Übung: Medienkompetenz

Bei dieser Übung zur Stärkung der Medienkompetenz erfolgt eine weitere Auseinandersetzung mit der Darstellung von Frauen und Männern in den Medien. Den Teilnehmerinnen werden drei verschiedene Werbespots aus dem Fernsehen gezeigt, bei denen ausdrücklich Sorgen um die Figur und das Gewicht angesprochen werden. Sie sollen diskutieren, wie diese Werbungen auf sie wirken, welche Botschaft sie vermitteln und inwieweit diese Darstellungen das Essverhalten beeinflussen können. Wichtig ist hierbei eine Gegenüberstellung der rationalen Beurteilung von Werbung (z.B. „leere Versprechungen“) mit den persönlichen Sehnsüchten und Wünschen, die durch die Spots ausgelöst werden.

2.3.2 Ernährung

Die Durchführung von Diäten bzw. ein gezügeltes Essverhalten gilt als behavioraler Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen. Im Zusammenspiel mit anderen Risikofaktoren wie sozialem Druck oder Unzufriedenheit mit der Figur erhöht sich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Essanfällen und einer klinisch relevanten Bulimia nervosa (vgl. Kap. 1.2.2.3).

Der Baustein zum Thema ‚Ernährung‘ legt den Schwerpunkt auf die Vermittlung eines normalgesunden Essstils und geht auf Rahmenvorgaben im Sinne einer adäquaten Nährstoffverteilung sowie auf Empfehlungen zur Mahlzeitenverteilung ein. Weiteres Thema

sind hier Regeln im Sinne einer rigiden Kontrolle des Ernährungsverhaltens, denen die Teilnehmerinnen häufig unterliegen und die zu Misserfolgserlebnissen führen. Sie sollen lernen, diese in flexiblere Regeln umzuformulieren. Des Weiteren werden die Teilnehmerinnen dazu aufgefordert, beständig über den Gesamtverlauf des Programms Ernährungsprotokolle auszufüllen, über die sie dann nach einer Auswertung wöchentlich Rückmeldung erhalten. So sollen sie lernen, ihr Ernährungsverhalten zu beobachten, adäquat zu beurteilen und gegebenenfalls zu verändern.

Übung: Einstieg mit Fragekarten

Diese Übung wird in dem Heft „Mal dick, mal dünn. Spezial: Prävention von Essstörungen“ (Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen, 1998, S. 51) beschrieben. Die vorgeschlagenen Fragen wurden daraus übernommen. Jede Teilnehmerin zieht zwei Karten mit Fragen zum Thema Essen, Diäten, Figur, Gewicht. Nach einer kurzen Reflexionszeit werden die Teilnehmerinnen gebeten, der Reihe nach ihre Fragen zu beantworten; die Antworten werden anschließend in der Gruppe besprochen. Mit dieser Übung soll die Selbstreflexion angeregt werden, so dass die Teilnehmerinnen sich über ihre eigenen Vorstellungen und Vorurteile zum Thema ‚Ernährung‘ bewusst werden können.

Übung: Ernährungsprotokolle

Das Ausfüllen, die Rückmeldung und Diskussion der Ernährungsprotokolle wird über die gesamte Länge des Programms durchgeführt. In der zweiten Sitzung wird den Programmteilnehmerinnen ein Hefter mit Ernährungsprotokollen (Marburger Ernährungsprotokoll) sowie Hinweisen zum Ausfüllen (aus Tuschen-Caffier & Florin, 2002) ausgehändigt und ihnen der Sinn der Übung erklärt. Nachdem die Teilnehmerinnen die Ernährungsprotokollbögen zum ersten Mal an drei Tagen ausgefüllt haben, sollen sie in der dritten Sitzung zunächst in Zweiergruppen ihre Protokolle lesen und auf verschiedene Leitfragen hin untersuchen. Anschließend diskutieren sie ihre Beobachtungen in der Großgruppe. Die Teilnehmerinnen sollen dann täglich die Ernährungsprotokollbögen ausfüllen und in der wöchentlichen Sitzung abgeben. Die Programmleiterinnen werten die Ernährungsprotokolle aus und geben in der folgenden Woche jeweils eine qualifizierte Rückmeldung.

Übung: Informationen zur gesunden Ernährung

Mit dieser Übung soll die aktive Beschäftigung mit dem Thema ‚Gesunde Ernährung‘ gefördert werden. Die Teilnehmerinnen werden zunächst gefragt, was sie für gesunde Ernährung halten und welche Regeln sie diesbezüglich kennen. An einer zunächst leeren Ernährungspyramide³ sollen die Teilnehmerinnen die adäquate Nährstoffmittelverteilung erarbeiten. Währenddessen geben die Programmleiterinnen Hintergrundinformationen zu den einzelnen Nahrungsmittelgruppen und gehen auch auf die zehn Regeln des vollwertigen Essens und Trinkens (aufgestellt von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V., Bonn) sowie auf eine sinnvolle Mahlzeitenverteilung ein. Wichtig ist hierbei zu vermitteln, dass dies Rahmenvorgaben sind, an denen man sich orientieren sollte, es sich also nicht um feste strenge Regeln handelt. Weitere Schwerpunkte sind die Berechnung des täglichen Energiebedarfs, die Erläuterung der Reaktion des Körpers auf Diäten (Jojo-Effekt) und die körperlichen und psychischen Gefahren von Essstörungen. Den Teilnehmerinnen werden zur weiteren Information zwei Broschüren⁴ mitgegeben.

Übung: Ein perfekter Tag

Die Übung soll den Teilnehmerinnen eine Hilfestellung bieten, die zuvor theoretisch erarbeiteten Rahmenvorgaben für eine gesunde Ernährung praktisch umzusetzen. In Gruppenarbeit sollen sie einen Ernährungsplan für einen ‚perfekten Tag‘, d.h. allen Rahmenvorgaben entsprechend, erarbeiten und vorstellen. Dieser wird dann anschließend in der Gruppe diskutiert und mit einem Beispieltag aus der Broschüre des VFED (siehe Fußnote 4) verglichen.

Übung: Rigide und Flexible Kontrolle

Bei dieser Übung wird auf (Diät-) Regeln eingegangen, die häufig eingesetzt werden, um Kontrolle über die Nahrungsaufnahme zu erlangen. Es wird erarbeitet, dass diese selbst auf-

³ Die Ernährungspyramide wurde konzipiert auf Grundlage des Plakats ‚Ernährungspyramide‘ (zu beziehen über den Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (aid) e.V.).

⁴ Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (aid) e.V. (2001). *Vollwertig essen & trinken*. Bonn: aid.

Verein zur Förderung der gesunden Ernährung und Diätetik (VFED) e.V. *Gesund Essen und Trinken mit Genuss*. Aachen: VFED.

erlegten Grenzen meistens zu streng sind und einen starken Druck ausüben. Häufig können diese Regeln aufgrund ihrer unnatürlichen Strenge nicht eingehalten werden. Dies führt dann zu negativen Gefühlen, die wiederum das Essverhalten ungünstig beeinflussen können. Es werden Beispiele für strenge Regeln gegeben, und die Teilnehmerinnen sollen dann ihre eigenen – für sie typischen – strengen Regeln aufschreiben und ihre Erlebnisse im Umgang damit darstellen. Es wird ein flexiblerer Umgang mit solchen strengen Regeln diskutiert und den Teilnehmerinnen Gelegenheit gegeben, ihre strengen Regeln in flexible umzuformen. Als Hausaufgabe werden sie dazu angeleitet, eine flexible Regel bis zur nächsten Sitzung auszuprobieren und ihre Erfahrungen damit zu berichten.

2.3.3 Körperbild

Ein individueller Risikofaktor (siehe Kap. 1.2.2.3) bei der Entstehung von Essstörungen ist die Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht und der Figur. Verschiedene Einflussfaktoren wie die Internalisierung des Schlankheitsideals oder ein höherer BMI können die Körperunzufriedenheit erhöhen, wodurch dann wiederum essstörungsrelevante Verhaltensweisen gefördert werden.

Ziel bei diesem Programmbaustein ist der Aufbau einer realistischen und angstfreien Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Figur und des Gewichts. Damit wird eine langfristige Stärkung und Stabilisierung des körperlichen und allgemeinen Selbstwertgefühls angestrebt.

Übung: Körperschema

Als Einstieg in die Beschäftigung mit der eigenen Figur und ihrer Wahrnehmung werden die Teilnehmerinnen gebeten, einen Umriss ihrer Figur – wie sie sie wahrnimmt – auf ein Blatt Papier zu zeichnen. Jede Teilnehmerin soll dann die Zeichnung betrachten und eine Checkliste ‚So sehe ich es‘ ausfüllen (eigene Übersetzung der Checkliste aus Robert-McComb, 2000, S. 314), d.h. sie sollen bewerten, welche Körperteile sie an sich mehr oder weniger mögen. Ausgehend von dieser Liste sollen sie anschließend auf dem Umriss Herzen (was gefällt) und Blitze (was nicht gefällt) einzeichnen. Nach einer Vorstellung der Zeichnungen in der Gruppe werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Darstellungen diskutiert sowie deren Realitätsgehalt überprüft. Übungen dieser Art finden sich in vielen bisher

veröffentlichten Präventionsprogrammen und in Broschüren mit Vorschlägen zu Präventionsübungen (z.B. BzGA, S. 166/167; DAK, S. 65).⁵ Mit der Übung soll erreicht werden, dass die Teilnehmerinnen über ihr eigenes Körperbild nachdenken und sich der eigenen Einschätzung bewusst werden. Im Gruppengespräch können Unsicherheiten und negative Gefühle hinterfragt und relativiert werden.

Übung: Spiegelkonfrontation

Studien zur Körperbildexposition (Hilbert et al., 2002; Tuschen-Caffier et al., 2003) konnten zeigen, dass sich nach wiederholter Exposition die Stimmung sowie körperbezogene Kognitionen und das Selbstwertgefühl bei Essstörungspatienten verbessern. Es wird ein Wirkmechanismus dahingehend angenommen, dass durch die Körperbildexposition negative Körper-Schemata aktiviert werden („priming stimulus“). Diese Aktivierung erscheint wichtig für den therapeutischen Prozess, bei dem geschwächte Assoziationen zwischen dem CS („eigenen Körper sehen“) und den konditionierten negativen Reaktionen angestrebt werden. Auch in einer anderen Studie (Key et al., 2002) wurden bei einer Spiegelexposition starke emotionale Reaktionen beobachtet, die als Grundlage zur Veränderung im Sinne einer Desensibilisierung angenommen werden.

Auch in der präventiven Arbeit erscheint eine Körperbildexposition zur Steigerung der positiven Wahrnehmung der eigenen Figur sinnvoll. Die Teilnehmerinnen werden anhand eines Expositions-Manuals (Tuschen-Caffier & Florin, 2002) dazu angeleitet, sich selbst wiederholt in einem großen Ganzkörperspiegel zu betrachten. Die Gruppenleiterin lenkt dabei durch gezielte Fragen die Aufmerksamkeit auf alle Körperpartien. Dadurch sollen die Teilnehmerinnen lernen, Beurteilungskriterien für ihren Körper/ ihre Figur auch außerhalb des „Dick-Dünn“- Maßstabes zu finden, so z.B. auch Aspekte des Ausdrucksverhaltens zu berücksichtigen.

⁵ BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). *Ess-Störungen. Arbeit mit Selbsthilfegruppen. Ein Praxishandbuch für GruppenmoderatorInnen*. Köln: BZgA.

DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse). *Verflixte Schönheit! Projektideen für die Schule. Kreativmanual*. Hamburg: DAK.

2.3.4 Konflikt- / Stressbewältigung

Kritische Lebensereignisse gehen häufig der Erkrankung an einer Essstörung voraus (vgl. Kap. 1.2.4). Ein hohes Selbstbewusstsein sowie Problemlösefähigkeiten gelten diesbezüglich als protektive Faktoren.

So wird mit dem letzten Programmbaustein das Erlernen einer Konflikt-/ Stressbewältigung, die Essen als ‚Problemlöser‘ ausschließt, angestrebt. Zunächst erarbeiten die Teilnehmerinnen ein Entstehungsmodell von Essstörungen, das ihnen die allgemeinen Zusammenhänge zwischen Risiko-, Auslöse- und Aufrechterhaltungsfaktoren vermittelt. Dann werden die verschiedenen individuellen Gründe erhoben, aus denen die Teilnehmerinnen essen, wie z.B. Stress, Konflikte, Langeweile. Anhand von spezifischen Problemsituationen der Teilnehmerinnen wird anschließend ein Problemlösetraining durchgeführt. In angeleiteten Rollenspielen können dann soziale Kompetenzen (Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten) erprobt und eingeübt werden.

Übung: Entstehungsmodell für Essstörungen

Die Teilnehmerinnen werden dazu angeleitet, in Gruppenarbeit anhand von ausgehändigten Materialien und ihren eigenen Erfahrungen Risiko- bzw. auslösende Faktoren und aufrechterhaltende Faktoren zu erarbeiten. Sie bereiten einen kurzen Vortrag vor und stellen darin ihre Ergebnisse vor, die dann in der Großgruppe diskutiert werden. Diese Übung dient sowohl als kognitive Vorbereitung für das anschließende Training der Fähigkeiten zur Konflikt- / Stressbewältigung als auch zur Integration der bisherigen Programmbausteine in den theoretischen Hintergrund zur Entstehung von Essstörungen.

Übung: Automatische Gedanken

Mithilfe dieser Übung sollen die Teilnehmerinnen erkennen, inwiefern automatische negative Gedanken in Bezug auf das Essen zur Aufrechterhaltung gestörten Essverhaltens beitragen und wie diese verändert werden können. Es wird erfragt, welche Gedanken den Teilnehmerinnen kommen, wenn sie mehr gegessen haben, als sie sich vorgenommen hatten. Jede für sich sammelt diese negativen Gedanken schriftlich und liest sie anschließend der Gruppe vor. Gemeinsam wird dann nach alternativen, positiven Gedanken gesucht, die hilf-

reich wären, ein gesundes Essverhalten zu erlangen. Es wird erarbeitet, was den Teilnehmerinnen helfen könnte, sich in den betreffenden Situation solche Alternativgedanken in Erinnerung zu rufen.

Übung: „Ich esse, weil...“

Diese Übung ist in der BzgA-Broschüre (S. 162/163; Literaturangabe siehe Fußnote 5) beschrieben. Es sollen Erkenntnisse über die Motivation zum Essen erworben werden. Zudem wird eine Sensibilisierung für den Zusammenhang zwischen Essen und Gefühlen angestrebt. Im Zweier-Interview sollen die Teilnehmerinnen gegenseitig Gründe, aus denen sie essen, erfragen und aufschreiben. Diese Gründe werden von den Gruppenleiterinnen gesammelt und zusammengefasst und Gemeinsamkeiten in der Gruppe diskutiert.

Übung: Problemlösen und Rollenspiel

Als Hausaufgabe wird den Teilnehmerinnen aufgetragen, eine konkrete, aktuelle Belastungs- oder Stresssituation, die sie mit Essen lösen, zu protokollieren. Diese Situation sollen sie in der folgenden Sitzung vorstellen. Anhand eines Beispiels werden alternative Handlungsmöglichkeiten im Rahmen eines Problemlösetrainings erarbeitet. Jede Teilnehmerin soll im Anschluss eine alternative Problemlösung ihrer eigenen Situation suchen und für sich aufschreiben. Durch diese Übung sollen die Teilnehmerinnen die Erkenntnis gewinnen, dass Essen bzw. Nicht-Essen in problematischen Situationen nur eine kurzfristige Lösung bietet und lernen, dass jede Problemsituation auch (langfristige) alternative Lösungen beinhaltet. Die erarbeiteten Lösungsstrategien werden im Rollenspiel getestet und eingeübt. So bekommen die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, neue Copingstrategien auszuprobieren und Rückmeldungen dazu zu erhalten. Hierdurch wird eine Steigerung des eigenen Selbstwirksamkeitsempfindens angestrebt.

2.4

Durchführung des Programms

Das Präventionsprogramm wird über einen Zeitraum von zehn Wochen mit wöchentlichen Sitzungen à 90 Minuten durchgeführt. Bei anderen Studien zur Prävention von Essstörungen hat sich gezeigt, dass eine solche längere Interventionsdauer zu größeren Effekten bei der Programmwirksamkeit führt (Ciliska et al., 2001; Stice & Shaw, 2004). Den Teilnehmerinnen wird so ausreichend Gelegenheit gegeben, ein Vertrauensverhältnis untereinander aufzubauen und Veränderungen im Alltag zu erproben und einzuüben. Für die Umsetzung des während der Programmsitzungen Erarbeiteten werden dementsprechend auch ‚Hausaufgaben‘ vereinbart.

Das Programm wird in Kleingruppen von fünf bis sechs Teilnehmerinnen durchgeführt. Eine solche begrenzte Teilnehmeranzahl gewährleistet effektives Arbeiten unter Aufbau einer vertrauensvollen Atmosphäre der Teilnehmerinnen untereinander und mit den Gruppenleiterinnen. Zur Berücksichtigung des unterschiedlichen Entwicklungsstands werden die Teilnehmerinnen in zwei Altersgruppen aufgeteilt (12-15 Jahre und 16-25 Jahre). Der Programmablauf gestaltet sich in beiden Altersgruppen gleich, lediglich der Sprachgebrauch wird altersangemessen angepasst.

In der ersten Gruppensitzung wird zunächst Raum gegeben für ein Kennenlernen der Teilnehmerinnen untereinander und der Gruppenleiterinnen. Der Ablauf und die Inhalte des Programms werden vermittelt und Gruppenregeln zur Kommunikation und Schweigepflicht etabliert. Über den gesamten Programmverlauf hinweg wird Offenheit und wechselseitige Empathie gefördert.

Die Gruppensitzungen während der Studie wurden jeweils von zwei Gruppenleiterinnen (Diplom-Psychologinnen, Diplom-Pädagogin, Psychologiestudentin im höheren Semester) angeleitet. Bei jeder Gruppe war eine von zwei im Bereich der Essstörungstherapie und –prävention geschulten Diplom-Psychologinnen (Autorin der Arbeit oder Nora Dannigkeit) hauptverantwortlich. Die Gruppensitzungen wurden auf Video aufgezeichnet und von Prof. Dr. Tuschen-Caffier supervidiert.

3 Methode

3.1 Rekrutierung der Stichprobe

Als Stichprobe wurden Mädchen und junge Frauen zwischen 12 und 25 Jahren mit subklinischen Formen von Essstörungen rekrutiert. Bei der Rekrutierung konnte auf zahlreiche Kontakte und die Zusammenarbeit der Christoph-Dornier-Stiftung Siegen mit Schulen, der Universität, Psychotherapeuten und Beratungsstellen im Siegener Umkreis zurück gegriffen werden. Potentielle Teilnehmerinnen wurden durch die Verteilung von Flugblättern und Plakaten in Schulen und der Universität Siegen auf das Programm aufmerksam gemacht. Weiterhin wurde in Lehrveranstaltungen der Universität Siegen auf das Projekt hingewiesen. Beratungsstellen, Arzt- und Psychotherapiepraxen sowie Sporteinrichtungen (Sportvereine, Ballettschulen, Fitnessstudios etc.) erhielten Informationsmaterial über das Programm. Zudem wurden Aufrufe in lokalen und regionalen Zeitungen des Siegerlandes veröffentlicht. Die verschiedenen Unterlagen zur Rekrutierung finden sich im Anhang 1.

Interessentinnen für das Programm konnten sich telefonisch, schriftlich oder persönlich bei der Christoph-Dornier-Stiftung Siegen melden. Name, Adresse, Telefonnummer und Alter wurden aufgenommen und die individuelle Problematik wurde kurz erfasst. Waren die Alters- und Geschlechtsvorgaben erfüllt und bestanden nach ersten Erkenntnissen keine behandlungsbedürftige Essstörung oder andere psychische Erkrankung, wurden die Mädchen und jungen Frauen zu einem ersten von zwei Diagnostikterminen eingeladen, die der Stichprobenselektion dienten.

3.2 Selektion der Stichprobe

Die Stichprobenselektion erfolgte anhand der Auswertung von zwei standardisierten Interviews (EDE und Mini-Dips). Diese wurden an zwei verschiedenen Terminen von den Programmleiterinnen im Einzelgespräch mit den potentiellen Programmteilnehmerinnen durchgeführt.

1. Diagnostiktermin: EDE

Beim ersten Gesprächstermin wurde die Bewerberin zunächst begrüßt, ihr das Programm kurz vorgestellt und ein Informationsblatt ausgehändigt (siehe Anhang 1). Sie wurde über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und gebeten, eine Einverständniserklärung (siehe Anhang 1) zu unterschreiben, dass erhobene Daten anonym zu Forschungszwecken verwendet sowie dass die verschiedenen Termine des Programms zu Supervisionszwecken auf Video aufgezeichnet werden dürfen. Dann wurde die deutschsprachige Version (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006a; Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004)) des strukturierten Essstörungeninterviews von Fairburn & Cooper (1993) (Eating Disorder Examination: EDE) durchgeführt. Das EDE erfasst die spezifische Psychopathologie von Essstörungen und gilt als solides und weit in klinisch-psychologischer Forschung und Praxis eingesetztes Instrument für die Essstörungsdiagnostik Erwachsener und Jugendlicher. Die Durchführung des gesamten Interviews dauert ca. 45 Minuten.

Das EDE besteht aus 36 Items. 22 dieser Items sind den vier Subskalen „Restraint Scale“ (5 Items), „Eating Concern Scale“ (5 Items), „Weight Concern Scale“ (5 Items) und „Shape Concern Scale“ (8 Items) zugeordnet. Sie beschreiben essstörungsspezifische Merkmale auf der kognitiv-emotionalen Ebene sowie auf der Ebene des offen sichtbaren Verhaltens. Mit der „Restraint Scale“ (Gezügelter Essen) wird die Ausprägung eines gezügelter Essstils, z.B. Diätversuche oder die Vermeidung von bestimmten Nahrungsmitteln, gemessen. Die „Eating Concern Scale“ (Essensbezogene Sorgen) bildet weitere Auffälligkeiten bezüglich des Essens ab, z.B. eine extreme gedankliche Beschäftigung mit Nahrungsmitteln, Essen oder Kalorien. Die „Weight Concern Scale“ (Gewichtssorgen) umfasst Items zu gewichtsbezogenen Sorgen, z.B. die Relevanz des Gewichts für das Selbstwertgefühl. Mit der „Shape Concern Scale“ (Figursorgen) werden Korrelate von Figursorgen erfragt wie Unbehagen

beim Betrachten des Körpers und Konzentrationsschwierigkeiten aufgrund des Nachdenkens über die Figur. Im Interview wird die aktuelle Ausprägung der 22 Items während der letzten 28 Tage erfasst. Dabei werden Einschätzungen von Häufigkeiten bzw. bei acht Items von der Intensität jeweils auf siebenstufigen verankerten Ratingskalen vorgenommen (0 = „Merkmal war nicht vorhanden“ bis 6 = „Merkmal war an jedem Tag bzw. in extremer Ausprägung vorhanden“). Das EDE enthält zudem vierzehn Items zur differentialdiagnostischen Einordnung der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung sowie anderer nicht näher bezeichneter Essstörungen (EDNOS) nach den Kriterien des DSM-IV-TR (Saß et al., 2003). Mit diesen Items werden z.B. Häufigkeiten von Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen in den letzten drei bzw. sechs Monaten erfasst.

Das EDE zeichnet sich in der englischsprachigen Version durch gute teststatistische Eigenschaften, also hohe Validitäten und Reliabilitäten aus (zusammenfassend s. Fairburn & Cooper, 1993; u.a. Grilo & Wilson, 2001; Guest, 2000; Rizvi, Peterson, Crow, & Agras, 2000; Wade, Tiggemann, Martin, & Heath, 1997; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 2000). In einer teststatistischen Untersuchung (Hilbert et al., 2004; Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005) ließen sich auch für die deutschsprachige Übersetzung des EDE die guten Kennwerte bestätigen. Das Interview wurde mit Essstörungspatienten (Diagnose einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung) und einer nicht-essgestörten Vergleichsgruppe durchgeführt. Auf Item- und Subskalenebene konnten hohe Interrater-Reliabilitäten nachgewiesen werden ($N = 284$; Items: Cohen's $\kappa \geq .80$; Spearman-Korrelationskoeffizient $r_{sp} > .90$; Subskalen: Pearson-Korrelationskoeffizienten $.92 \leq r \leq .99$). Für den Gesamtscore lag die Interrater-Reliabilität bei $r = .99$. Sowohl für die Subskalen als auch für den Gesamtscore zeigten sich gute interne Konsistenzen (Subskalen: $.73 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .86$; Gesamtscore: $\alpha \leq .93$). Die konvergenten Validitäten wurden anhand von Korrelationen mit Selbstbeurteilungsverfahren bestimmt. Sie lagen im mittleren Bereich. Die deutschsprachige Version des EDE weist zudem eine gute Konstruktvalidität und Veränderungssensitivität auf. Die meisten Items, alle Subskalen und der Gesamtwert differenzieren klar zwischen den verschiedenen Gruppen mit einer Essstörungsdiagnose und nicht-essgestörten Personen. Auch können mit den Kennwerten des EDE Veränderungen durch psychologische Psychotherapie abgebildet werden.

Das EDE ist ein strukturiertes Experteninterview, bei dem vom Interviewer die genaue Kenntnis der zu erfragenden Konzepte und der Kodierungstechniken gefordert wird. Beide Diplom-Psychologinnen, die das EDE während der Studie durchführten, haben ein spezielles EDE-Training, das Konzepte, Fragetechniken und Kodierungsregeln vermittelt, durch Christopher Fairburn erhalten.

Die Auswertung des Interviews erfolgt über die Berechnung der Subskalenmittelwerte sowie des Gesamtwerts. Über die Items zur Diagnosestellung einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Binge-Eating-Störung wird festgestellt, ob eine behandlungsbedürftige Essstörung vorliegt. Als Kriterium für die Aufnahme in die Stichprobe wurde festgelegt, dass die Werte auf den EDE-Subskalen sowie der Gesamtwert im erhöhten Bereich liegen müssen, d.h. zwischen Werten, die bei klinisch auffälligen Gruppen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung und bei Kontrollpersonen gefunden wurden. Hier wurden die Vergleichswerte aus der Untersuchung von Hilbert et al. (2004) zur Kriteriumsüberprüfung herangezogen. Ausschlusskriterium für die Aufnahme in das Trainingsprogramm war die Diagnose einer voll ausgeprägten Essstörung.

Die Bewerberinnen wurden nach Auswertung des EDE telefonisch zur Rückmeldung kontaktiert. Falls nach dem ersten Diagnostiktermin aufgrund der Ergebnisse des EDE die Diagnose einer klinisch behandlungsbedürftigen Essstörung gestellt wurde, konnten diese Mädchen und jungen Frauen nicht am Programm teilnehmen; sie wurden auf Therapiemöglichkeiten aufmerksam gemacht werden. Wiesen die Bewerberinnen im EDE erhöhte Werte auf den vier Subskalen und im Gesamtwert auf, wurden sie zu einem zweiten Diagnostiktermin eingeladen.

2. Diagnostiktermin: Mini-DIPS

Beim zweiten Termin wurde das Diagnostische Kurz-Interview bei psychischen Störungen (Mini-DIPS) (Margraf, 1994) durchgeführt, um bei den Bewerberinnen für das Trainingsprogramm das Vorliegen einer anderen psychischen Störung auszuschließen.

Das Mini-DIPS wurde als Kurzfassung des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS) (Margraf, Schneider & Ehlers, 1994) entwickelt und ermöglicht in kurzer Zeit eine Abklärung über das Vorliegen der für das psychotherapeutische Arbeitsfeld wichtigsten Störungen. Dies beinhaltet Angststörungen, affektive Störungen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Substanzabusus sowie den Ausschluss von Psychosen. Das Mini-DIPS weist neben einer zeitlichen Ökonomie auch eine hohe psychometrische Güte auf. So zeigt sich eine befriedigende bis gute Übereinstimmung zwischen DIPS und Mini-DIPS sowohl bei Oberklassen von Störungen als auch bei Einzeldiagnosen. Eine hohe Interrater-Reliabilität belegt eine gute Auswertungsobjektivität für die Diagnosestellung aufgrund des Mini-DIPS (Margraf, 1994).

Hatte sich aufgrund der Ergebnisse des Mini-DIPS die Diagnose einer anderen behandlungsbedürftigen psychischen Störung ergeben, wurden diese Programmbewerberinnen über Möglichkeiten einer Therapie informiert, konnten aber nicht ins Programm aufgenommen werden.

Die ausgewählten Teilnehmerinnen wurden telefonisch über die Aufnahme in das Gruppenprogramm benachrichtigt und erhielten kurz vor Beginn des Programms eine kognitive Vorbereitung (siehe Kap. 2.3 und Anhang 3) auf das Programm.

Nachfolgend ist der Ablauf der Stichprobenrekrutierung und -selektion zusammenfassend dargestellt:

Rekrutierung
1. Information • Informationsmaterial und Poster an Schulen, Universität, Beratungsstellen, Arzt- und Psychotherapiepraxen und Sporteinrichtungen • Aufrufe in Zeitungen 2. Erstkontakt • Aufnahme von Name, Adresse, Telefonnr., Alter und individueller Problematik • Terminvereinbarung für 1. Diagnostiktermin
Selektion
1. 1.Diagnostiktermin • Begrüßung und kurze Information über Programm • Durchführung des EDE 2. 2.Diagnostiktermin • Durchführung des Mini-Dips 3. Benachrichtigung über Aufnahme in das Programm und Programmbeginn, für KG Aufklärung über Wartezeit, Vereinbarung des Termins für die kognitive Vorbereitung

Abb. 3.1 Ablauf der Stichprobenrekrutierung und -selektion

Für die gesamte Studie (Pilot- und Hauptstudie) wurden 72 diagnostische Erstgespräche geführt. Insgesamt 28 (fast 39%) Mädchen und junge Frauen aus diesen Gesprächen nahmen nicht am Präventionsprogramm teil. Bei 15 Probandinnen wurde eine Therapieempfehlung ausgesprochen (zwölf wegen Essstörungen, drei aufgrund anderer psychischer Störungen) und 13 Mädchen und junge Frauen entschieden sich aus verschiedenen individuellen Gründen nach dem ersten oder zweiten Diagnostiktermin gegen eine Teilnahme.

3.3 Untersuchungsdesign

Zur Überprüfung der Effektivität des Präventionsprogramms wurde die Studie in einem Prä-Posttest-Wartekontrollgruppen-Design mit einem Follow-up nach sechs Monaten angelegt. Die nach einer Rekrutierungs- und Selektionsphase (siehe Kap. 3.1 und Kap. 3.2) für das Programm akzeptierten Mädchen und jungen Frauen wurden per Zufallsauswahl in Experimental- und Kontrollgruppe aufgeteilt. Die Gruppen wurden nach Alter parallelisiert. Die Kontrollgruppe war eine Wartegruppe, d.h. dass die Teilnehmerinnen dieser Gruppe das Training nach Beendigung des Programms für die Experimentalgruppe erhielten. In der folgenden Abbildung ist das Untersuchungsdesign graphisch dargestellt:

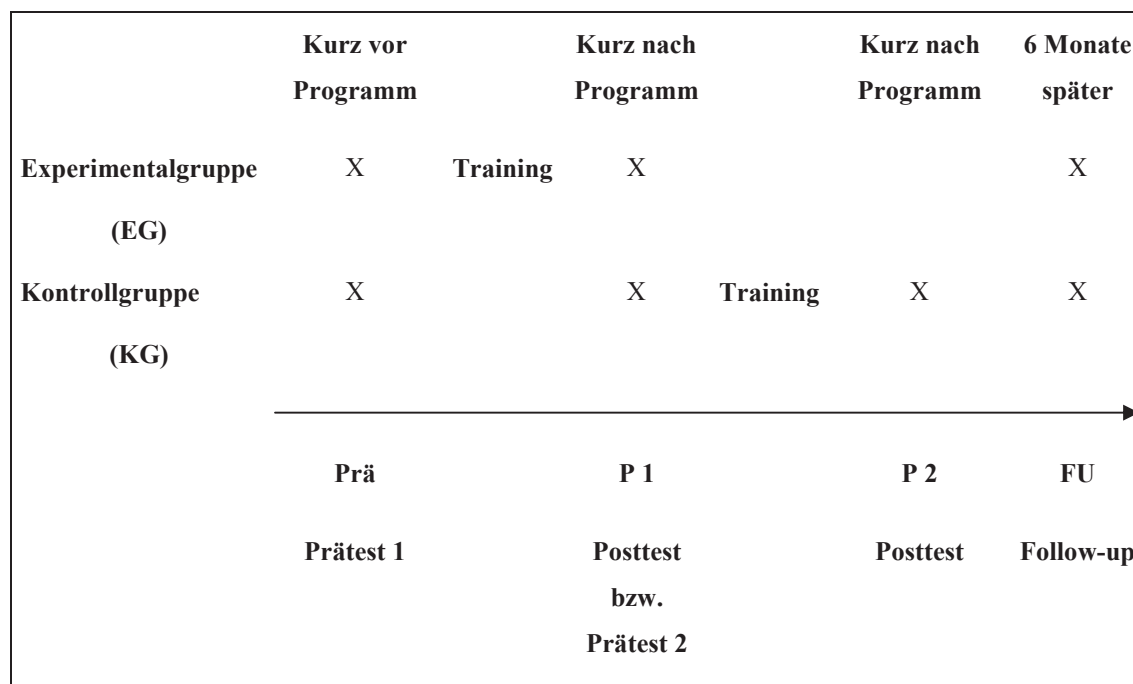


Abb. 3.2 Untersuchungsdesign

An drei bzw. vier Messzeitpunkten (Prä, P1, P2, FU) wurden Daten über eine standardisierte Fragebogenbatterie (siehe Kap. 3.5) erhoben. Der Messzeitpunkt ‚Prä‘ (Prätest) diente der Baseline-Erhebung. Die Experimentalgruppe (EG) nahm dann zehn Wochen lang an den wöchentlich stattfindenden Programmsitzungen teil. Die Kontrollgruppe (KG) erhielt während dieser Zeit kein Training. Im Anschluss an die Programmdurchführung (Messzeitpunkt ‚P1‘) wurde sowohl von der Experimental- als auch von der Kontrollgruppe erneut die Fragebogenbatterie ausgefüllt. Für die Experimentalgruppe stellte dies die erste Nacherhebung dar (Posttest), während für die Wartegruppe die Befunde aus der Baseline-Erhebung aktualisiert wurden (Prätest 2). Die Wartegruppe erhielt in den zehn folgenden Wochen das Training, in dessen Anschluss auch für sie eine Nachuntersuchung (‚P2‘ Posttest) stattfand. Jeweils sechs Monate nach Beendigung des Programms wurde für beide Gruppen eine weitere Befragung (‚FU‘ Follow-up) durchgeführt, um die Langzeitwirkung der Teilnahme am Programm festzustellen.

Für die Evaluation der Programmdurchführung (Pilotstudie, Kap. 4) wurden die Daten lediglich an den Messzeitpunkten ‚Prä‘ und ‚P1‘ erhoben. Der Vergleich der Daten der beiden Gruppen vor und nach der Intervention in der EG diente einer ersten Orientierung, inwiefern Veränderungen auf die Teilnahme an dem Programm zurückzuführen sind, so wie einer ersten qualitativen Evaluation. Aufgrund dieser Ergebnisse erfolgte dann eine inhaltliche und strukturelle Optimierung des Programms für die Hauptstudie.

3.4 Fragestellung und Hypothesen

Ziel der Studie war die Überprüfung der Effektivität des neu entwickelten Programms zur indizierten Prävention von Essstörungen. Folgende Fragen sollten durch die Evaluation beantwortet werden:

- Ist das Programm in der Lage, die bereits bestehende subklinische Essstörungssymptomatik bei den Teilnehmerinnen zu verringern?
- Kann mit dem Programm das allgemeine und körperliche Selbstbewusstsein gestärkt werden?

- Kann das Wissen über Essstörungen und gesunde Ernährung durch die Teilnahme an dem Programm verbessert werden?
- Verringert die Teilnahme an dem Programm bei den Teilnehmerinnen die allgemeine psychische Belastung?
- Kann mit dem Programm die Akzeptanz des eigenen Gewichts gefördert werden; nähern sich BMI und Wunsch-BMI an?
- Bleiben die durch die Teilnahme an dem Programm erzielten Effekte auch über einen längeren Zeitraum stabil, d.h. kann durch die Teilnahme an dem Programm die Entwicklung einer voll ausgeprägten Essstörung verhindert werden?

Die Fragestellung wurde über folgende Hypothesen operationalisiert:

1. Im Vergleich zur Kontrollgruppe reduzieren sich in der Experimentalgruppe zwischen Prätest und Posttest die Werte in den verschiedenen Skalen zu problematischem Essverhalten und Einstellungen zu Gewicht und Figur signifikant und bedeutsam. Die Reduktion der problematischen Verhaltensweisen und Einstellungen wird erfasst über das Selbsturteil in folgenden Fragebogen:
 - a. Eating Disorder Examination - Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q)
Skalen: „Restraint“, „Eating Concern“, „Weight Concern“ und „Shape Concern“
 - b. Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)
Skalen: „Gezügeltes Essverhalten“, „Emotionales Essverhalten“, „Externales Essverhalten“
 - c. Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)
Skalen: „Schlankheitsstreben“, „Bulimie“ und „Körperliche Unzufriedenheit“
2. Im Vergleich zur Kontrollgruppe steigern sich in der Experimentalgruppe zwischen Prätest und Posttest die Werte in den verschiedenen Skalen zum allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl signifikant und bedeutsam. Die Steigerung des allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühls wird erfasst über das Selbsturteil in folgenden Fragebogen:
 - a. State-Self-Esteem-Scale (SSES)
Skalen: „Attraktivitätsbereich“, „Leistungsbereich“ und „Sozialer Bereich“

- b. Selbstbeschreibungsfragebogen für Schüler und Studenten (SDQ-III-G)
Skalen: „Allgemeines Selbstwertgefühl“, „Soziale Beziehung zum anderen Geschlecht“, „Emotionales Selbstkonzept“, „Soziale Beziehungen zu den Eltern“, „Körperliche Attraktivität“, „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“ und „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“
3. Im Vergleich zur Kontrollgruppe steigert sich in der Experimentalgruppe zwischen Prätest und Posttest das Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen signifikant und bedeutsam. Die Steigerung des Wissens über gesunde Ernährung und Essstörungen wird erfasst über einen selbstentwickelten Multiple-Choice-Fragebogen.
4. Im Vergleich zur Kontrollgruppe reduziert sich in der Experimentalgruppe zwischen Prätest und Posttest die allgemeine psychische Symptombelastung signifikant und bedeutsam. Die Reduktion der allgemeinen psychischen Symptombelastung wird erfasst über das Selbsturteil in der Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Die Veränderung wird gemessen an dem globalen Kennwert GSI (global severity index).
5. Es wird erwartet, dass sich durch die Teilnahme am Präventionsprogramm der BMI nicht signifikant verändert, dass sich aber in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe der Wunsch-BMI erhöht und es somit zu einer Annäherung der beiden Werte kommt. Dies würde eine gebesserte Akzeptanz des eigenen Gewichts bedeuten. BMI und Wunsch-BMI werden zu allen Untersuchungszeitpunkten errechnet aus den Angaben der Probandinnen zu ihrem Gewicht, Wunschgewicht und Größe.
6. Es wird prognostiziert, dass die Veränderung der Werte, wie unter 1. bis 5. postuliert, auch über einen Zeitraum von sechs Monaten erhalten bleiben (Messzeitpunkt ‚FU‘ Follow-up).

3.5 Evaluationsinstrumente

Im Folgenden werden die Messinstrumente beschrieben, die zur Messung von Veränderungen durch das Training eingesetzt wurden. Die Auswahl dieser Messinstrumente erfolgte ausgehend vom Stand der Forschung zu den Risikofaktoren für Essstörungen sowie einer Durchsicht der in bisherigen Studien verwandten Messinstrumente. Mit Ausnahme des selbstentwickelten Fragebogens zum Wissen über Essstörungen und gesunde Ernährung wurden die Daten ausschließlich durch international anerkannte, standardisierte Fragebögen erhoben.

Die Fragebogenbatterie wurde von den Teilnehmerinnen zu den verschiedenen Messzeitpunkten jeweils selbständig ausgefüllt. Die Gesamtbearbeitungszeit beträgt ca. 45-60 Minuten. Lediglich der Wissensfragebogen wurde im Beisein der Programmleiterinnen ausgefüllt, damit gewährleistet ist, dass die Probandinnen keine Hilfsmittel zur Beantwortung der Fragen einsetzen. Die Teilnehmerinnen wurden darüber informiert, dass die Eingabe und Auswertung der Daten anonym erfolgt, dass also ein Rückschluss von der Gesamtauswertung auf einzelne Personen nicht möglich ist. Mithilfe eines Codes wurde sichergestellt, dass die spätere Zuordnung der Daten von Prä- und Posttest zu Follow-up möglich ist.

Auf dem Deckblatt der Fragebogenbatterie erhielten die Probandinnen allgemeine Instruktionen zum Ausfüllen der Selbstbeurteilungsbögen. Sie wurden gebeten, alle Fragen sorgfältig, aber möglichst spontan zu beantworten. Es wird darauf hingewiesen, dass es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten gibt. Dadurch sollen Effekte wie soziale Erwünschtheit oder Angst vermieden werden. Nochmals wird hier betont, dass die Daten streng vertraulich behandelt werden. Beim Post- und Follow-up-Test wurden zusätzlich noch Gewicht, Wunschgewicht und Größe erfragt, beim Prätest wurden diese Informationen beim EDE erfragt.

Zur qualitativen Auswertung des Trainingsprogramms wurde nach jedem Programmbaustein eine kurze offene Rückmeldung in schriftlicher Form erbeten. Zusätzlich wurde nach der letzten Programmstunde ein Rückmeldungsbogen (siehe Anhang 4) von den Teilnehmerinnen ausgefüllt. Hier wurde auf einer fünfstufigen Skala von „sehr zufrieden“ bis „gar

nicht zufrieden“ die Zufriedenheit der Teilnehmerinnen mit dem Verhalten der Programmleiterinnen, mit der Gestaltung der Stunden und Materialien sowie mit Programm insgesamt erfasst. Ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala (von „sehr viel“ bis „sehr wenig“) sollten die Probandinnen beurteilen, wie viel ihnen die einzelnen Programmsteine persönlich gebracht haben. Mit offenen Fragen wurde erfragt, was den Teilnehmerinnen am Programm gefallen bzw. nicht gefallen hat und was sich bei ihnen durch die Programmteilnahme verändert hat. Zum Follow-up-Messzeitpunkt wurden die Teilnehmerinnen auf einer siebenstufigen Skala gefragt, wie sie sich heute im Vergleich zum Beginn des Gruppenprogramms insgesamt und in Bezug auf die Zufriedenheit mit ihrer Figur und ihrem Gewicht und ihr Essverhalten fühlen (von „sehr viel schlechter“ bis „sehr viel besser“). Zudem wurde die Frage gestellt, was die Teilnahme am Gruppenprogramm ihnen persönlich gebracht habe. Auch dieser Fragebogen findet sich in Anhang 4.

Die Fragebogenbatterie umfasst folgende Fragebogen:

Fragebogen
Essverhalten und Einstellungen zu Gewicht und Figur • Eating Disorder Examination-Self-Report Questionnaire (EDE-Q: Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006b) • Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ: Grunert, 1989) • Eating Disorder Inventory (EDI-2: Rathner & Waldherr, 1997) Selbstwertgefühl • State-Self-Esteem-Scale (SSES: Hohler, 1997) • Self-Description-Questionnaire (SDQ-III-G: Hörmann, 1986) Allgemeine psychische Symptombelastung • Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R: Franke, 1995) Wissen • Fragebogen zum Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen (Dannigkeit & Köster, 2000; Köster, Dannigkeit & Tuschen-Caffier, 2001)

Abb. 3.3 Fragebogenbatterie

Essverhalten und Einstellungen zu Gewicht und Figur

Eating Disorder Examination – Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q)

Der Eating Disorder Examination – Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q) ist die von Fairburn & Beglin (1994) entwickelte Selbstbeurteilungs-Version des Eating Disorder Examination (EDE) – Interviews (Fairburn & Cooper, 1993). Er wurde sehr ähnlich wie das EDE gestaltet, um eine größtmögliche Vergleichbarkeit der beiden Instrumente zu gewährleisten. Die verschiedenen Versionen des EDE-Q wurden einer kontinuierlichen Überarbeitung unterzogen. Für die vorliegende Studie wurde die vierte Version, die 36 Items beinhaltet, verwendet. Der EDE-Q erfasst als Fragebogen dieselben vier Skalen („Restraint“ (5 Items), „Eating Concern“ (5 Items), „Weight Concern“ (5 Items) und „Shape Concern“ (8 Items)) wie das EDE (siehe Kap. 3.2). Die essstörungsspezifischen Merkmale werden in ihrer aktuellen Ausprägung während der letzten 28 Tage erfragt. Auf einer siebenstufigen verankerten Ratingskala (0 = „Merkmal war nicht vorhanden“ bis 6 = „Merkmal war jeden Tag bzw. in extremer Ausprägung vorhanden“) sollen die Probanden jeweils die Häufigkeit bzw. Intensität einschätzen. Die übrigen Items dienen der Erfassung diagnostisch relevanter Kernverhaltensweisen, z.B. von Essanfällen, selbstinduziertem Erbrechen oder Laxantienmißbrauch. Auch hier wird die Häufigkeit in den letzten 28 Tagen erfragt. Für die Auswertung des EDE-Q werden für die Subskalen Mittelwerte gebildet und es kann ein Gesamt(mittel)wert berechnet werden zur Abbildung des globalen Grades einer vorhandenen Essstörungspsychopathologie. Die Items zu den Kernverhaltensweisen werden auf Einzelitemebene ausgewertet. In der klinischen Forschung und Praxis zeigt sich der EDE-Q als zeitökonomisches Verfahren für Erwachsene und Jugendliche. Insgesamt können Ergebnisse aus dem EDE-Q die klassifikatorische Diagnostik bei Essstörungen unterstützen, sie sollten jedoch nicht das Expertenurteil ersetzen.

Im Hinblick auf die Gütekriterien zeigt der EDE-Q sehr gute interne Konsistenzen und Retest-Reliabilitäten (Luce & Crowther, 1999). Die Vergleichbarkeit mit dem EDE ist in einigen Bereichen recht gut, in anderen wie z.B. in Bezug auf die Erhebung von „Binge Eating“ nicht so stark (Fairburn & Beglin, 1994; Wilfley, Schwartz, Spurrell, & Fairburn, 1997). Die deutsche Übersetzung liegt von Hilbert und Tuschen-Caffier (2006b) vor. Eine teststatistische Untersuchung (Hilbert, Karwauk, Niederhofer & Munsch, 2007) zeigte auch hierfür hohe interne Konsistenzen der EDE-Q-Subskalen und des Gesamtwerts (Subskalen:

.85 $\leq$ Cronbach's $\alpha \leq$.93; Gesamtwert: Cronbach's $\alpha =$.97) und Retest-Reliabilitäten. Weiterhin konnte eine gute konvergente Validität nachgewiesen werden. Vergleichswerte für die einzelnen Skalen, den Gesamtwert und die Kernverhaltensitems liegen vor, die Kennwerte differenzieren klar zwischen den verschiedenen Essstörungen und nicht-essgestörten Kontrollpersonen und zeigen sich sensitiv bezüglich der Erfolgsmessung von therapeutischen und präventiven Maßnahmen.

Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)

Der Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) (Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986; deutsche Übersetzung: Grunert, 1989) erfasst drei zentrale Konzepte des Ernährungsverhaltens. Mit der „Externalitäts“-Skala wird ein Essverhalten, das stark auf äußere Stimuli unter Nichtbeachtung interner physiologischer Signale ausgerichtet ist, erfasst. Die Skala „Restriktion“ misst das Ausmaß eines stark kognitiv beeinflussten, gezügelten Essverhaltens. Gefühlsinduziertes Ernährungsverhalten, d.h. eine erhöhte Nahrungsaufnahme aufgrund von emotionalen Erregungszuständen wie Ärger, Angst oder Unsicherheit wird über die Skala „Emotionalität“ erfasst.

Die Originalversion des DEBQ (Strien et al., 1986) besteht aus 33 Items, die in Frageform formuliert und anhand einer fünfstufigen Likertskala (niemals-selten-manchmal-oft-sehr oft) zu beantworten sind. Eine Faktorenanalyse der Items ergab, dass sie sich auf vier Faktoren beschreiben lassen. Der erste Faktor erfasst mit zehn Items „gezügeltes Essverhalten“ (Restriktion) und der zweite Faktor auch mit zehn Items „externales Essverhalten“. Beide Faktoren werden aufgrund ihrer ausreichend hohen Ladungen als eindeutig angesehen, dagegen werden der dritte und vierte Faktor (mit insgesamt 13 Items) zu einem Faktor zusammengefasst, der als „emotionales Essverhalten“ bezeichnet wird. Es wird dabei zwischen den beiden Dimensionen „Essen aufgrund diffuser Emotionen“ und „Essen aufgrund klar benannter Emotionen“ unterschieden. Zwischen den Skalen bestehen signifikante Interkorrelationen ($r = .16 - .97$), wobei sich die geringste Korrelation zwischen der gezügelten und der externalen Skala zeigte. Weiterhin stellten die Autoren eine hohe innere Konsistenz (Cronbachs Alpha: .81 – .95) und eine mittlere bis gute prädiktive Validität fest. Die Drei-Faktorenlösung des DEBQ konnte an einer britischen Population repliziert werden (Wardle, 1987). Petty, Rosen und Michaels (2000) stellen in ihrem Überblick über neunzehn

Essstörungen-Skalen beim DEBQ eine sehr gute diagnostische sowie prädiktive und prognostische Validität fest.

Die deutschsprachige Fassung des DEBQ von Grunert (1989) enthält 30 Items; jeweils zehn Items können den drei Skalen zugeordnet werden. Die Items sind im Unterschied zur Originalversion jeweils als Aussagen in der Ich-Form formuliert. Die Antwortmöglichkeiten wurden dabei unverändert gelassen. Zur Auswertung werden für die drei Skalen Mittelwerte berechnet. Die in Studien zu der Originalversion mit Faktorenanalysen gefundene Drei-Faktoren-Lösung (Strien et al., 1986; Wardle, 1987) konnte für die deutsche Version bestätigt werden. Die innere Konsistenz der einzelnen Skalen lag im Bereich von .82 bis .92 (Cronbachs Alpha) und wurde als gut bewertet. Insgesamt beurteilt Grunert die deutsche Fassung des DEBQ hinsichtlich ihrer Validität und inneren Konsistenz als zufriedenstellend und die Verteilung der Variablen auf die erhobenen Dimensionen als eindeutig.

Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)

Das Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) (Garner, 1991) ist ein standardisiertes Messverfahren, das international in Psychotherapie- und Präventionsstudien zu Essstörungen eingesetzt wird (z.B. bei Garner et al., 1993; Phelps et al., 1999; Springer et al., 1999). Es ist ein Selbsteinschätzungsinventar zur Erfassung der speziellen und allgemeinen Psychopathologie von Essstörungen. Einstellungen und Verhaltensweisen werden über 91 Items erfragt, die auf elf verschiedene Skalen aufgeteilt sind. Die elf Skalen erfassen folgende Dimensionen: „Schlankheitsstreben“, „Bulimie“, „Unzufriedenheit mit der Figur“, „Ineffektivität“, „Perfektionismus“, „zwischenmenschliches Misstrauen“, „Interozeption“, „Angst vor dem Erwachsenwerden“ und die im EDI-2 neu dazugenommen Skalen „Askese“, „Impulsregulation“ und „soziale Unsicherheit“.

Das EDI-2 liegt in der deutschsprachigen Übersetzung von Rathner und Waldherr (1997) und von Thiel et al. (1997) vor. Die beiden Übersetzungen unterscheiden sich nur geringfügig voneinander. Für diese Untersuchung wurde die Version von Rathner und Waldherr (1997) ausgewählt, da für diese auch Normen für Jugendliche vorliegen, d.h. Normen für den Risikoaltersbereich für die Entwicklung von Essstörungen. Es werden aber lediglich die drei Skalen „Schlankheitsstreben“ (7 Items), „Bulimie“ (7 Items) und „Unzufriedenheit mit

der Figur“ (9 Items) erhoben. Dies hat neben ökonomischen Überlegungen inhaltliche Gründe, da diese drei Skalen die Primärsymptomatik problematischen Essverhaltens widerspiegeln. Die einzelnen Items werden anhand einer sechsstufigen Likertskala (nie-selten-manchmal-oft-meistens-immer) beantwortet. Für die einzelnen Skalen werden Summenscores berechnet. Rathner und Waldherr (1997) orientieren sich für die Kodierung der Items an Garner (1991). Den drei im Normalbereich liegenden Itemwerten 1-3 wird der neue Wert 0 zugewiesen, den drei Itemwerten mit zunehmender Auffälligkeit die Werte 1 bis 3. Wie von Rathner und Waldherr (1997) kritisch angemerkt, gehen bei dieser kategorialen Transformation Informationen bezüglich des Kontinuums von Einstellungen vor allem bei nicht-klinischen Stichproben verloren. Auch bei der vorliegenden Untersuchung wird diese Kodierung jedoch trotz dieser Kritik durchgeführt, um die Vergleichbarkeit mit bisherigen Studien zu gewährleisten.

Die Ergebnisse zur Reliabilität und Validität im deutschsprachigen Raum von Rathner und Waldherr (1997) und Thiel et al. (1997) sind vergleichbar mit den Werten der Originalversion (Garner, 1991). In allen Untersuchungen zeigt das EDI-2 eine hohe Reliabilität und Validität mit Ausnahme der drei neu dazu genommenen Skalen, die bisher eher kritisch beurteilt werden. In der Normierungsstudie von Rathner und Waldherr (1997) liegen die inneren Konsistenzen der acht ursprünglichen Skalen zwischen .70 und .94 für Patientinnen, zwischen .57 und .93 bei Schülerinnen und zwischen .55 und .89 bei Schülern. Für die Retest-Reliabilität konnten Werte zwischen .42 (Skala „Perfektionismus“) und .84 (Skala „Unzufriedenheit mit der Figur“) gefunden werden. Die diagnostische und prädiktive/prognostische Validität des EDI-2 wird von Petty, Rosen und Michaels (2000) als sehr gut bewertet.

Selbstwertgefühl

State-Self-Esteem-Scale (SSES)

Die State-Self-Esteem-Scale (SSES) (Heatherton und Polivy, 1991; deutsche Version: Hohler, 1997) ist ein Fragebogen, der kurzfristige Veränderungen im Selbstwerterleben in drei verschiedenen Bereichen erfasst: im –„Attraktivitäts-“ (6 Items), „Leistungs-“ (7 Items) und „sozialen Bereich“ (7 Items). Der Fragebogen beinhaltet 20 Selbstbeschreibungen, die

auf einer fünfstufigen Skala von „niemals“ bis „extrem oft“ beantwortet werden können. Für die einzelnen Skalen werden Summen berechnet.

Die Ergebnisse von fünf Studien von Heatherton und Polivy (1991) belegen eine hohe innere Konsistenz der SSES und eine robuste Faktorenstruktur von drei unabhängigen Faktoren. Auch der Nachweis der Konstruktvalidität konnte anhand von Korrelationen mit verschiedenen Messinstrumenten erbracht werden. Durch verschiedene experimentelle Manipulationen wurde die spezifische Veränderungssensibilität für alle drei Skalen nachgewiesen. Insgesamt beurteilen Heatherton und Polivy (1991) die SSES als ein psychometrisch valides Instrument zur Messung des aktuellen Selbstwertgefühls in verschiedenen Konzeptbereichen, das sowohl im Labor als auch in schulischen und klinischen Settings eingesetzt werden kann. Hohler (1997) entwickelte eine deutsche Version der SSES, um im Rahmen einer Untersuchung Selbstwertschwankungen bei Patientinnen mit Bulimia Nervosa nach einer Misserfolgssituation zu erfassen. Mit Faktorenanalysen konnte die von Heatherton und Polivy (1991) gefundene Faktorenstruktur weitestgehend bestätigt werden. Eine Itemanalyse konnte gute innere Konsistenzen aller Skalen nachweisen (Cronbachs Alpha: .80 – .90). Zusätzlich konnte auch die kriterienbezogene Validität durch Korrelationen mit anderen Selbstkonzeptskalen und Skalen zur Erfassung der Körperunzufriedenheit und des Figurenbewußtseins bestätigt werden.

Selbstbeschreibungsfragebogen für Schüler und Studenten (SDQ-III-G)

Der Selbstbeschreibungsfragebogen für Schüler und Studenten (SDQ-III-G) (Hörmann, 1986) ist die deutsche Adaptation des von Marsh und O'Neill (1984) veröffentlichten Self-Description-Questionnaire III (SDQ-III). Der SDQ-III-G basiert auf dem hierarchischen Strukturmodell des Selbstkonzepts von Shavelson, Hubner und Stanton (1976). Der Fragebogen soll „verschiedene Komponenten des Selbstkonzepts als hierarchisch organisierte Systeme mit situationsspezifischen, leicht veränderbaren Konzepten an der Basis und relativ stabilen Konzepten auf höheren Generalitätsebenen erfassen“ (Hörmann, 1986, S. 47ff.). Er wurde speziell zur Erfassung des Selbstkonzepts von Jugendlichen in der späten Adoleszenz, insbesondere Schüler und Studenten, entwickelt. Die 13 Skalen des SDQ-III-G teilen sich neben einer Skala zum allgemeinen Selbstwertgefühl („Generelles Selbst“) auf in Skalen zum akademischen und nicht-akademischen Bereich (physisches, soziales und emotionales

Selbstkonzept). Zwei Zusatzskalen erfassen „Religiosität“ und „Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit“. Insgesamt umfasst der SDQ-III-G 136 Selbsteinschätzungsitems mit jeweils acht Antwortalternativen zwischen „1-eindeutig unzutreffend“ und „8-eindeutig zutreffend“.

Von den 13 Skalen wurden folgende sieben für die Fragestellung der Untersuchung relevanten Skalen ausgewählt: „Allgemeines Selbstwertgefühl“ (12 Items), „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“ (10 Items), „Körperliche Attraktivität“ (10 Items), „Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht“ (10 Items), „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“ (10 Items), „Soziale Beziehungen zu den Eltern“ (10 Items) und „Emotionales Selbstkonzept“ (10 Items). Für die Auswertung werden für die einzelnen Skalen Mittelwerte berechnet.

Für die englischsprachige Version liegen vielfältige Validitätshinweise vor (Marsh, Barnes, & Hocevar, 1985; Shavelson & Marsh, 1986). Die faktorielle Struktur der deutschen Fassung (Hörmann, 1986) zeigt sich weitestgehend identisch mit der Originalversion. Die inneren Konsistenzen für die einzelnen Skalen lagen hier bei teststatistischen Untersuchungen zwischen $.72 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .95$.

Allgemeines psychisches Befinden und Lebenszufriedenheit

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

Die Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1994; deutsche Version: Franke, 1995) ist ein sehr häufig eingesetzter Selbstbeurteilungsfragebogen, der die psychische Symptombelastung mit 90 Items erfasst. Auf einer fünfstufigen Ratingskala, die von „0-überhaupt nicht“ bis „4-sehr stark“ reicht, sollen die Probanden angeben, wie stark sie in den letzten sieben Tagen unter den angegebenen Symptomen gelitten haben. Die SCL-90-R setzt sich aus neun verschiedenen Skalen zusammen: „Somatisierung“ (12 Items), „Zwanghaftigkeit“ (10 Items), „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (9 Items), „Depressivität“ (13 Items), „Ängstlichkeit“ (10 Items), „Aggressivität / Feindseligkeit“ (6 Items), „Phobische Angst“ (7 Items), „Paranoides Denken“ (8 Items) und „Psychotizismus“ (10 Items). Sieben Items stellen separat auswertbare Zusatzfragen dar. Neben den neun Skalen können drei globale Kennwerte ermittelt werden. Mit dem GSI (global severity index) wird die grundsätzliche psychische Belastung gemessen, die Intensität der Antworten wird mit

dem PSDI (positive symptom distress index) dargestellt und der PST (positive symptom total) ermittelt die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Das Verfahren hat international eine weite Verbreitung in Praxis und Forschung gefunden. Es gilt als objektiv bezüglich Durchführung und Auswertung und hat in zahlreichen Untersuchungen eine gute Test-Retest-Reliabilität (Derogatis, 1977; Edwards, Yarvis, Mueller, Zigale, & Wagman, 1978; Franke, 1995) sowie gute interne Konsistenzen (Alvir, Schooler, Borenstein, Woemer, & Kane, 1988; Edwards et al., 1978; Franke, 1995) gezeigt. Die Validität der SCL-90-R ist umstritten, da in Untersuchungen meist eine hohe Interkorrelation der Skalen sowie keine eindeutige Faktorenstruktur festgestellt werden konnte. So wird häufig eher der Wert der SCL-90-R zur Erfassung eines Generalfaktors betont, der die allgemeine Symptombelastung einer Person abbildet (z.B. Hessel, Schumacher, Geyer & Braehler, 2001). Für die deutsche Bevölkerung liegen repräsentative Normwerte vor (Hessel et al., 2001; Franke, 1995)

Wissen

Fragebogen zum Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen

Dannigkeit und Köster (2000; Köster, Dannigkeit & Tuschen-Caffier, 2001) haben im Rahmen ihrer Diplomarbeit einen Fragebogen zum Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen entwickelt, der zur Überprüfung des Wissens über die in ihrem präventiven Schulprogramm vermittelten Informationen eingesetzt wurde. Der ursprüngliche Fragebogen enthält 12 Items. Bei der Evaluation des oben erwähnten Schulprogramms stellte sich heraus, dass die Fragen relativ leicht zu beantworten waren. Um die Zunahme im Wissen sowohl bei der weiteren Evaluation des Schulprogramms (Dannigkeit, 2005; Dannigkeit, Köster & Tuschen-Caffier, 2007) als auch bei dem neu entwickelten ambulanten Gruppenprogramm besser abbilden zu können, wurde der bestehende Fragebogen modifiziert und auf 20 Items verlängert.

Die Auswahl und Erstellung der Fragebogenitems orientierte sich inhaltlich an den Zielen des Programms zur Prävention von Essstörungen; es handelt sich hierbei also um einen kriteriumsorientierten Test. Bei der Konstruktion der Fragebogenitems wurden zur Senkung der Ratewahrscheinlichkeit plausibel erscheinende Distraktoren gewählt, und es wurden den

testtheoretischen Forderungen von Lienert und Raatz (1998) entsprechend möglichst gleich schwierige Alternativantworten entwickelt. Bei der Formulierung der Items wurden verschiedene Quellen zur Anregung verwendet. Johannsen und Rieckenberg (1997) hatten zur Evaluation ihres Präventionsprogramms eine Fragebogenbatterie entwickelt. Diese sowie zwei Jugendsachbücher und verschiedene Informationsbroschüren zum Thema Ernährung und Essstörungen wurden zur Orientierung herangezogen.

Die 20 Items sind in Frageform formuliert. Für diese stehen jeweils vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, von denen immer nur eine richtig ist. Zur Auswertung wird die Summe der richtigen Antworten berechnet. Inhaltlich beziehen sich sechs Items auf die Themen „Gesunde Ernährung, Diäten und Sport“, acht Items auf die „Entstehungsbedingungen, Symptomatologie und Folgen von Essstörungen“, drei Items auf das Wissen zu „Schönheitsideal und Medien“, und drei Items auf den Themenbereich „Pubertäre Entwicklung, Stress und Funktionen von Essen“.

In Tabelle 3.1 findet sich eine Aufstellung über die Zuordnung der einzelnen Items zu den verschiedenen Themenbereichen:

Tab. 3.1: Zuordnung der Items des Wissensfragebogen zu den verschiedenen Themenbereichen

Themenbereich	Item
Gesunde Ernährung, Diäten und Sport	1, 3, 9, 10, 19, 20
Entstehungsbedingungen, Symptomatologie und Folgen von Essstörungen	4, 7, 8, 12, 13, 15, 16, 17
Schönheitsideal und Medien	2, 5, 6
Pubertäre Entwicklung, Stress und Funktionen von Essen	11, 14, 18

PHASE II: Evaluation der Programmdurchführung

4 Pilotstudie

Nach der ersten Phase (Evaluation der Programmkonzeption) wurde im Rahmen einer Pilotstudie die Implementierung des Programms evaluiert. Durch diese **Evaluation der Programmdurchführung** sollen mögliche Fehler bei der Entwicklung und Durchführung des Programms aufgedeckt werden, die dann gegebenenfalls korrigiert werden können. Dieser Evaluationsschritt stellt nach Mittag und Jerusalem (1997) „nicht nur eine wichtige Ergänzung, sondern auch eine notwendige Voraussetzung für eine valide Evaluation der Programmwirkung dar.“ (S. 602). Die Pilotstudie wurde mit dem Ziel durchgeführt zu überprüfen, inwieweit die Programmdurchführung mit der Konzeption und den Vorgaben des Programms übereinstimmt (*Kontrolle der Programmausführung*). Weiterhin diene sie der Klärung, ob und in welchem Umfang die intendierte Zielgruppe mit dem Programm erreicht wird (*Prüfung der Programmreichweite*). Aus den Ergebnissen dieser beiden Hauptaufgaben ergibt sich die *Programmleistung*.

4.1 Durchführung der Pilotstudie

Die Pilotstudie wurde von Mai bis Juli 2002 durchgeführt. Die Gruppensitzungen fanden in den Räumen der Christoph-Dornier-Stiftung in Siegen statt. Zur Evaluation der Programmdurchführung wurden die Veränderungen von Prä- zu Posttest im Essverhalten, in den Einstellungen zu Gewicht und Figur, im Selbstwertgefühl, im ernährungsrelevanten Wissen und in der grundsätzlichen psychischen Belastung gemessen (Methodik siehe Kap. 3). Die Veränderungen in der Experimentalgruppe wurden mit denen in der Kontrollgruppe (Wartegruppe) verglichen. Abb. 4.1 verdeutlicht das Untersuchungsdesign der Pilotstudie:

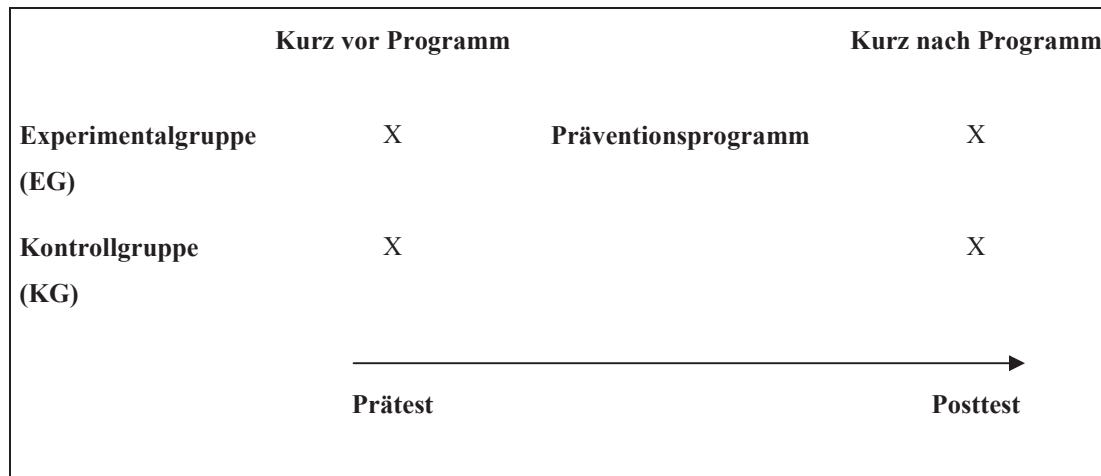


Abb.4.1 Untersuchungsdesign der Pilotstudie

Das Programm wurde wie in Kap. 2.3 und Kap. 2.4 beschrieben durchgeführt. Tab. 4.1 gibt eine Übersicht über die Inhalte und den Ablauf des Programms zur Prävention von Essstörungen während der Pilotstudie.

Tab. 4.1: Übersicht über Inhalte und Ablauf des Programms zur Prävention von Essstörungen (Pilotstudie)

Stunde	Themenschwerpunkt	Inhalte / Ablauf
1. – 2.	Kognitive Interventionen zum Schönheitsideal	1. Stunde 1. Kennenlernen (Paarinterview) 2. Sammeln von Wünschen und Ängsten zu dem Programm 3. Vermittlung der Gruppenregeln 4. Schönheitsidealübung: Vermittlung der Subjektivität des Schönheitsideals 2. Stunde 1. Erstellen von Collagen aus Zeitschriften „Typisch Mann / Frau“ 2. Diätwerbungen: Schönheitsideal im Fernsehen 3. Abschließende Diskussion 4. Hausaufgabe: Ernährungsprotokoll
3. – 4.	Gesunde Ernährung und Essstörungen	3. Stunde 1. Einstiegsübung mit Fragekarten zu Ernährung, Gewicht und Figur 2. Besprechung Ernährungsprotokolle 4. Stunde 1. Informationen zur gesunden Ernährung 2. Gruppenübung „Ein perfekter Ernährungstag“ 3. Vermittlung der neg. Auswirkungen von rigider Kontrolle beim Essen / Informationen zu Essstörungen) 4. Hausaufgabe: Rigide Essensregeln schrittweise durch flexible Kontrolle ersetzen
5. – 7.	Körperbild	5. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Körperschemaübung 3. Spiegelkonfrontation 6. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Spiegelkonfrontation 7. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Spiegelkonfrontation 3. Abschließende Evaluation der Spiegelkonfrontation
8. – 10.	Konflikt- / Stressbewältigung	8. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Zusammenfassende Vermittlung von Risikofaktoren und Auswirkungen von Essstörungen unter Berücksichtigung der bisherigen Programminhalte 3. Selbstwert: Arbeit an Kognitionen (Gedanken/Alternativgedanken) 4. „Ich esse, weil...“ (Auslöser für Essen finden) 5. Hausaufgabe: Protokoll konkreter Stresssituationen 9. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Problemlösetraining anhand konkreter Situationen 3. Rollenspiele zu den eigenen Situationen 10. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Rollenspiele zu den eigenen Situationen 3. Abschluss-Evaluation

4.2 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus sechs Mädchen und Frauen in der Experimentalgruppe (EG), die an dem Präventionsprogramm teilnahmen und fünf Mädchen und Frauen in der Kontrollgruppe (KG), die auf die Teilnahme warteten. Die Probandinnen wurden per Zufall aufgeteilt. Bei keiner Probandin lag eine behandlungsbedürftige Essstörung oder andere psychische Störung vor. Die demographischen Merkmale der Stichprobe sowie die Werte im EDE sind in Tabelle 4.2 dargestellt. Experimental- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht signifikant voneinander hinsichtlich des BMI (T-Test für unabhängige Gruppen: $t_{(9)} = 1.05$, $p = .32$). Der BMI lag bei der Gesamtgruppe im Bereich zwischen 20.05 und 40.61, wobei fünf Probandinnen aus der EG und eine Probandin aus der KG einen BMI über 25 hatten, d.h. übergewichtig bzw. adipös waren⁶. Die Gruppen unterschieden sich knapp signifikant hinsichtlich ihres Alters ($t_{(9)} = -2.47$, $p < .05$). Diese signifikante Differenz kann durch die kleine Stichprobe erklärt werden, bei einer größeren Stichprobe würde sie ausgeglichen. Der Altersbereich lag in der Gesamtgruppe zwischen 16 und 25 Jahren ($M = 19.27$, $S = 2.90$). Bezüglich der Schulbildung hatten bis auf eine Probandin in der KG mit Hauptschulabschluss alle Probandinnen mindestens einen Realschulabschluss oder strebten ihn an. In den Werten auf den Subskalen des EDE sowie im EDE-Gesamtwert zeigen sich keine signifikanten Mittelwertsunterschiede (EDE-R: $t_{(9)} = -0.69$, $p = .51$; EDE-EC: $t_{(9)} = 1.28$, $p = .23$; EDE-WC: $t_{(9)} = .24$, $p = .82$; EDE-SC: $t_{(9)} = 1.65$, $p = .13$; EDE-Gesamt: $t_{(9)} = 0.49$, $p = .64$). Die EDE-Werte liegen insgesamt zwischen Werten, die bei klinisch auffälligen Gruppen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung einerseits und Kontrollpersonen andererseits gefunden worden sind (vgl. Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004), d.h. alle Probandinnen erfüllten das Einschlusskriterium. In den erhobenen Fragebogenmaßen (siehe Tab. 4.3) fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede zum Prä-Messzeitpunkt.

⁶ Bewertung des BMI nach Deutscher Adipositas-Gesellschaft (DAG): <18.5 = Untergewicht; $18.5-24.9$ = Normalgewicht; $25.0-29.9$ Übergewicht; >30 Adipositas

Tab. 4.2: Pilotstudie: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe sowie Werte im EDE (Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S)) zum Prä-Messzeitpunkt

	N	Alter (Jahre)	BMI (kg/m ²)	EDE R	EDE EC	EDE WC	EDE SC	EDE Gesamt
		M (S)	M (S)	M (S)	M (S)	M (S)	M (S)	M (S)
EG	6	17.7 (2.1)	29.7 (6.6)	2.53 (1.38)	2.47 (0.59)	4.07 (0.84)	4.50 (0.81)	3.40 (0.54)
KG	5	21.2 (2.7)	25.1 (7.9)	3.20 (1.84)	1.88 (0.92)	3.92 (1.22)	3.58 (1.05)	3.15 (1.11)

EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe; **EDE:** R = „Restraint“, EC = „Eating Concern“, WC = „Weight Concern“, SC = „Shape Concern“

4.3 Ergebnisse

Für die statistische Auswertung der Daten wurde das Statistikprogramm SPSS in der Version 11.5 verwendet. Zur ersten, orientierenden Überprüfung der Wirksamkeit des Präventionsprogramms hinsichtlich einer Reduzierung problematischen Essverhaltens und einer Verbesserung von Einstellungen zu Gewicht und Figur, Selbstwertgefühl, ernährungsrelevantem Wissen und grundsätzlicher psychischer Belastung wurden zweifaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) mit dem unabhängigen Faktor „Gruppe“ (EG und KG) gerechnet. In Tabelle 4.3 sind Mittelwerte und Standardabweichungen getrennt nach Gruppe und Messzeitpunkt dargestellt. Von einer Probandin in der EG liegen keine Werte zum Post-Messzeitpunkt vor, so dass sich die Personenanzahl in der EG für die Auswertung auf fünf reduziert.

Gruppenunterschiede im Essverhalten und in Einstellungen zu Gewicht und Figur

In allen Skalen zum Essverhalten und zu den Einstellungen zu Gewicht und Figur konnte bei der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach Teilnahme am Programm eine Verbesserung der Werte festgestellt werden. Signifikante Interaktionseffekte ergaben sich jedoch lediglich bei der Skala „Gezügeltes Essverhalten“ des DEBQ ($F_{(1,8)} = 6.70$, $p < .05$) und beim EDE-Q auf der Skala „Weight Concern“ ($F_{(1,8)} = 6.65$, $p < .05$).

Tab. 4.3: Pilotstudie: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) der Experimental- und Kontrollgruppe in den Evaluationskriterien in Prä- und Posttest

		Experimentalgruppe		Kontrollgruppe	
		Prä	Post	Prä	Post
		N= 5	N = 5	N = 5	N= 5
		M (S)	M (S)	M (S)	M (S)
EDE-Q	R	2.72 (0.86)	1.84 (1.26)	2.96 (2.30)	2.76 (2.35)
	EC	2.00 (0.91)	1.44 (0.95)	2.04 (1.66)	2.40 (1.73)
	WC	3.68 (1.12)	3.00 (0.42)	3.28 (1.98)	3.88 (2.05)
	SC	4.50 (1.10)	3.40 (0.52)	3.63 (1.65)	3.73 (1.97)
	Gesamt	3.23 (0.77)	2.42 (0.55)	2.98 (1.81)	3.19 (1.95)
DEBQ	GEZ	3.40 (0.97)	3.00 (0.83)	3.34 (1.53)	3.42 (1.61)
	EMO	3.14 (1.06)	2.48 (0.80)	3.56 (1.65)	3.54 (1.70)
	EXT	2.88 (1.09)	2.74 (0.75)	3.58 (1.16)	3.56 (1.23)
EDI-2	DT	15.60 (3.65)	12.20 (4.27)	13.40 (7.89)	12.20 (9.34)
	B	4.20 (3.56)	1.20 (1.30)	4.40 (4.62)	3.80 (5.54)
	BD	22.20 (4.66)	19.20 (2.86)	15.60 (6.66)	15.00 (9.08)
SSES	ATT	12.20 (4.27)	16.60 (3.29)	12.80 (7.16)	9.80 (3.56)
	LEI	26.60 (2.88)	28.00 (1.87)	21.40 (6.88)	17.60 (7.83)
	SOZ	18.80 (6.06)	23.60 (7.37)	19.80 (7.40)	14.20 (7.60)
SDQ-III-G	ASW	5.17 (1.05)	5.92 (1.06)	3.97 (1.88)	4.10 (2.23)
	SAG	5.96 (0.46)	6.24 (0.93)	3.76 (0.35)	3.60 (0.62)
	EMO	4.40 (1.72)	5.04 (0.72)	3.41 (0.81)	3.05 (0.93)
	SEL	5.84 (1.39)	5.82 (1.47)	5.43 (1.25)	4.90 (1.40)
	ATT	2.90 (1.36)	4.04 (1.25)	3.24 (1.74)	3.01 (1.73)
	SEG	6.12 (0.59)	5.98 (0.36)	4.64 (1.36)	4.98 (1.20)
	SPO	4.80 (2.05)	5.16 (1.04)	3.74 (2.34)	3.76 (2.66)
WISSEN	Gesamt	14.00 (3.03)	16.50 (1.38)	14.00 (2.45)	14.60 (2.30)
SCL-90-R	GSI	0.79 (0.44)	0.57 (0.44)	1.19 (0.92)	1.08 (0.62)

DEBQ: GEZ = „Gezügeltes Essverhalten“, EMO = „Emotionales Essverhalten“, EXT = „Externales Essverhalten“; **EDI-2:** DT = „Schlankheitsstreben“, B = „Bulimie“, BD = „Unzufriedenheit mit der Figur“; **EDE-Q:** R = „Restraint“, EC = „Eating Concern“, WC = „Weight Concern“, SC = „Shape Concern“; **SSES:** ATT = „Attraktivitätsbereich“, LEI = „Leistungsbereich“, SOZ = „sozialer Bereich“; **SDQ-III-G:** ASW = „Allg. Selbstwertgefühl“, SAG = „Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht“, EMO = „Emotionales Selbstkonzept“, SEL = „Soziale Beziehungen zu den Eltern“, ATT = „Körperliche Attraktivität“, SEG = „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“, SPO = „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“; **SCL-90-R:** GSI = „Global Severity Index“

Gruppenunterschiede im allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl Auch auf den verschiedenen Skalen zum Selbstwertgefühl zeigte die Experimentalgruppe nach Beendigung des Programms gegenüber der Kontrollgruppe eine Verbesserung in allen Werten. Ein signifikanter Interaktionseffekt ließ sich hier nur im SDQ-III-G auf der Skala „Körperliche Attraktivität“ ($F_{(1,8)} = 6.80$, $p < .05$) und bei der SSES-Skala „Attraktivitätsbereich“ ($F_{(1,8)} = 7.65$, $p < .05$) nachweisen.

Gruppenunterschiede im Wissen Im Fragebogen zu gesunder Ernährung und Essstörungen wies die Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zum Post-Messzeitpunkt einen Wissenszuwachs auf. Es konnte jedoch kein signifikanter Interaktionseffekt gefunden werden.

Gruppenunterschiede in der grundsätzlichen psychischen Belastung

Der Wert für die grundsätzliche psychische Belastung, die mit dem GSI gemessen wird, lag bei der Experimentalgruppe vor Teilnahme am Programm mit einem t-Wert (Normgruppe: Frauen) von 63 im überdurchschnittlichen Bereich, der Wert der Kontrollgruppe (t-Wert 72) ebenso. Während der t-Wert der Experimentalgruppe sich zum Postzeitpunkt auf 58 verringerte, also dann im durchschnittlichen Bereich lag, blieb die Belastung in der Kontrollgruppe annähernd gleich (t-Wert 71). Der Interaktionseffekt war jedoch nicht signifikant.

Evaluation der Zufriedenheit mit dem Programm

Zur Evaluation des Programms wurde den Teilnehmerinnen nach Beendigung des Programms ein Rückmeldebogen vorgelegt. Die Teilnehmerinnen wurden gefragt, wie zufrieden sie mit der Gestaltung der Programmstunden und der Materialien der einzelnen Programmbausteine waren (fünfstufige Ratingskala von „sehr zufrieden“ (1) bis „gar nicht zufrieden“ (5)) und wie viel sie aus den verschiedenen Programmbausteinen für sich gewonnen haben (fünfstufige Ratingskala von „sehr viel“ (1) bis „sehr wenig“ (5)). Bei der Zufriedenheit mit den vier Programmbausteinen antworteten alle Programmteilnehmerinnen mit „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. Bei der Beantwortung des persönlichen Gewinns aus den einzelnen Programmbausteinen lag der Mittelwert für den ersten Programmbaustein bei 1.5, für den zweiten bei 2.25, für den dritten bei 2.0, für den vierten bei 2.5.

4.4

Diskussion und Implikationen für die Phase III (Hauptstudie)

Ziel der Pilotstudie war die Evaluation der Programmdurchführung. Die Ausführung und die Reichweite des neu entwickelten Programms zur indizierten Prävention von Essstörungen wurden an einer kleinen Stichprobe evaluiert, um die so gewonnenen Erfahrungswerte bei einer Vergrößerung der Stichprobe einsetzen zu können. Die ersten Ergebnisse zur Effektivität und Akzeptanz des Programms sind als positiv zu beurteilen:

Auf allen Skalen der Fragebogen zu problematischem Essverhalten und Einstellungen zu Gewicht und Figur verbesserte sich die Experimentalgruppe vom Prä- zum Post-Messzeitpunkt, während die Kontrollgruppe kaum Veränderungen zeigte. Bei zwei Skalen (DEBQ: „Gezügelt Essverhalten“, EDE-Q: „Weight Concern“) wurde der Gruppenunterschied selbst bei der kleinen Stichprobe signifikant.

Bei den Fragebogen zum allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl ist besonders der signifikante Interaktionseffekt bei den beiden Skalen zur Einschätzung der eigenen Attraktivität hervorzuheben (SSES: „Attraktivitätsbereich“, SDQ-III-G: „Körperliche Attraktivität“). Die Experimentalgruppe zeigte hier im Vergleich zur Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung der Werte.

In den Evaluationskriterien „Wissen“ und „Grundsätzliche psychische Belastung“ wies die Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe nach Teilnahme am Präventionsprogramm eine Verbesserung der Werte auf. Der Gruppenunterschied war jedoch nicht signifikant.

Insgesamt sind die Ergebnisse dahingehend zu interpretieren, dass es mit dem Präventionsprogramm gelingt, problematisches Essverhalten wie einen stark restriktiven Essstil, Diät halten und sogenanntes ‚Frustessen‘ zu reduzieren. Auch die bestehende starke gedankliche Beschäftigung mit Essen, Gewicht und Figur war nach Teilnahme an dem Programm rückgängig; die Teilnehmerinnen gaben weniger Konzentrationsbeeinträchtigungen an. Mit dem Programm kann also eine Verschiebung der Aufmerksamkeit auf Lebensbereiche außerhalb von Essen, Gewicht und Figur erwirkt werden. Die gesteigerte Einschätzung der eigenen

(körperlichen) Attraktivität nach Teilnahme am Programm ist vermutlich auf die Expositionsübungen zurück zu führen. Auch ein Wissenszuwachs im Bereich der gesunden Ernährung und Essstörungen konnte verzeichnet werden, wobei hier die hohen Ausgangswerte zum Prä-Messzeitpunkt bei beiden Gruppen zu beachten sind, die darauf hindeuten könnten, dass sich beide Gruppen aufgrund ihrer (wahrgenommenen) Probleme mit Gewicht und Figur schon vermehrt mit diesem Thema auseinandergesetzt hatten. Die grundsätzliche psychische Belastung nahm nach Teilnahme am Programm ab. Im Vergleich zu bisher publizierten Studien konnten also neben einem Zuwachs an Wissen auch quantifizierbare positive Veränderungen in Einstellungs- und Verhaltensmaßen nachgewiesen werden. Zudem zeigen die Einschätzungen der Zufriedenheit und des persönlichen Gewinns eine positive Annahme des Programms seitens der Teilnehmerinnen.

Zur Evaluation der Programmausführung wurden inhaltliche Rückmeldungen der Teilnehmerinnen berücksichtigt sowie die Videoaufnahmen der Sitzungen von Prof. Dr. B. Tuschen-Caffier und den Programmleiterinnen im Rahmen der Supervision beurteilt.

Inhaltlich meldeten die Teilnehmerinnen der Pilotstudie den Gruppenleiterinnen zurück, dass ihnen der erste Programmbaustein zu kognitiven Interventionen zum Schönheitsideal zu ausführlich erschien, da sie sich mit diesem Thema schon vor der Teilnahme an dem Programm stark beschäftigt hätten. Zudem hätten sie sich die zusammenfassende Vermittlung von Risikofaktoren und Auswirkungen von Essstörungen im Sinne eines Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodells zu einem früheren Zeitpunkt als in der 8. Programmstunde gewünscht. Diese inhaltlichen Rückmeldungen trafen mit den Erfahrungen und Einschätzungen der beiden Programmleiterinnen bei der Vermittlung des Programms überein, so dass Änderungen in dieser Hinsicht für die Hauptstudie sinnvoll erschienen. Die Erarbeitung des Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodells wurde in die zweite Sitzung vorgezogen. Das Erstellen von Collagen zum Schönheitsideal von Männern und Frauen wurde aus dieser Sitzung herausgenommen, da es neben der Übung zum Schönheitsideal in der ersten Programmsitzung sowohl von den Gruppenteilnehmerinnen als auch -leiterinnen als redundant beurteilt wurde.

Über den Verlauf des Programms gelang die Bildung eines Vertrauensverhältnisses der Teilnehmerinnen untereinander und auch mit den Programmleiterinnen sowie eine aktive Partizipation der Teilnehmerinnen. Bei den zwei Programmsitzungen zur gesunden Ernährung und zu Essstörungen wurden die Programmleiterinnen bei der Pilotstudie durch eine externe Ernährungsberaterin unterstützt. In diesen Sitzungen wurde das Zahlenverhältnis von Programmleiterinnen zu Programmteilnehmerinnen von den Teilnehmerinnen als zu hoch empfunden. Die Evaluation der Videoaufnahmen zeigte hier eine geringere Partizipation der Teilnehmerinnen; sie hatten mehr Schwierigkeiten, sich zu öffnen. Für die Hauptstudie wurde deshalb festgelegt, dass die Programmleiterinnen diesen Programmbaustein wie auch die anderen Programmbausteine in alleiniger Verantwortung übernehmen.

Die Programmteilnahme war in dieser Stichprobe nicht bei allen evaluierten Programmteilnehmerinnen regelmäßig. Meist bedingt durch andere gleichzeitig terminierten schulischen oder universitären Verpflichtungen fehlten einzelne Programmteilnehmerinnen an bis zu vier Sitzungen. Hierdurch war der kontinuierliche Austausch in der Gruppe nicht immer gewährleistet und den Teilnehmerinnen entgingen wichtige Informationen und Erfahrungen, die nur teilweise in den nächsten Sitzungen wiederholt werden konnten. So wurde in der Supervision festgelegt, dass bei der kognitiven Vorbereitung vor Beginn des Programms zusätzlich mit den Teilnehmerinnen eine Vereinbarung der Gruppenregeln unter Hervorhebung der Notwendigkeit der regelmäßigen Teilnahme (siehe Anhang 3) getroffen wird. So wurde eine bessere Überprüfung der Motivation der Teilnehmerinnen gewährleistet mit dem Ziel einer höheren Compliance bezüglich der regelmäßigen Programmteilnahme.

Angesichts der bei der Pilotstudie erzielten positiven Veränderungen bezüglich des Essverhaltens, der Einstellungen zu Figur und Gewicht, des Wissens und der grundsätzlichen psychischen Belastung kann davon ausgegangen werden, dass die intendierte Zielgruppe mit dem Programm erreicht wird. Es besteht also eine ausreichende Programmreichweite. Die Überprüfung der Programmausführung ergab, dass die Programmbausteine von den Programmleiterinnen vollständig und einheitlich im Sinne des vorgegebenen Manuals ausgeführt werden konnten. Fehlentwicklungen des Programms konnten aufgedeckt werden und entsprechende Veränderungen wurden wie oben beschrieben vorgenommen. Insgesamt ergibt sich eine angemessene Programmleistung, so dass eine umfassende Überprüfung der

Programmwirkung an einer größeren Stichprobe sinnvoll erscheint. Bei der Vergrößerung der Stichprobe sollte eine Parallelisierung der Experimental- und Kontrollgruppe in Alter, BMI, Schulbildung und Ausgangswerten in Interviews und Fragebogen realisiert werden, die bei der Pilotstudie mit der kleinen Stichprobe nicht voll erreicht werden konnte. Insbesondere die in der Hauptstudie geplante Überprüfung der langfristigen Stabilität der Effekte lässt hoffen, dass mit diesem Programm zur indizierten Prävention nachhaltig die Ausprägung von Risikoverhaltensweisen zu klinischen Bildern von Essstörungen verhindert werden kann.

PHASE III: Evaluation der Programmwirkung

5 Hauptstudie

Mit der Evaluation der Programmdurchführung (Phase II) wurde festgestellt, dass die intendierte Zielgruppe von Mädchen und jungen Frauen mit dem Programm erreicht werden kann. Die Programmausführung stimmte weitestgehend mit der Konzeption und den Vorgaben des Programms überein; es wurden nur kleine Veränderungen vorgenommen, um den Programmablauf zu optimieren und das Programm besser auf die Bedürfnisse der Teilnehmerinnen abzustimmen (siehe Kap. 4.4 und 5.2).

Durch die **Evaluation der Programmwirkung** sollen nun die Programmmaßnahmen hinsichtlich ihrer erzielten bzw. intendierten Ergebnisse bewertet werden, d.h. die aufgestellten Hypothesen bezüglich der Wirksamkeit des Programms (siehe Kap. 3.4) werden überprüft. Hierzu wurde das Präventionsprogramm mit einer größeren Stichprobe durchgeführt und Einstellungs-, Verhaltens- und Wissensmaße zu drei Zeitpunkten gemessen.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Präventionsstudie wurde mit insgesamt 38 Mädchen und jungen Frauen durchgeführt. In der Experimentalgruppe (EG) befanden sich 20 Probandinnen, in der Kontrollgruppe (KG), die das Programm nach einer Wartezeit durchlief, 18 Probandinnen. Von der Auswertung wurden in der Experimentalgruppe zwei Probandinnen ausgeschlossen, da diese parallel zur Teilnahme am Programm die letzten Sitzungen einer ambulanten Psychotherapie absolvierten und damit Außeneinflüsse auf die Programmergebnisse nicht auszuschließen waren. Die Auswertung erfolgte demnach bei 36 Probandinnen. Bei keiner der Teilnehmerinnen lag eine behandlungsbedürftige Essstörung oder andere psychische Störung vor.

Die Teilnehmerinnen wurden in acht Gruppen à fünf bis sechs Personen aufgeteilt (vier EG-Gruppen und vier KG-Gruppen). Es erfolgte eine altersspezifische Gruppeneinteilung: 16 Mädchen im Alter von 12 bis 15 Jahren nahmen gemeinsam an den Gruppensitzungen teil und 22 junge Frauen zwischen 16 und 25 Jahren wurden zusammen in Programmgruppen

aufgenommen. Innerhalb ihrer Altersklasse wurden die Teilnehmerinnen per Zufall auf die Gruppen aufgeteilt.

Das Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe betrug 16.8 Jahre ($S = 4.7$), in der jüngeren Gruppe 12.5 Jahre ($S = 1.0$) und in der älteren Gruppe 20.2 Jahre ($S = 3.5$). In der EG lag das Durchschnittsalter bei 17.4 Jahren ($S = 4.8$), in der KG bei 16.1 Jahren ($S = 4.6$), der T-Test für unabhängige Gruppen ergab hier keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($t_{(34)} = .81$, $p = .42$). EG und KG unterschieden sich auch nicht signifikant hinsichtlich des BMI (T-Test für unabhängige Gruppen: $t_{(34)} = .86$, $p = .39$) und des Wunsch-BMI⁷ (T-Test für unabhängige Gruppen: $t_{(34)} = -.99$, $p = .33$). Sowohl in der EG (T-Test für abhängige Gruppen: $t_{(17)} = 6.22$, $p < .001$) als auch in der KG (T-Test für abhängige Gruppen: $t_{(17)} = 4.52$, $p < .001$) zeigte sich zum Prä-Messzeitpunkt eine signifikante Differenz zwischen BMI und Wunsch-BMI, d.h. in beiden Gruppen wünschten sich die Probandinnen ein deutlich geringeres Gewicht als ihr zur Zeit tatsächlich bestehendes. Der BMI lag zum Prä-Messzeitpunkt in der gesamten Stichprobe zwischen 16.02 und 46.61 (prozentuale Verteilung: Untergewicht: EG = 0%, KG = 11.11%; Normalgewicht: EG = 38.9%, KG = 22.22%; Übergewicht: EG = 38.9%, KG = 33.33%; Adipositas: EG = 22.2%, KG = 33.3%).⁸ Bei der Schulbildung konnte eine Parallelisierung der Gruppen erreicht werden. An den Gruppen nahmen gleich verteilt Schülerinnen aus Hauptschule, Realschule und Gymnasium bzw. junge Frauen mit den jeweiligen Abschlüssen teil ($X^2_{(9)} = 8.47$, $p = .49$).

Beim EDE zeigten sich weder auf den Subskalen noch im Gesamtwert signifikante Gruppenunterschiede (T-Test für unabh. Gruppen: EDE-R: $t_{(34)} = 1.4$, $p = .17$; EDE-EC: $t_{(34)} = -1.30$, $p = .20$; EDE-WC: $t_{(34)} = .71$, $p = .48$; EDE-SC: $t_{(34)} = -.54$, $p = .59$; EDE-Gesamt: $t_{(34)} = .16$, $p = .87$). Die Werte im EDE lagen wie bei der Pilotstudie auch bei der Hauptstudie insgesamt zwischen Werten, die bei essgestörten Patientinnen einerseits und bei

⁷ In der Hauptstudie wurde zu allen drei Messzeitpunkten das Wunschgewicht erhoben. Berechnung des Wunsch-BMI = Wunschgewicht (kg) / (Größe(m))²

⁸ Bewertung des BMI nach Deutscher Adipositas-Gesellschaft (DAG): <18.5 = Untergewicht; 18.5-24.9 = Normalgewicht; 25.0-29.9 Übergewicht; >30 Adipositas

gesunden Kontrollpersonen andererseits gefunden wurden (vgl. Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004). Alle Programmteilnehmerinnen erfüllten somit das Einschlusskriterium.

In Tabelle 5.1 sind die demographischen Merkmale sowie die Werte im EDE zum Prä-Messzeitpunkt aufgeführt.

Tab. 5.1: Hauptstudie: Soziodemographische Merkmale der Stichprobe sowie Werte im EDE (Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S)) zum Prä-Messzeitpunkt

	N	Alter (Jahre)	BMI	W- BMI	EDE R	EDE EC	EDE WC	EDE SC	EDE Gesamt
		M (S)	M (S)	M (S)	M (S)	M (S)	M (S)	M (S)	M (S)
EG	18	17.4 (4.8)	27.9 (6.5)	21.3 (3.6)	2.48 (1.29)	1.24 (0.80)	3.71 (0.95)	3.72 (0.82)	2.79 (0.73)
KG	18	16.1 (4.6)	26.4 (5.5)	22.6 (4.1)	1.92 (1.08)	1.71 (1.29)	3.46 (1.18)	3.89 (1.13)	2.75 (0.83)

EG = Experimentalgruppe; KG = Kontrollgruppe; W-BMI = Wunsch-BMI; **EDE:** R = „Restraint“, EC = „Eating Concern“, WC = „Weight Concern“, SC = „Shape Concern“

Zum Prä-Messzeitpunkt fanden sich in den erhobenen Fragebogenmaßen bis auf eine Ausnahme (SDQ-III-G Subskala „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“: $t_{(34)} = -2.3$, $p < .05$) keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen Experimental- und Kontrollgruppe (siehe Tab. 5.2).

Für die Einordnung der gefundenen Werte zum Prä-Messzeitpunkt wurden diese – wenn möglich – mit Werten aus vorherigen Studien bzw. Normwerten verglichen. Für den EDE-Q wurden die Vergleichswerte in verschiedenen Essstörungsgruppen sowie in einer nicht-essgestörten Vergleichsgruppe (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006b) herangezogen. Die Werte im EDE-Q zeigten sich sowohl in der EG als auch in der KG erhöht, auf den Skalen „Restraint“ und „Eating Concern“ sowie beim EDE-Q-Gesamtwert lagen sie zwischen den Werten, die bei Hilbert & Tuschen-Caffier (2006b) für essgestörte und nicht-essgestörte Probandinnen gemessen wurden. Die Werte für die Skalen „Weight Concern“ und „Shape Concern“ waren in EG und KG im Bereich der essgestörten Patienten angesiedelt. Beim DEBQ lagen die Mittelwerte auf allen drei Skalen in EG und KG im mittleren bis hohen

Bereich. Für die deutschsprachige Version liegen jedoch keine Vergleichswerte essgestörter und nicht-essgestörter Probandinnen vor. Beim EDI-2 konnten die Werte der EG und KG mit Werten einer Anorexia nervosa-Patientengruppe und einer nicht-essgestörten Stichprobe von Schülerinnen (Rathner & Waldherr, 1997) verglichen werden. Die Skala „Schlankkeitsstreben“ liegt bei der vorliegenden Stichprobe im Bereich der Patientinnen, die Skala „Bulimie“ weist hier im Mittel einen Wert zwischen den beiden bei Rathner & Waldherr (1997) erhobenen Stichproben auf und die Skala „Unzufriedenheit mit der Figur“ liegt hier in einem hohen Bereich, über der Vergleichsgruppe der Patientinnen. Bei der SSES fällt in EG und KG ein niedriger Wert bei der Skala „Attraktivitätsbereich“ auf, die Skalen „Leistungsbereich“ und „Sozialer Bereich“ liegen im mittleren Bereich. Hierfür konnten keine Vergleichswerte aus früheren Studien gefunden werden. Auch für den SDQ-III-G liegen keine Vergleichswerte essgestörter und nicht-essgestörter Mädchen und Frauen vor. Fast alle erhobenen Skalen weisen bei EG und KG Werte im mittleren Bereich auf. Bei der Skala „Körperliche Attraktivität“ jedoch sind die Werte in EG und KG sehr gering ausgeprägt. Im Wissenstest konnten die Probandinnen der EG und KG zum Prä-Messzeitpunkt im Durchschnitt etwas mehr als die Hälfte der Items beantworten. Die grundsätzliche psychische Belastung (GSI) gemessen mit dem SCL-90-R ist in beiden Gruppen leicht überdurchschnittlich verglichen mit der Normgruppe von Frauen (Franke, 1995): EG T-Wert = 62, KG T-Wert = 60.

Tab. 5.2: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) der Experimentalgruppe (EG) und Kontrollgruppe (KG) in den Evaluationskriterien zum Zeitpunkt des Prätest, sowie T-Tests für unabhängige Gruppen

		EG	KG	T-Test
		N = 18	N = 18	
		M (S)	M (S)	
EDE-Q	R	2.40 (1.64)	1.92 (1.08)	$t_{(34)} = 0.23, p = .818.$
	EC	1.73 (0.88)	1.71 (1.29)	$t_{(34)} = -1.52, p = .139.$
	WC	3.34 (1.18)	3.46 (1.18)	$t_{(34)} = 0.60, p = .555.$
	SC	3.77 (1.20)	3.89 (1.13)	$t_{(34)} = -0.01, p = .990.$
	Gesamt	2.81 (1.10)	2.75 (0.83)	$t_{(34)} = -0.13, p = .894.$
DEBQ	GEZ	2.98 (1.08)	3.03 (0.73)	$t_{(34)} = -0.18, p = .858$
	EMO	2.64 (1.13)	2.56 (1.09)	$t_{(34)} = 0.24, p = .812$
	EXT	3.02 (0.96)	2.75 (0.65)	$t_{(34)} = 0.99, p = .331$
EDI-2	DT	11.67 (5.60)	10.78 (4.48)	$t_{(34)} = 0.53, p = .603.$
	B	1.56 (1.92)	3.33 (5.17)	$t_{(34)} = -1.37, p = .180$
	BD	20.28 (6.87)	20.11 (6.06)	$t_{(34)} = 0.08, p = .939$
SSES	ATT	12.56 (3.78)	13.39 (4.59)	$t_{(34)} = -0.60, p = .556$
	LEI	26.39 (6.25)	24.78 (4.53)	$t_{(34)} = 0.89, p = .382$
	SOZ	20.39 (6.12)	20.39 (5.15)	$t_{(34)} = 0.00, p = 1.00$
SDQ-III-G	ASW	5.18 (1.23)	4.83 (1.26)	$t_{(34)} = 0.84, p = .406$
	SAG	4.38 (0.98)	4.93 (1.56)	$t_{(34)} = -1.25, p = .219$
	EMO	4.45 (1.24)	4.82 (1.22)	$t_{(34)} = -0.90, p = .375$
	SEL	5.48 (1.15)	5.53 (1.39)	$t_{(34)} = -0.14, p = .893$
	ATT	3.20 (1.03)	2.99 (1.17)	$t_{(34)} = 0.57, p = .575$
	SEG	5.69 (1.06)	5.51 (1.50)	$t_{(34)} = 0.42, p = .674$
	SPO	4.50 (1.83)	5.77 (1.45)	$t_{(34)} = -2.32, p < .05$
WISSEN	Gesamt	12.44 (3.45)	11.50 (3.09)	$t_{(34)} = 0.87, p = .393$
SCL-90-R	GSI	0.67 (0.39)	0.62 (0.33)	$t_{(34)} = 0.36, p = .720$

EDE-Q: R = „Restraint“, EC = „Eating Concern“, WC = „Weight Concern“, SC = „Shape Concern“; **DEBQ:** GEZ = „Gezügelt Essverhalten“, EMO = „Emotionales Essverhalten“, EXT = „Externales Essverhalten“; **EDI-2:** DT = „Schlankheitsstreben“, B = „Bulimie“, BD = „Unzufriedenheit mit der Figur“; **SSES:** ATT = „Attraktivitätsbereich“, LEI = „Leistungsbereich“, SOZ = „Sozialer Bereich“, **SDQ-III-G:** ASW = „Allgemeines Selbstwertgefühl“, SAG = „Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht“, EMO = „Emotionales Selbstkonzept“, SEL = „Soziale Beziehung zu den Eltern“, ATT = „Körperliche Attraktivität“, SEG = „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“, SPO = „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“; **SCL-90-R:** GSI = „Global Severity Index“

5.2 Durchführung des Programms

Die Hauptstudie, d.h. die Gruppensitzungen und die Fragebogenerhebungen zum Prä-, Post- und Follow-up-Messzeitpunkt, wurde von Juli 2002 bis Januar 2004 durchgeführt. Die Methodik ist in Kap. 3 beschrieben. Die Gruppensitzungen fanden in den Räumen der Christoph-Dornier-Stiftung in Siegen statt. Zur Evaluation der Programmwirkung wurden zum einen die Veränderungen von Prä- zu Posttest in der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe gemessen und zum anderen die Langzeitwirkung des Programms (Follow-up sechs Monate nach Teilnahme) in der Gesamtgruppe erhoben. Abb. 5.1 zeigt das Untersuchungsdesign der Hauptstudie:

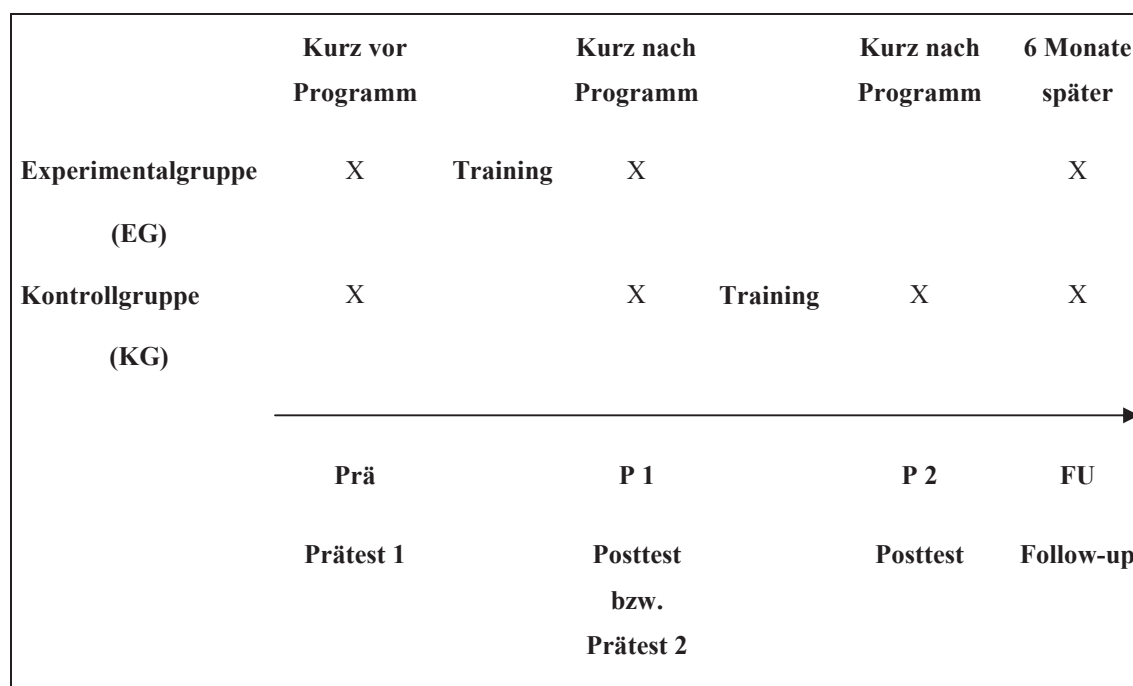


Abb. 5.1 Untersuchungsdesign der Hauptstudie

Aus der Evaluation der Programmdurchführung (Pilotstudie) ergaben sich Änderungen im Programmablauf zur Optimierung des Programms und besseren Anpassung an die Zielgruppe (siehe Kap. 4.4). Tab. 5.3 gibt eine Übersicht über die Inhalte und den Ablauf des Programms; Änderungen gegenüber dem Programmablauf der Pilotstudie sind grau hinterlegt. Das Manual zur Programmdurchführung und die Programmmaterialien finden sich im Anhang 2 und 3.

Tab. 5.3: Übersicht über Inhalte und Ablauf des Programms zur Prävention von Essstörungen (Hauptstudie)

Stunde	Themenschwerpunkt	Inhalte / Ablauf
1. – 2.	Kognitive Interventionen zum Schönheitsideal	1. Stunde 1. Kennenlernen (Paarinterview) 2. Sammeln von Wünschen und Ängsten 3. Vermittlung der Gruppenregeln 4. Schönheitsidealübung: Vermittlung der Subjektivität des Schönheitsideals
		2. Stunde [Erstellen von Collagen aus Zeitschriften „Typisch Mann / Frau“] → <i>aus Programm herausgenommen</i> 1. Diätwerbungen: Schönheitsideal im Fernsehen; Diskussion 2. Erarbeitung des Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell von Essproblemen 3. Vorstellung der Programminhalte 4. HA: Ernährungsprotokoll
3. – 4.	Gesunde Ernährung und Essstörungen	3. Stunde 1. Einstiegsübung mit Fragekarten zu Ernährung, Gewicht und Figur 2. Besprechung Ernährungsprotokolle
		4. Stunde 1. Informationen zur gesunden Ernährung 2. Gruppenübung „Ein perfekter Ernährungstag“ 3. Vermittlung der neg. Auswirkungen von rigider Kontrolle beim Essen / Informationen zu Essstörungen 4. Hausaufgabe: Rigide Essensregeln schrittweise durch flexible Kontrolle ersetzen
5. – 7.	Körperbild	5. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Körperschemaübung 3. Spiegelkonfrontation
		6. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Spiegelkonfrontation
		7. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Spiegelkonfrontation 3. Abschließende Evaluation der Spiegelkonfrontation
8. – 10.	Konflikt- / Stressbewältigung	8. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle [Zusammenfassende Vermittlung von Risikofaktoren und Auswirkungen von Essstörungen unter Berücksichtigung der bisherigen Programminhalte] → <i>nach Programmstunde 2 verschoben</i> 2. Selbstwert: Arbeit an Kognitionen (Gedanken/Alternativgedanken) 3. „Ich esse, weil...“ (Auslöser für Essen finden) 4. Hausaufgabe: Protokoll konkreter Stresssituation
		9. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Problemlösetraining anhand konkreter Situationen 3. Rollenspiele zu den eigenen Situationen
		10. Stunde 1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle 2. Rollenspiele zu den eigenen Situationen 3. Abschluss-Evaluation

5.3 Ergebnisse

Für die statistische Auswertung der Daten wurde bei der Hauptstudie das Statistikprogramm SPSS in der Version 12.0 verwendet. Vor Berechnung der Ergebnisse wurden die Voraussetzungen für die Anwendung der statistischen Verfahren überprüft. Der Kolgomorov-Smirnov-Test ergab für die Skalenwerte der EG und KG (Prä-Post-Vergleich) zu allen Messzeitpunkten keine signifikante Abweichung von der Normalverteilung und auch beim Langzeitvergleich waren alle Skalenwerte bis auf zwei Ausnahmen (Skala „Bulimie“ des EDI-2 zum Prä- und zum Follow-up-Messzeitpunkt) hinreichend normalverteilt. Für den Prä-Post-Vergleich konnte mit dem Levene-Test zur Überprüfung auf Varianzhomogenität nachgewiesen werden, dass sich die Fallgruppen in der überwiegenden Zahl der erhobenen Skalen nicht signifikant bezüglich der Varianz unterschieden. Ausnahmen bilden hier die Skala „Bulimie“ des EDI-2 zum Prä-Messzeitpunkt sowie die Skalen „Schlankheitsstreben“ des EDI-2 und „Eating Concern“ des EDE-Q zum Post-Messzeitpunkt, bei denen die Varianzen nicht homogen waren. Da varianzanalytische Verfahren insbesondere bei größeren Stichproben ($n > 10$) mit gleich großen Gruppenumfängen robust gegenüber Verletzungen ihrer Voraussetzungen sind (vgl. Bortz, 1999), wurde bei den festgestellten geringen Abweichungen für diese Studie die Verwendung der Varianzanalyse als angemessen beurteilt.

Für den Vergleich der Experimental- mit der Kontrollgruppe auf Gruppenunterschiede vom Prä- zum Postzeitpunkt reduziert sich die Anzahl der Probandinnen in der EG auf 16 (beim Wissenstest auf 17), da zwei Teilnehmerinnen nach Beendigung des Programms die Fragebögen nicht zurückschickten bzw. nicht komplett ausfüllten. In die Langzeitauswertung fließen die Daten von insgesamt 30 Programmteilnehmerinnen ein. Von vier Probandinnen konnten aus folgenden Gründen keine Post- bzw. Follow-up-Daten erhoben werden: Eine Probandin entschied sich nach Abgabe der Fragebogen nach dem Wartezeitraum nicht am Programm teilzunehmen, zwei Teilnehmerinnen beendeten das Programm vorzeitig (dropout) und eine Teilnehmerin sandte den Follow-up-Fragebogen nicht zurück.

Es wurde sich für eine Auswertung mit ausschließlich tatsächlich vorhandenen Daten entschieden, da nur diese die Fragestellung, wie sich die problematische Symptomatologie durch die Programmteilnahme verändert, richtig beantworten kann. Eine „Intent-to-treat“-

Analyse mit eingesetzten Werten nach der „last-value-carried-forward“-Methode wäre unter der falschen Annahme erfolgt, dass bei den drop-outs bzw. bei der Probandin, die sich gegen die Programmteilnahme entschied, keine Veränderungen stattfinden. Bei Risikopersonen ist aber davon auszugehen, dass sich die Symptomatologie verschlechtert und zu einer vollausgeprägten Essstörung ausweiten kann (vgl. Kap. 1.2).

Die Hypothesen (siehe Kap. 3.4) wurden mit multivariaten und univariaten zweifaktoriellen Varianzanalysen (bzw. einfaktoriellen Varianzanalysen beim Langzeitvergleich) mit Messwiederholung (MANOVA und ANOVA) auf Signifikanz überprüft. Mit Hilfe der Varianzanalyse wurde untersucht, ob Veränderungen der Mittelwerte auf den verschiedenen Skalen über die Zeit hinweg mit der Teilnahme am Programm erklärt werden konnten. Unabhängige Variablen beim EG-/KG-Vergleich sind bei den (M)ANOVA die EG und die KG, abhängige Variablen die verschiedenen erhobenen Skalen zum Messzeitpunkt vor (Prä) und nach (Post) Teilnahme am Programm bzw. Ablauf der Wartezeit. Beim Langzeitverlauf wurden die (M)ANOVA über die Gesamtgruppe zu den drei verschiedenen Messzeitpunkten (Prä, Post und Follow-up nach sechs Monaten) gerechnet. Mittelwertsunterschiede wurden entsprechend dem allgemeinen Vorgehen bei psychologischen Studien als signifikant (*) bewertet bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit unter fünf Prozent. Lag die Irrtumswahrscheinlichkeit unter einem Prozent, gelten die Mittelwertsunterschiede als hochsignifikant (**). Zur Überprüfung von signifikanten Veränderungen innerhalb der beiden Gruppen über die Zeit wurden zusätzlich T-Tests für abhängige Gruppen berechnet. Signifikante Testergebnisse beim T-Test werden im Text dargestellt. Sowohl für die Varianzanalysen als auch für die T-Tests wurde jeweils in Abhängigkeit von der Anzahl der Tests das Signifikanzniveau nach Bonferoni korrigiert. Zudem wurden bei der Hauptstudie bereinigte Effektstärken (partielle η^2) bestimmt. Nach Cohen (1988) bedeuten Werte von .01 einen kleinen, von .06 einen mittleren und von .14 einen großen Effekt.

Die graphische Darstellung der Ergebnisse des EG-/KG-Vergleichs von Prä- zu Posttest sowie der Ergebnisse zum Langzeitverlauf findet sich im Anhang 5. Für die einzelnen Skalen werden Fehlerbalken dargestellt (Mittelwert + / - eine Standardabweichung).

5.3.1 Ergebnisse des EG-/ KG-Vergleichs von Prä- zu Posttest

Gruppenunterschiede im Essverhalten und in Einstellungen zu Gewicht und Figur

Bei der Betrachtung der Mittelwerte der verschiedenen Maße zum Essverhalten und zu den Einstellungen zu Gewicht und Figur (siehe Tab. 5.4) zeigt sich, dass in der EG auf allen Skalen mit Ausnahme der Skala „Bulimie“ des EDI-2 die Werte gesunken sind, d.h. das Essverhalten als auch die Einstellungen zu Gewicht und Figur haben sich bei den Probandinnen nach Teilnahme an dem Programm verbessert. Bei den multivariaten und univariaten Varianzanalysen zu den gemessenen Skalen (siehe Tab. 5.5 und Tab. 5.6) zeigen sich jedoch weder signifikante Gruppen- und Zeiteffekte noch sind die Interaktionen signifikant. Die Effektstärken für die Interaktionen sind für alle gemessenen Skalen klein, bis auf die Skalen des EDI-2 „Schlankheitsstreben“ und „Unzufriedenheit mit der Figur“, bei denen das partielle η^2 als mittelgroß einzuordnen ist.

Tab. 5.4: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) der EG und KG bei EDE-Q, DEBQ und EDI-2 in Prä- und Posttest

		Experimentalgruppe		Kontrollgruppe	
		Prä	Post	Prä	Post
		N = 16	N = 16	N = 18	N = 18
		M (S)	M (S)	M (S)	M (S)
EDE-Q	R	2.39 (1.75)	2.06 (1.53)	2.29 (1.19)	2.02 (1.15)
	EC	1.80 (0.89)	1.45 (0.67)	2.27 (1.20)	2.26 (1.33)
	WC	3.34 (1.23)	3.17 (1.23)	3.11 (1.17)	3.06 (1.31)
	SC	3.76 (1.26)	3.41 (1.13)	3.78 (1.27)	3.83 (1.47)
	Gesamt	2.82 (1.17)	2.52 (0.95)	2.86 (1.06)	2.79 (1.19)
DEBQ	GEZ	2.91 (1.13)	2.83 (0.81)	3.03 (0.73)	3.10 (1.07)
	EMO	2.68 (1.19)	2.59 (0.99)	2.56 (1.09)	2.53 (1.11)
	EXT	3.11 (0.97)	2.89 (0.89)	2.75 (0.65)	2.77 (0.79)
EDI-2	DT	11.31 (5.84)	9.69 (4.00)	10.78 (4.48)	11.61 (6.37)
	B	1.38 (1.63)	1.63 (1.59)	3.33 (5.17)	3.00 (4.22)
	BD	19.69 (7.07)	17.94 (5.31)	20.11 (6.06)	20.50 (5.98)

EDE-Q: R = „Restraint“, EC = „Eating Concern“, WC = „Weight Concern“, SC = „Shape Concern“;
DEBQ: GEZ = „Gezügelter Essverhalten“, EMO = „Emotionales Essverhalten“, EXT = „Externales Essverhalten“;
EDI-2: DT = „Schlankheitsstreben“, B = „Bulimie“, BD = „Unzufriedenheit mit der Figur“

Auch die durchgeführten T-Tests für abhängige Gruppen zeigen, dass die Veränderungen über die Zeit in der EG nicht signifikant sind. In der KG sind die Werte relativ gleich geblieben, die T-Tests für abhängige Gruppen ergeben auch hier keine signifikanten Veränderungen über die Zeit.

Tab. 5.5: MANOVA und Effektstärken des EDE-Q, DEBQ und EDI-2

	Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
EDE-Q	Gruppe	2.69	4, 29	.050	.271
	Zeit	0.48	4, 29	.751	.062
	Gruppe x Zeit	0.66	4, 29	.626	.083
DEBQ	Gruppe	0.60	3, 30	.623	.056
	Zeit	0.32	3, 30	.811	.031
	Gruppe x Zeit	0.51	3, 30	.676	.049
EDI-2	Gruppe	0.68	3, 30	.572	.063
	Zeit	0.33	3, 30	.807	.032
	Gruppe x Zeit	1.34	3, 30	.281	.118

Tab. 5.6: ANOVA und Effektstärken des EDE-Q, DEBQ und EDI-2

	Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
EDE-Q	R				
	Gruppe	0.01	1, 32	.908	.000
	Zeit	2.10	1, 32	.157	.062
	Gruppe x Zeit	0.05	1, 32	.827	.002
	EC				
	Gruppe	3.97	1, 32	.055	.110
	Zeit	0.99	1, 32	.327	.030
	Gruppe x Zeit	0.87	1, 32	.357	.027
	WC				
	Gruppe	0.20	1, 32	.660	.006
	Zeit	0.28	1, 32	.600	.009
	Gruppe x Zeit	0.09	1, 32	.764	.003

Fortsetzung Tab. 5.6:					
EDE-Q	SC				
	Gruppe	0.28	1, 32	.602	.009
	Zeit	0.72	1, 32	.402	.022
	Gruppe x Zeit	1.25	1, 32	.272	.038
	Gesamt				
	Gruppe	0.22	1, 32	.645	.007
	Zeit	1.34	1, 32	.256	.040
	Gruppe x Zeit	0.54	1, 32	.470	.016
DEBQ	GEZ				
	Gruppe	0.46	1, 32	.504	.014
	Zeit	1.00	1, 32	.974	.000
	Gruppe x Zeit	0.20	1, 32	.661	.006
	EMO				
	Gruppe	0.06	1, 32	.806	.002
	Zeit	0.28	1, 32	.600	.009
	Gruppe x Zeit	0.07	1, 32	.785	.002
	EXT				
	Gruppe	0.80	1, 32	.378	.024
	Zeit	0.94	1, 32	.339	.029
	Gruppe x Zeit	1.36	1, 32	.252	.041
EDI-2	DT				
	Gruppe	0.18	1, 32	.678	.005
	Zeit	0.29	1, 32	.595	.009
	Gruppe x Zeit	2.78	1, 32	.105	.080
	B				
	Gruppe	1.99	1, 32	.168	.058
	Zeit	0.01	1, 32	.912	.000
	Gruppe x Zeit	0.61	1, 32	.440	.019
	BD				
	Gruppe	0.56	1, 32	.460	.017
	Zeit	1.04	1, 32	.316	.031
	Gruppe x Zeit	2.57	1, 32	.119	.074
EDE-Q: R = „Restraint“, EC = „Eating Concern“, WC = „Weight Concern“, SC = „Shape Concern“; DEBQ: GEZ = „Gezügelter Essverhalten“, EMO = „Emotionales Essverhalten“, EXT = „Externales Essverhalten“; EDI-2: DT = „Schlankheitsstreben“, B = „Bulimie“, BD = „Unzufriedenheit mit der Figur“					

Gruppenunterschiede im allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl

Wie aus Tabelle 5.7 hervorgeht, sind die Mittelwerte bei den verschiedenen Skalen zum allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl in der EG nach Teilnahme am Programm gestiegen. Die multivariaten Varianzanalysen (siehe Tab. 5.8) zeigen keine signifikanten Gruppen- und Zeiteffekte oder Interaktionen bei der SSES und beim SDQ-III-R. Bei den univariaten Varianzanalysen wird bei Festlegung der Irrtumswahrscheinlichkeit bei kleiner als fünf Prozent auf der Skala „Attraktivitätsbereich“ der SSES ($F_{(1,32)} = 4.48$, $p < .05$) die Wechselwirkung zwischen Messzeitpunkt und Gruppe signifikant ebenso wie die Interaktion ($F_{(1,32)} = 4.94$, $p < .05$) und der Gruppeneffekt ($F_{(1,32)} = 4.33$, $p < .05$) auf der Skala „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“ des SDQ-III-R. Bei einer Korrektur des α -Niveaus nach Bonferoni (SSES: $\alpha' = .05/3 = .017$; SDQ-III-R: $\alpha' = .05/7 = .007$) bleiben die gefunden Signifikanzen jedoch nicht bestehen. Bei den anderen Skalen zeigen sich keine signifikanten Effekte bei den univariaten Varianzanalysen (siehe Tab. 5.9).

Tab. 5.7: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) der EG und KG bei SSES und SDQ-III-G in Prä- und Posttest

		Experimentalgruppe		Kontrollgruppe	
		Prä	Post	Prä	Post
		N = 16	N = 16	N = 18	N = 18
		M (S)	M (S)	M (S)	M (S)
SSES	ATT	12.63 (3.95)	14.81 (4.53)	13.39 (4.59)	13.11 (4.19)
	LEI	25.88 (6.44)	26.75 (4.19)	24.78 (4.53)	24.78 (5.37)
	SOZ	20.25 (6.05)	21.75 (6.31)	20.39 (5.15)	21.44 (6.13)
SDQ-III-G	ASW	5.09 (1.26)	5.51 (1.44)	4.83 (1.26)	4.96 (1.22)
	SAG	4.44 (1.03)	4.61 (1.09)	4.93 (1.56)	4.84 (1.25)
	EMO	4.47 (1.30)	4.60 (1.61)	4.82 (1.23)	4.74 (1.42)
	SEL	5.48 (1.18)	5.71 (1.38)	5.53 (1.40)	5.64 (1.35)
	ATT	3.20 (1.08)	3.64 (1.35)	2.99 (1.17)	2.93 (1.00)
	SEG	5.70 (1.06)	5.69 (0.92)	5.51 (1.50)	5.73 (1.24)
	SPO	4.24 (1.72)	4.57 (1.77)	5.77 (1.45)	5.19 (1.55)

SSES: ATT = „Attraktivitätsbereich“, LEI = „Leistungsbereich“, SOZ = „Sozialer Bereich“;

SDQ-III-G: ASW = „Allg. Selbstwertgefühl“, SAG = „Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht“, EMO = „Emotionales Selbstkonzept“, SEL = „Soziale Beziehungen zu den Eltern“, ATT = „Körperliche Attraktivität“, SEG = „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“, SPO = „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“

Die Effektstärken für die Interaktion sind mittelgroß bis groß bei den Skalen „Attraktivitätsbereich“ der SSES und den Skalen „Körperliche Attraktivität“, „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“ und „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“ des SDQ-III-R. Bei den übrigen gemessenen Skalen zum allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl zeigen sich nur kleine Effektstärken bei den Interaktionen.

Bei den berechneten T-Tests zur Feststellung der Veränderungen über die Zeit innerhalb der Gruppen wird in der EG jedoch bei der Skala ATT des SSES die Veränderung signifikant ($t_{(15)} = -2.74$, $p < .017$). Bei den übrigen Skalen in der EG und auf allen Skalen in der KG haben sich die Werte nach dem T-Test für abhängige Gruppen nicht signifikant über die Zeit verändert.

Tab. 5.8: MANOVA und Effektstärken des SSES und SDQ-III-G

	Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
SSES	Gruppe	0.38	3, 30	.771	.036
	Zeit	1.05	3, 30	.385	.095
	Gruppe x Zeit	1.50	3, 30	.236	.130
SDQ-III-R	Gruppe	2.14	7,26	.074	.366
	Zeit	0.96	7,26	.480	.205
	Gruppe x Zeit	1.22	7,26	.329	.247

Tab. 5.9: ANOVA und Effektstärken des SSES und SDQ-III-G

	Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
SSES	ATT				
	Gruppe	0.12	1, 32	.734	.004
	Zeit	2.69	1, 32	.111	.077
	Gruppe x Zeit	4.48	1, 32	.042	.123
	LEI				
	Gruppe	0.99	1, 32	.327	.030
	Zeit	0.24	1, 32	.630	.007
	Gruppe x Zeit	0.24	1, 32	.630	.007
	SOZ				
	Gruppe	0.01	1, 32	.962	.000
	Zeit	1.38	1, 32	.248	.041
	Gruppe x Zeit	0.04	1, 32	.839	.001

Fortsetzung Tab. 5.9:

SDQ-III-R	ASW				
	Gruppe	0.95	1, 32	.337	.029
	Zeit	3.27	1, 32	.080	.093
	Gruppe x Zeit	0.87	1, 32	.358	.026
	SAG				
	Gruppe	0.79	1, 32	.379	.024
	Zeit	0.07	1, 32	.788	.002
	Gruppe x Zeit	0.67	1, 32	.420	.020
	EMO				
	Gruppe	0.30	1, 32	.589	.009
	Zeit	0.03	1, 32	.873	.001
	Gruppe x Zeit	0.44	1, 32	.514	.013
	SEL				
	Gruppe	0.00	1, 32	.989	.000
	Zeit	1.24	1, 32	.274	.037
	Gruppe x Zeit	0.16	1, 32	.687	.005
	ATT				
	Gruppe	1.52	1, 32	.226	.045
	Zeit	2.23	1, 32	.146	.065
	Gruppe x Zeit	3.86	1, 32	.058	.108
	SEG				
	Gruppe	0.04	1, 32	.840	.001
	Zeit	0.40	1, 32	.530	.012
	Gruppe x Zeit	0.45	1, 32	.506	.014
	SPO				
	Gruppe	4.33	1, 32	.046	.119
	Zeit	0.38	1, 32	.542	.012
	Gruppe x Zeit	4.94	1, 32	.033	.134

SSES: ATT = „Attraktivitätsbereich“, LEI = „Leistungsbereich“, SOZ = „Sozialer Bereich“;

SDQ-III-G: ASW = „Allg. Selbstwertgefühl“, SAG = „Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht“, EMO = „Emotionales Selbstkonzept“, SEL = „Soziale Beziehungen zu den Eltern“, ATT = „Körperliche Attraktivität“, SEG = „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“, SPO = „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“

Gruppenunterschiede im Wissen

Während die Anzahl der richtig beantworteten Fragen im Wissenstest in der EG gestiegen ist, hat sich auch der Mittelwert in der KG verändert (siehe Tab. 5.10). Der Zeiteffekt wird bei der univariaten Varianzanalyse hochsignifikant ($F_{(1,33)} = 22.64$, $p < .001$), der Gruppeneffekt und die Wechselwirkung jedoch nicht (siehe Tab. 5.11), obwohl der durchschnittliche Wert im Wissenstests bei der EG im Posttest höher liegt als in der KG. Die Effektstärke für die Interaktion ist als mittelgroß einzuordnen. Die T-Tests für abhängige Gruppen bestätigen sowohl in der EG ($t_{(15)} = -4.05$, $p < .005$) als auch in der KG ($t_{(17)} = -2.51$, $p < .05$) den signifikanten Zeiteffekt, d.h. sowohl durch die Teilnahme am Präventionsprogramm als auch in der Wartezeit hat ein Wissenszuwachs stattgefunden.

Tab. 5.10: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) der EG und KG beim Wissenstest in Prä- und Posttest

		Experimentalgruppe		Kontrollgruppe	
		Prä	Post	Prä	Post
		N = 17	N = 17	N = 18	N = 18
		M (S)	M (S)	M (S)	M (S)
WISSEN	Gesamt	12.47 (3.56)	15.12 (2.55)	11.50 (3.09)	12.83 (2.98)

Tab. 5.11: ANOVA und Effektstärken des Wissenstests

		Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
WISSEN	Gesamt					
	Gruppe		2.95	1, 33	.095	.082
	Zeit		22.64	1, 33	<.001**	.407
	Gruppe x Zeit		2.47	1, 33	.126	.070

Gruppenunterschiede in der grundsätzlichen psychischen Belastung

In beiden Gruppen hielt sich die mit dem GSI gemessene grundsätzliche psychische Belastung von Prä- zu Post-Messzeitpunkt im oberen Durchschnitts- bzw. leicht überdurchschnittlichen Bereich (siehe Tab. 5.12). Die univariate Varianzanalyse zeigt keine signifikanten Gruppen- und Zeiteffekte und auch keine signifikante Wechselwirkung (siehe Tab. 5.13). Die Effektstärke für die Interaktion ist als klein zu bezeichnen. Auch laut T-Tests

für abhängige Gruppen änderte sich die grundsätzliche psychische Belastung weder in der EG noch in der KG über die Zeit hinweg signifikant.

Tab. 5.12: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) der EG und KG bei der SCL-90-R (GSI) in Prä- und Posttest

		Experimentalgruppe		Kontrollgruppe	
		Prä	Post	Prä	Post
		N = 16	N = 16	N = 18	N = 18
		M (S)	M (S)	M (S)	M (S)
SCL-90-R	GSI	0.68 (0.41)	0.72 (0.42)	0.62 (0.33)	0.59 (0.29)
	T-Wert	61	62	60	59

GSI = „Global Severity Index“

Tab. 5.13: ANOVA und Effektstärken der SCL-90-R

		F	df	p	part. η^2
SCL-90-R	GSI				
	Gruppe	0.69	1, 32	.413	.021
	Zeit	0.01	1, 32	.911	.000
	Gruppe x Zeit	0.35	1, 32	.556	.011

Gruppenunterschiede im BMI und Wunsch-BMI

Bei der Betrachtung der Mittelwerte (Tab. 5.14) fällt auf, dass in EG und KG der BMI leicht gestiegen ist, der Wunsch-BMI in der EG aber gestiegen ist, während er sich in der KG verringert hat. Bei den univariaten Varianzanalysen (siehe Tab. 5.15) ist die Interaktion zwischen Gruppe und Messzeitpunkt (siehe Tab. 5.15) nicht signifikant für den BMI, aber signifikant für den Wunsch-BMI ($F_{(1,32)} = 8.19$, $p < .01$). Der Wunsch-BMI ist in der EG gestiegen, d.h. er nähert sich dem tatsächlichen BMI an, während der Wunsch-BMI in der KG gesunken ist und sich so die Diskrepanz zum tatsächlichen BMI vergrößert hat. Auch bei den Effektstärken für die Interaktion spiegelt sich dieses Ergebnis: Beim BMI findet sich eine kleine, beim Wunsch-BMI eine große Effektstärke.

Die T-Tests für abhängige Gruppen zeigen, dass sich der BMI in der EG über die Zeit nicht signifikant verändert hat, in der KG ist er jedoch von Prä- zu Postmesszeitpunkt signifikant gestiegen ($t_{(17)} = -2.51$, $p < .05$). Beim Wunsch-BMI zeigt sich in der EG eine signifikante Steigerung ($t_{(14)} = -2.27$, $p < .05$) und bei der KG eine signifikante Senkung über die Zeit ($t_{(17)} = 2.23$, $p < .05$).

Bei Berechnung von T-Tests für abhängige Gruppen über die Differenz zwischen BMI und Wunsch-BMI in EG und KG bestätigt das Ergebnis. Während sich in der EG die Differenz zwischen tatsächlichem BMI und dem erwünschten BMI nicht signifikant verändert hat von Prä- zu Postmesszeitpunkt ($t_{(14)} = 2.77$, $p = .79$), hat sich die Differenz zwischen BMI und Wunsch-BMI in der KG signifikant über die Zeit vergrößert ($t_{(17)} = -3.07$, $p < .01$).

Tab. 5.14: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) der EG- und KG beim BMI und Wunsch-BMI in Prä- und Posttest

	Experimentalgruppe		Kontrollgruppe	
	Prä	Post	Prä	Post
	M (S)	M (S)	M (S)	M (S)
BMI	N = 16	N = 16	N = 18	N = 18
	27.83 (6.90)	28.45 (7.88)	26.25 (5.50)	26.97 (5.51)
Wunsch-BMI	N = 15	N = 15	N = 18	N = 18
	20.42 (2.34)	21.37 (1.88)	22.62 (4.11)	20.85 (3.98)

Tab. 5.15: ANOVA und Effektstärken des BMI und Wunsch-BMI

	Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
BMI					
	Gruppe	0.49	1, 32	.487	.015
	Zeit	2.36	1, 32	.134	.069
	Gruppe x Zeit	0.01	1, 32	.911	.000
Wunsch-BMI					
	Gruppe	0.634	1, 32	.432	.020
	Zeit	0.75	1, 32	.393	.024
	Gruppe x Zeit	8.19	1, 32	<.01**	.209

5.3.2 *Ergebnisse zum Langzeitverlauf*

Essverhalten und Einstellungen zu Gewicht und Figur

Bei den gemessenen Skalen zum Essverhalten und zu den Einstellungen zu Gewicht und Figur sind die Werte von Prä- zu Post- zu Follow-up-Messzeitpunkt bis auf zwei Ausnahmen gesunken, d.h. die Teilnehmerinnen des Präventionsprogramms haben sich in diesen Verhaltens- und Einstellungsmaßen verbessert (siehe Tab. 5.16). Lediglich bei den Skalen „Restraint“ des EDE-Q und „Gezügeltes Essverhalten“ des DEBQ sind die Werte zum Follow-up-Messzeitpunkt gegenüber dem Posttest wieder leicht angestiegen, liegen jedoch immer noch unter den Durchschnittswerten zum Prä-Messzeitpunkt. Die berechneten multivariaten Varianzanalysen für EDE-Q, DEBQ und EDI-2 (siehe Tab. 5.17) zeigen lediglich für den EDI-2 eine Signifikanz beim Zeiteffekt. Mit den univariaten Varianzanalysen (Tab. 5.18) ist jedoch beim größten Teil der Skalen ein signifikanter Zeiteffekt auch nach der Korrektur des α -Niveaus nach Bonferoni (EDE-Q: $\alpha' = .05/4 = .0125$; DEBQ: $\alpha' = .05/3 = .017$; EDI-2: $\alpha' = .05/3 = .017$) nachzuweisen. Beim EDE-Q wird der Zeiteffekt für die Skalen „Eating Concern“ ($F_{(2,58)} = 4.76$, $p < .0125$), „Shape Concern“ ($F_{(2,58)} = 6.06$, $p < .0125$) und für den Gesamtwert ($F_{(2,58)} = 4.46$, $p < .05$) signifikant, bei der Skala „Weight Concern“ zeigt sich der Zeiteffekt nicht signifikant. Die berechneten T-Tests für abhängige Gruppen weisen für die Skala „Eating Concern“ eine Signifikanz zwischen Prä- und Follow-up-Messzeitpunkt nach ($t_{(29)} = 2.75$, $p < .0125$) und für die Skala „Shape Concern“ sowohl zwischen Prä- und Post-Messzeitpunkt ($t_{(30)} = 2.80$, $p < .0125$) als auch zwischen Prä- und Follow-up-Messzeitpunkt ($t_{(29)} = 2.93$, $p < .0125$). Die übrigen T-Tests für die verschiedenen Messzeitpunkte werden bei den weiteren Skalen des EDE-Q nicht signifikant. Signifikante Zeiteffekte bei den univariaten Varianzanalysen finden sich auch beim DEBQ für die Skalen „Emotionales Essverhalten“ ($F_{(2,58)} = 5.24$, $p < .017$) und „Externales Essverhalten“ ($F_{(2,58)} = 4.75$, $p < .017$). Die T-Tests für abhängige Gruppen zeigen ein signifikantes Ergebnis bei der Skala „Emotionales Essverhalten“ zwischen Post- und Follow-up-Messzeitpunkt ($t_{(29)} = 2.60$, $p < .017$) und zwischen Prä- und Follow-up-Messzeitpunkt ($t_{(29)} = 2.84$, $p < .017$) und bei der Skala „Externales Essverhalten“ wird der T-Test zwischen Prä- und Follow-up-Messzeitpunkt signifikant ($t_{(29)} = 2.86$, $p < .017$). Die übrigen T-Tests weisen beim DEBQ keine Signifikanzen zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten auf. Beim EDI-2 wird der Zeiteffekt bei den univariaten

Varianzanalysen für die Skalen „Schlankheitsstreben“ ($F_{(2,58)} = 4.47$, $p < .017$) und „Unzufriedenheit mit der Figur“ ($F_{(2,58)} = 9.71$, $p < .017$) signifikant. Für die Skala „Bulimie“ des EDI-2 lässt sich kein signifikanter Zeiteffekt nachweisen. Bei den T-Tests für abhängige Gruppen zeigt sich beim EDI-2 für die Skala „Schlankheitsstreben“ eine Signifikanz zwischen Prä- und Follow-up-Messzeitpunkt ($t_{(29)} = 2.61$, $p < .017$) und für die Skala „Unzufriedenheit mit der Figur“ zwischen Prä- und Post-Messzeitpunkt ($t_{(30)} = 2.97$, $p < .017$) und zwischen Prä- und Follow-up-Messzeitpunkt ($t_{(29)} = 3.78$, $p < .017$).

Lediglich für die Skalen „Restraint“ des EDE-Q und „Gezügeltes Essverhalten“ des DEBQ liegen die Effektstärken für den Zeiteffekt im niedrigen Bereich. Für alle anderen Skalen zum Essverhalten und zu den Einstellungen zu Gewicht und Figur sind die Effektstärken für den Zeiteffekt als mittelgroß bis groß einzuordnen.

Tab. 5.16: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) bei EDE-Q, DEBQ und EDI-2 in Prä-, Posttest und Follow-up

		Prä	Post	FU
		N=30	N=30	N=30
		M (S)	M (S)	M (S)
EDE-Q	R	2.35 (1.44)	2.03 (1.50)	2.13 (1.47)
	EC	2.19 (1.13)	1.62 (1.07)	1.54 (1.19)
	WC	3.32 (1.23)	2.97 (1.36)	2.70 (1.50)
	SC	3.96 (1.26)	3.34 (1.25)	3.16 (1.56)
	Gesamt	2.96 (1.11)	2.49 (1.09)	2.38 (1.24)
DEBQ	GEZ	3.06 (1.12)	2.87 (0.99)	2.89 (0.91)
	EMO	2.75 (1.10)	2.69 (1.09)	2.32 (1.06)
	EXT	3.00 (0.91)	2.81 (0.96)	2.56 (0.85)
EDI-2	DT	12.13 (5.76)	9.87 (4.47)	9.43 (5.86)
	B	2.43 (3.46)	2.37 (2.93)	1.40 (2.66)
	BD	20.93 (6.39)	17.87 (6.10)	16.47 (7.26)

EDE-Q: R = „Restraint“, EC = „Eating Concern“, WC = „Weight Concern“, SC = „Shape Concern“; **DEBQ:** GEZ = „Gezügeltes Essverhalten“, EMO = „Emotionales Essverhalten“, EXT = „Externales Essverhalten“; **EDI-2:** DT = „Schlankheitsstreben“, B = „Bulimie“, BD = „Unzufriedenheit mit der Figur“

Tab. 5.17: MANOVA und Effektstärken des EDE-Q, DEBQ und EDI-2

	Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
EDE-Q	Zeit	1.72	8, 22	.150	.384
DEBQ	Zeit	2.15	6, 24	.084	.350
EDI-2	Zeit	2.73	6, 24	.036*	.406

Tab. 5.18: ANOVA und Effektstärken des EDE-Q, DEBQ und EDI-2

	Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
EDE-Q	R				
	Zeit	0.75	2, 58	.477	.025
	EC				
	Zeit	4.76	2, 58	.012*	.141
	WC				
	Zeit	3.09	2, 58	.053	.096
	SC				
	Zeit	6.06	2, 58	.004**	.173
DEBQ	Gesamt				
	Zeit	4.46	2, 58	.016*	.133
	GEZ				
	Zeit	0.85	2, 58	.432	.029
	EMO				
	Zeit	5.24	2, 58	.008**	.153
	EXT				
	Zeit	4.75	2, 58	.012*	.141
EDI-2	DT				
	Zeit	4.47	2, 58	.016*	.134
	B				
	Zeit	2.15	2, 58	.126	.069
	BD				
	Zeit	9.71	2, 58	.000**	.251

EDE-Q: R = „Restraint“, EC = „Eating Concern“, WC = „Weight Concern“, SC = „Shape Concern“;

DEBQ: GEZ = „Gezügeltes Essverhalten“, EMO = „Emotionales Essverhalten“, EXT = „Externales Essverhalten“;

EDI-2: DT = „Schlankheitsstreben“, B = „Bulimie“, BD = „Unzufriedenheit mit der Figur“

Hervorzuheben ist, dass die Werte auf den Skalen „Weight Concern“ und „Shape Concern“ des EDE-Q und auf der Skala „Schlankheitsstreben“ des EDI-2 zum Prä-Messzeitpunkt im Normbereich essgestörter Patienten lagen und sich zum Follow-up-Messzeitpunkt in den Bereich zwischen Werten von essgestörten und nicht-essgestörten Probandinnen verbessert haben. Auch die Werte beim DEBQ, die zum Prä-Messzeitpunkt im mittleren bis hohen Bereich lagen, liegen sechs Monate nach Teilnahme am Präventionsprogramm alle im mittleren Bereich.

Allgemeines und körperliches Selbstwertgefühl

Vom Prätest zum Follow-up-Zeitpunkt sind die Werte auf allen Skalen zum allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl gestiegen oder relativ gleich geblieben, d.h. das Selbstwertgefühl hat sich mit Teilnahme am Programm verbessert bzw. sich stabil im mittleren Bereich gehalten (siehe Tab. 5.19). Wie aus Tabelle 5.20 hervorgeht, wird bei der berechneten MANOVA der Zeiteffekt bei der SSES signifikant, beim SDQ-III-R jedoch nicht. Für die univariaten Varianzanalysen wurde wieder eine Korrektur des α -Niveaus nach Bonferoni (SSES: $\alpha' = .05/3 = .017$; SDQ-III-R: $\alpha' = .05/7 = .007$) vorgenommen. Bei der SSES bildet sich ein hochsignifikanter Effekt über die Zeit auf der Skala „Attraktivitätsbereich“ ab ($F_{(2,58)} = 8.18$, $p < .017$). Für die Skalen „Leistungsbereich“ und „Sozialer Bereich“ ist der Zeiteffekt nicht signifikant. Beim SDQ-III-R wird der Zeiteffekt nach der Bonferoni-Korrektur nur für die Skala „Körperliche Attraktivität“ ($F_{(2,58)} = 7.81$, $p < .007$) hochsignifikant. Die Skalen „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“ ($F_{(2,58)} = 3.80$, $p < .05$) und „Allgemeines Selbstwertgefühl“ ($F_{(2,58)} = 5.06$, $p < .01$) sind lediglich auf dem fünf Prozent- bzw. ein Prozent-Niveau signifikant. Die übrigen Skalen des SDQ-III-R weisen bei der univariaten Varianzanalyse keine signifikanten Effekte auf (siehe Tab. 5.21). Die berechneten T-Tests für abhängige Gruppen werden sowohl bei der Skala „Attraktivitätsbereich“ des SSES als auch bei der Skala „Körperliche Attraktivität“ des SDQ-III-R zwischen Prä- und Post-Messzeitpunkt (SSES ATT: $t_{(30)} = -2.90$, $p < .017$; SDQ-III-R ATT: $t_{(30)} = -3.44$, $p < .007$) als auch zwischen Prä- und Follow-up-Messzeitpunkt (SSES ATT: $t_{(29)} = -4.54$, $p < .017$; SDQ-III-R ATT: $t_{(29)} = -3.23$, $p < .007$) signifikant. Die übrigen berechneten T-Tests für die verschiedenen Skalen und Messzeitpunkte werden nicht signifikant.

Bei den signifikanten Skalen zur Attraktivität zeigen sich auch mittelgroße bis große Effektstärken für den Zeiteffekt, ansonsten sind die Effektstärken als klein bis mittelgroß zu bezeichnen.

Bei den beiden Attraktivitätsskalen sind die Werte vom Prätest zum Follow-up-Messzeitpunkt von einem niedrigen Bereich in einen mittleren, d.h. unauffälligen Bereich gestiegen.

Tab. 5.19: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) bei SSES und SDQ-III-G in Prä-, Posttest und Follow-up

		Prä	Post	FU
		N = 30	N = 30	N = 30
		M (S)	M (S)	M (S)
SSES	ATT	12.43 (3.92)	15.13 (5.19)	15.97 (4.57)
	LEI	25.30 (5.84)	26.57 (4.99)	26.63 (4.98)
	SOZ	20.20 (5.88)	22.27 (6.17)	23.20 (7.05)
SDQ-III-G	ASW	5.03 (1.19)	5.47 (1.36)	5.49 (1.63)
	SAG	4.60 (1.19)	4.99 (1.16)	4.93 (1.37)
	EMO	4.64 (1.28)	4.82 (1.48)	4.75 (1.49)
	SEL	5.43 (1.20)	5.48 (1.37)	5.58 (1.33)
	ATT	3.01 (1.05)	3.57 (1.19)	3.62 (1.47)
	SEG	5.74 (1.17)	5.76 (1.02)	5.63 (1.41)
	SPO	4.53 (1.60)	5.00 (1.65)	5.04 (1.69)

SSES: ATT = „Attraktivitätsbereich“, LEI = „Leistungsbereich“, SOZ = „Sozialer Bereich“;
SDQ-III-G: ASW = „Allg. Selbstwertgefühl“, SAG = „Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht“, EMO = „Emotionales Selbstkonzept“, SEL = „Soziale Beziehungen zu den Eltern“, ATT = „Körperliche Attraktivität“, SEG = „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“, SPO = „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“

Tab. 5.20: MANOVA und Effektstärken des SSES und SDQ-III-G

Effekt / Interaktion		F	df	p	part. η^2
SSES	Zeit	3.33	6, 24	.016*	.454
SDQ-III-R	Zeit	1.50	14, 16	.218	.567

Tab. 5.21: ANOVA und Effektstärken des SSES und SDQ-III-G

	Effekt / Interaktion	F	df	p	part. η^2
SSES	ATT				
	Zeit	8.18	2, 58	.001**	.220
	LEI				
	Zeit	1.68	2, 58	.195	.055
SDQ-III-R	SOZ				
	Zeit	3.07	2, 58	.054	.096
	ASW				
	Zeit	5.06	2, 58	.009	.149
SDQ-III-G	SAG				
	Zeit	2.34	2, 58	.105	.075
	EMO				
	Zeit	0.51	2, 58	.601	.017
SDQ-III-R	SEL				
	Zeit	0.49	2, 58	.614	.017
	ATT				
	Zeit	7.81	2, 58	.001**	.212
SDQ-III-G	SEG				
	Zeit	0.49	2, 58	.612	.017
	SPO				
	Zeit	3.80	2, 58	.028	.116

SSES: ATT = „Attraktivitätsbereich“, LEI = „Leistungsbereich“, SOZ = „Sozialer Bereich“,
SDQ-III-G: ASW = „Allg. Selbstwertgefühl“, SAG = „Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht“,
 EMO = „Emotionales Selbstkonzept“, SEL = „Soziale Beziehungen zu den Eltern“, ATT = „Körperliche Attraktivität“, SEG = „Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht“, SPO = „Sportlichkeit und körperliche Aktivität“

Wissen

Im Durchschnitt gab es bei allen Teilnehmerinnen des Präventionsprogramms einen Wissenszuwachs, d.h. die Zahl der richtig beantworteten Wissensfragen stieg von Prätest zu Follow-up, wobei es zwischen Posttest und Follow-up zu einer leichten Verringerung des Werts kam. Die durchgeführte univariate Varianzanalyse zeigt einen hochsignifikanten Zeiteffekt ($F_{(2,58)} = 10.20$, $p < .001$). Die berechneten T-Tests für abhängige Gruppen zeigen Signifikanzen zwischen allen Messzeitpunkten (Prä/Post: $t_{(31)} = -4.70$, $p < .01$; Post/Follow-up: $t_{(29)} = 2.40$, $p < .05$; Prä/Follow-up: $t_{(29)} = -2.25$, $p < .05$). Die Effektstärke für den Zeiteffekt ist mit .260 als groß einzuordnen. Die Werte zu den verschiedenen Messzeitpunkten sowie die Ergebnisse der ANOVA zum Wissenstest sind in Tabelle 5.22 und 5.23 dargestellt.

Tab. 5.22: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) beim Wissenstest in Prä-, Posttest und Follow-up

		Prä	Post	FU
		N = 30	N = 30	N = 30
		M (S)	M (S)	M (S)
WISSEN	Gesamt	12.87 (3.36)	14.63 (2.58)	13.77 (3.04)

Tab. 5.23: ANOVA und Effektstärke des Wissenstests

Effekt / Interaktion		F	df	p	part. η^2
WISSEN	Gesamt				
	Zeit	10.20	2, 58	<.001**	.260

Grundsätzliche psychische Belastung

Die grundsätzlich psychische Belastung gemessen mit dem GSI hat sich bei den Teilnehmerinnen im Durchschnitt verringert (siehe Tab. 5.24). Während die Belastung vor Teilnahme am Präventionsprogramm im oberen Durchschnittsbereich (T-Wert 60) lag, verringerte sie sich nach Teilnahme am Programm und im sechsmonatigen Zeitraum danach. Sie lag beim Follow-up-Messzeitpunkt nur noch im mittleren Durchschnittsbereich (T-Wert 56) im Vergleich zur Normgruppe der Frauen. Der Zeiteffekt ist bei dieser Veränderung jedoch nicht signifikant, auch die berechneten T-Tests für abhängige Gruppen zeigen keine Signifikanzen zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten. Die Effektstärke für den Zeiteffekt ist mittelgroß (siehe Tab. 5.25).

Tab. 5.24: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) bei SCL-90-R (GSI) in Prä-, Posttest und Follow-up

		Prä	Post	FU
		N= 30	N = 30	N = 30
		M (S)	M (S)	M (S)
SCL-90-R	GSI	0.62 (0.35)	0.57 (0.40)	0.49 (0.36)
	t-Wert	60	58	56

GSI = „Global Severity Index“

Tab. 5.25: ANOVA und Effektstärke des GSI der SCL-90-R

Effekt / Interaktion		F	df	p	part. η^2
SCL-90-R	GSI				
	Zeit	2.01	2, 58	.143	.065

GSI = „Global Severity Index“

BMI und Wunsch-BMI

Der BMI hat sich nach Teilnahme an dem Präventionsprogramm und bis zum Follow-up-Messzeitpunkt nur geringfügig verändert, es zeigt sich hierbei kein signifikanter Zeiteffekt (siehe Tab. 5.26 und Tab. 5.27). Das Gewicht der Teilnehmerinnen ist also im Durchschnitt gleich geblieben. Dahingegen hat sich der Wunsch-BMI hochsignifikant gesteigert ($F_{(2,58)} = 12.06$, $p < .001$) und sich damit dem tatsächlichen BMI angenähert, d.h. die Differenz zwischen BMI und Wunsch-BMI hat sich verringert. Die berechneten T-Tests für abhängige Gruppen zeigen für den Wunsch-BMI Signifikanzen zwischen allen Messzeitpunkten (Prä/Post: $t_{(28)} = -3.73$, $p < .01$; Post/Follow-up: $t_{(24)} = -2.61$, $p < .05$; Prä/Follow-up: $t_{(25)} = -4.30$, $p < .01$), beim BMI werden sie nicht signifikant. Auch die Effektstärken unterstützen die Hypothese: Das partielle η^2 für den Zeiteffekt beim BMI ist als mittelgroß, beim Wunsch-BMI als groß einzuordnen.

Tab. 5.26: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (S) beim BMI und Wunsch-BMI in Prä-, Posttest und Follow-up

		Prä	Post	FU
		M (S)	M (S)	M (S)
BMI	N = 28	27.83 (6.27)	28.08 (7.15)	28.73 (6.44)
Wunsch-BMI	N = 25	20.41 (3.23)	21.34 (3.36)	22.53 (2.91)

Tab. 5.27: ANOVA und Effektstärken des BMI und Wunsch-BMI

Effekt / Interaktion		F	df	p	part. η^2
BMI					
	Zeit	1.87	2, 54	.163	.065
Wunsch-BMI					
	Zeit	12.06	2, 48	<.001**	.334

5.3.3

Rückmeldung der Programmteilnehmerinnen

Sowohl unmittelbar im Anschluss an die Programmteilnahme als auch zum Follow-up-Messzeitpunkt erhielten die Teilnehmerinnen neben der Fragebogenbatterie jeweils einen Rückmeldefragebogen, in dem sie gebeten wurden, Einschätzungen ihrer Zufriedenheit mit

dem Programm und der Veränderungen zu geben (vgl. Kap. 3.5). Zusätzlich hatten die Teilnehmerinnen bei beiden Rückmeldefragebögen die Gelegenheit, auch frei formuliert Rückmeldung zu geben. Die schriftlichen Stellungnahmen zu den gestellten offenen Fragen sind im Anhang 6 zu finden.

Rückmeldung nach Teilnahme am Präventionsprogramm (Post-Messzeitpunkt)

Die Zufriedenheit mit dem Verhalten der Programmleiterinnen, der Gestaltung der Stunden und Materialien und die Zufriedenheit mit dem Programm insgesamt waren bei den Teilnehmerinnen sehr hoch (Skala von 1 = „sehr zufrieden“ bis 5 = „gar nicht zufrieden“). Im Durchschnitt lag die Zufriedenheit mit dem Verhalten der Programmleiterinnen bei 1.22 ($S = .42$). Die einzelnen Programmbausteine wurden folgendermaßen beurteilt: „Schönheitsideal / Medien“: $M = 1.45$ ($S = .62$), „Ernährung“: $M = 1.69$ ($S = .64$), „Figur“: $M = 1.72$ ($S = .68$) und „Problemlösen“: $M = 1.71$ ($S = .82$). Die Zufriedenheit mit dem Programm insgesamt betrug im Mittel 1.47 ($S = .62$). Den Teilnehmerinnen wurde zudem die Frage gestellt, wie viel ihnen die Teilnahme an den verschiedenen Programmbausteinen persönlich gebracht hat (Skala von 1 = „sehr viel“ bis 5 = „sehr wenig“). Der persönliche Gewinn wurde am höchsten für den Programmbaustein „Problemlösen“ eingestuft ($M = 1.87$, $S = .92$), die Programmbausteine „Figur“ ($M = 1.94$, $S = .84$) und „Ernährung“ ($M = 1.97$, $S = .78$) wurden ähnlich hoch beurteilt, lediglich die Beurteilung des Gewinns durch den Programmbaustein „Schönheitsideal / Medien“ lag nur im durchschnittlichen Bereich ($M = 2.31$, $S = .86$).

Rückmeldung sechs Monate nach Teilnahme am Präventionsprogramm (Follow-up-Messzeitpunkt)

Sechs Monate nach Beendigung der Teilnahme am Programm wurden die Teilnehmerinnen gefragt, wie sie sich heute im Vergleich zum Beginn des Gruppenprogramms fühlten (Skala von 1 = „sehr viel schlechter“ bis 7 = „sehr viel besser“). Insgesamt fühlten sich die Teilnehmerinnen zum Follow-up-Messzeitpunkt im Vergleich zum Beginn des Programms im Durchschnitt „etwas besser“ bis „viel besser“ ($M = 5.14$, $S = 1.16$). Die Zufriedenheit mit ihrer Figur beurteilten sie im Schnitt mit „unverändert“ bis „etwas besser“ ($M = 4.76$, $S = 1.12$). In diesem Bereich lag auch die Einschätzung der Veränderung der Zufriedenheit mit dem Gewicht ($M = 4.69$, $S = 1.17$). Insgesamt beurteilten die Teilnehmerinnen ihr

Essverhalten heute im Vergleich zu dem Zeitpunkt vor der Teilnahme am Gruppenprogramm als „etwas besser“ bis „viel besser“ ($M = 5.14$, $S = .99$).

Rückmeldung zu den offenen Fragen zum Post- und Follow-up-Messzeitpunkt

Bei beiden Rückmeldefragebögen wurden die Teilnehmerinnen gebeten, auch frei formuliert Rückmeldung zu geben. Beim Rückmeldebogen zum Postmesszeitpunkt wurde gefragt, was ihnen gut oder weniger gut gefallen und was sich durch die Teilnahme am Programm bei ihnen verändert hatte. Zum Follow-up-Messzeitpunkt wurden die Teilnehmerinnen gebeten, mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm ihnen persönlich gebracht habe. Generell bildete sich bei den Antworten ein positiver Tenor ab. Besonders hoben die Teilnehmerinnen hervor, dass ihnen der Austausch in der Gruppe mit anderen Betroffenen sehr wichtig war sowie die Erkenntnis, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine darständen. Die einzelnen Programmbausteine wurden bei den Rückmeldungen individuell verschieden als hilfreich hervorgehoben. So wurden z.B. die Spiegelübung und das Ausfüllen der Ernährungsprotokolle von einigen Teilnehmerinnen als schwierig oder anstrengend beurteilt, aber vielfach auch als sehr gewinnbringend. Von mehreren Teilnehmerinnen wurde der Programmbaustein „Ernährung“ kritisch beurteilt, da sie schon vor der Teilnahme am Präventionsprogramm viel Wissen zu diesem Bereich besessen und so die gegebenen Informationen als redundant erachtet hätten. Häufiger wurde rückgemeldet, dass die Programmteilnehmerinnen sich für einzelne Bausteine oder für das Programm insgesamt mehr Zeit gewünscht hätten.

Die Antworten zu der Frage nach Veränderung zum Post-Messzeitpunkt und zur Frage nach dem persönlichen Gewinn zum Follow-up-Messzeitpunkt sind größtenteils als positiv zu bewerten. Insgesamt belegen diese Antworten, dass das Programm bei den Teilnehmerinnen Veränderungen bewirkt hat. Die Teilnehmerinnen gaben z.B. an, sich nun bewusster zu ernähren, sich bzw. ihren Körper / ihre Figur positiver zu bewerten und insgesamt selbstbewusster geworden zu sein. Es bilden sich also auch in der qualitativen Rückmeldung insgesamt positive Veränderungen im Ernährungsverhalten, in den Einstellungen zu Gewicht und Figur und im allgemeinen und körperlichen Selbstbewusstsein ab.

6 Diskussion

Ziel der Evaluation der Programmwirkung war die Überprüfung der aufgestellten Hypothesen zur Wirkweise des Präventionsprogramms. Die Ergebnisse werden im Folgenden nach Hypothesen getrennt zusammengefasst und bewertet. Im Weiteren folgt die Beurteilung der eingesetzten Methoden und die Diskussion zur Umsetzung der Programminhalte und formalen Vorgaben. Hier wird auch die Rückmeldung durch die Programmteilnehmerinnen mit einbezogen. Abschließend werden die Befunde in den Stand der Forschung zu bisherigen Programmen zur Prävention von Essstörungen eingeordnet.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

6.1.1 *Gruppenunterschiede im Essverhalten und in Einstellungen zu Gewicht und Figur*

Bezüglich des Essverhaltens und der Einstellung zu Gewicht und Figur wurde postuliert, dass sich die Werte auf den entsprechenden Skalen bei der Experimentalgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe von Prä- zu Posttest reduzieren. Die Ergebnisse belegen eine tatsächliche Reduktion der problematischen Verhaltensweisen und Einstellungen bei der Experimentalgruppe mit Ausnahme der Skala „Bulimie“ des EDI-2, bei der der Wert leicht gestiegen ist, aber noch im unteren Bereich zwischen nicht-essgestörten Kontrollpersonen und essgestörten Patientinnen lag. Entgegen der Erwartung bildeten sich die Reduktionen jedoch nicht signifikant gegenüber der Kontrollgruppe ab. In der Kontrollgruppe sind aber eher gleich bleibende oder auch gestiegene Werte auf den gemessenen Skalen zu beobachten.

Die Hypothese lässt sich mit den Ergebnissen nicht bestätigen, der Trend der gemessenen Werte weist jedoch in Richtung der Hypothese. Es kann vermutet werden, dass die Teilnahme am Präventionsprogramm über den relativ kurzen Zeitraum des Programms von zehn Wochen schon zu positiven, wenn auch noch nicht signifikanten Veränderungen führt, die sich im Langzeitverlauf noch festigen bzw. weiter verbessern. So könnte der Entwicklung einer vollausgeprägten Essstörung entgegengewirkt werden, während in der Kontroll-Warte-

gruppe die Verschlechterungen hinsichtlich des problematische Essverhalten und der Einstellungen zu Gewicht und Figur eher einen negativen Trend in Richtung Essstörungen andeuten.

6.1.2

Gruppenunterschiede im allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl

Es wurde erwartet, dass es durch die Teilnahme an dem Präventionsprogramm zu einer Verbesserung des allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühls kommt. Die Werte auf den gemessenen Skalen sollten sich bei der Experimentalgruppe von Prä- zu Posttest steigern, während die Werte in der Kontrollgruppe gleich bleiben oder sich verschlechtern. Insgesamt kann im Durchschnitt bei der Experimentalgruppe nach Teilnahme am Programm eine Steigerung der Werte und damit des allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühls beobachtet werden. Im Vergleich gegenüber der Kontrollgruppe zeigen sich die Interaktionen zwischen Gruppe und Messzeitpunkt bei den verschiedenen Skalen nicht signifikant, so dass die Hypothese nicht bestätigt werden kann.

Vor Teilnahme am Programm lagen die Werte in der EG und KG auf den beiden Skalen, die körperliche Attraktivität messen (SSES: „Attraktivität“ und SDQ-III-G: „Körperliche Attraktivität“), im niedrigen Bereich. Bei beiden zeigen die Werte Verbesserungen an, jedoch nur bei der SSES-Skala „Attraktivität“ bildet sich bei der ANOVA die Verbesserung auf dem (nicht Bonferoni-korrigierten) 5%-Niveau signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe ab. Dies lässt vermuten, dass die Skala des SSES sensibler auf kurzfristige Veränderungen im körperlichen Attraktivitätsgefühl reagiert. Somit kann in dem für die Ausbildung einer Essstörung am meisten mit Risiko behafteten Bereich des Selbstwertgefühls eine positive Veränderung durch die Teilnahme am Präventionsprogramm erreicht werden, auch wenn der Vergleich zur Kontrollgruppe nicht signifikant ist. Bei allen anderen Skalen wurden die berechneten Analysen vermutlich nicht signifikant, da sich in beiden Gruppen die schon im mittleren und damit unauffälligen Bereich liegenden Ausgangswerte stabil gehalten haben.

6.1.3 Gruppenunterschiede im Wissen

Bei der dritten Hypothese wurde angenommen, dass sich mit der Teilnahme am Präventionsprogramm das Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen signifikant gegenüber der Kontrollgruppe steigern lässt. Auch wenn der Wissenszuwachs in der EG größer ist als in der KG, hat sich bei der KG über den Zeitraum des Präventionsprogramms auch ein Wissenszuwachs ergeben, so dass die Wechselwirkung nicht signifikant wird.

Das Wissen über gesunde Ernährung und Essstörungen kann nach diesen Ergebnissen mit der Teilnahme am Präventionsprogramm gefördert werden. Der Wissenszuwachs in der KG lässt vermuten, dass sich jedoch auch diese Gruppe aufgrund der Teilnahme an der Studie und des Ausfüllens der Fragebogen mit dem Thema ‚Gesunde Ernährung und Essstörungen‘ beschäftigt hat.

6.1.4 Gruppenunterschiede in der grundsätzlichen psychischen Belastung

Es wurde postuliert, dass sich die grundsätzliche psychische Belastung durch die Teilnahme am Programm reduziert. Entgegen der Hypothese kam es jedoch in beiden Gruppen zu keinen signifikanten Veränderungen. Die grundsätzliche psychische Belastung hielt sich in beiden Gruppen im oberen Durchschnittsbereich bzw. leicht überdurchschnittlichen Bereich. Die Interpretation dieses Ergebnisses geht dahin, dass sich die allgemeine Veränderung der globalen psychischen Belastung noch nicht über den relativ kurzen Zeitraum des Programms abbilden lässt, dass hier ähnlich wie bei den Einstellungen zu Gewicht und Figur und dem problematischen Essverhalten sich eher langfristig Veränderungen abzeichnen werden.

6.1.5 Gruppenunterschiede bei der Annäherung des Wunsch-BMI zum BMI

Bei der fünften Hypothese wurde erwartet, dass sich der BMI nicht signifikant durch die Teilnahme am Präventionsprogramm verändert, jedoch der Wunsch-BMI sich erhöht und es damit zu einer Annäherung dieser beiden Werte kommt. Diese Hypothese kann bestätigt werden. Während sich in der KG der Wunsch-BMI verringert hat, ist er in der EG ange-

stiegen. Somit wurde die Diskrepanz zwischen BMI und Wunsch-BMI in der KG über den Zeitraum von Prä- zu Posttest vergrößert, d.h. der Wunsch nach weniger Gewicht ist stärker geworden. In der EG gaben die Teilnehmerinnen nach der Teilnahme am Programm im Durchschnitt einen höheren Wunsch-BMI an, der sich dem tatsächlichen BMI damit annähert. Die Ergebnisse können damit in die Richtung gedeutet werden, dass bei den Teilnehmerinnen des Präventionsprogramms die Akzeptanz des eigenen Gewichts gefördert werden konnte.

Insgesamt untermauern die Ergebnisse der Hauptstudie die bereits in der Pilotstudie gefundenen positiven Auswirkungen, die mit dem Präventionsprogramm erzielt werden können. Problematisches Essverhalten und negative Einstellungen zu Gewicht und Figur konnten in der Experimentalgruppe - wenn auch nicht signifikant gegenüber der Kontrollgruppe - reduziert werden. Es zeigte sich eine gesteigerte Einschätzung der eigenen (körperlichen) Attraktivität und eine bessere Akzeptanz des eigenen Gewichts nach der Teilnahme an dem Programm. Auch konnte ein Wissenszuwachs verzeichnet werden. Die allgemeine psychische Belastung hielt sich stabil. Insgesamt sind wie bei der Pilotstudie eher Tendenzen in Richtung der postulierten Hypothesen festzustellen. Die Festigung bzw. weitere positive Veränderung der Evaluationskriterien wird im Langzeitverlauf erwartet.

6.1.6

Langfristige Wirksamkeit des Programms

Es wurde prognostiziert, dass die Veränderungen, die von Prä- zu Postzeitpunkt postuliert wurden, auch über einen langfristigen Zeitraum von sechs Monaten erhalten bleiben. Größtenteils entsprechen die Ergebnisse den Erwartungen.

Mit der Teilnahme am Präventionsprogramm konnte eine langfristige Förderung des gesunden Essverhaltens und der positiven Einstellungen gegenüber der eigenen Figur und dem Gewicht erreicht werden. Von Posttest zum Follow-up- Messzeitpunkt sechs Monate nach Beendigung des Präventionsprogramms verbesserten sich auf allen diesbezüglichen Skalen sogar die Werte noch weiter. Einzige Ausnahme bilden hier die beiden Skalen „Restraint“ des EDE-Q und „Gezügelter Essverhalten“ des DEBQ, bei denen die Werte sechs Monate nach dem Posttest leicht angestiegen sind, aber immer noch unter den Werten liegen, die vor

Teilnahme am Programm zum Prä-Messzeitpunkt gemessen wurden. Für diese beiden Skalen und für die Skalen „Weight Concern“ des EDE-Q und „Bulimie“ des EDI-2 konnte kein signifikanter Zeiteffekt festgestellt werden; bei allen anderen Skalen war der Zeiteffekt auf der Ebene der univariaten Varianzanalysen signifikant. Auch liegen die Effektstärken für den Zeiteffekt bis auf für die Skalen „Restraint“ des EDE-Q und „Gezügeltes Essverhalten“ des DEBQ im mittelgroßen bis großen Bereich. Sehr positiv zu bewerten ist die klinisch bedeutsame Verbesserung der Werte auf den Skalen „Weight Concern“ und „Shape Concern“ des EDE-Q, auf der Skala „Schlankheitsstreben“ des EDI-2 und auf den Skalen des DEBQ hin zu unauffälligeren Bereichen. Obwohl der Wert auf der Skala „Unzufriedenheit mit der Figur“ des EDI-2 sich – vermutlich durch die Expositionsübungen – signifikant verbessert hat, lag er bei der Stichprobe immer noch in einem sehr hohen Bereich. Diese weiter bestehende Unzufriedenheit bei den Probandinnen könnte auch im Zusammenhang stehen mit den wieder etwas verstärkter aufgetretenen gezügelten Essverhaltensweisen (z.B. Diätversuchen) zum Follow-up-Messzeitpunkt. So wäre bei einer erneuten Durchführung des Programms ein Auffrischungstraining sechs Monate später eventuell sinnvoll, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken bzw. die Probandinnen weiter in ihrer Zufriedenheit mit der Figur zu fördern.

Insgesamt haben sich durch die Teilnahme an dem Präventionsprogramm und über den Zeitraum von sechs Monaten danach problematische Essverhaltensweisen reduziert und sich die Einstellungen gegenüber der eigenen Figur und dem Gewicht verbessert. Es bestätigt sich die Annahme, dass sich in diesem Bereich Veränderungen eher erst langfristig abzeichnen, d.h. dass die Teilnehmerinnen nach Beendigung des Programms noch Zeit brauchten, um neu erlernte Verhaltensweisen weiter umzusetzen, und sich die Einstellungen zu Gewicht und Figur damit auch langsam änderten.

Auch das allgemeine und körperliche Selbstwertgefühl konnte langfristig durch die Teilnahme am Präventionsprogramm verbessert werden. Signifikante Zeiteffekte und mittelgroße bis große Effektstärken finden sich für die Skala „Attraktivität“ der SSES (MANOVA und ANOVA) und die Skala „Körperliche Attraktivität“ des SDQ-III-G (ANOVA). Für die beiden Attraktivitäts-Skalen ergibt sich auch eine als klinisch bedeutsam zu wertende Verbesserung von niedrigen Werten hinein in den Durchschnittsbereich. Auch wenn der

Zeiteffekt für die anderen Skalen nicht signifikant ist, so bleiben alle Werte im mittleren Bereich, haben sich größtenteils auch verbessert, d.h. das Selbstwertgefühl in diesen Bereichen bleibt stabil durchschnittlich. Insgesamt wird die Hypothese bestätigt. Die Teilnahme am Präventionsprogramm hat wirksam das Selbstwertgefühl in Bezug auf Körper und Figur verbessert. Somit kann das Präventionsprogramm auf einen entscheidenden Risikofaktor bei der Entstehung von Essstörungen Einfluss nehmen.

Ziel der Studie war es auch, mit dem Präventionsprogramm das Wissen über gesunde Ernährung und über Essstörungen zu vermitteln und zu steigern. Es konnte im Langzeitverlauf ein signifikanter Zeiteffekt und eine große Effektstärke nachgewiesen und damit die Hypothese bestätigt werden. Im Zusammenhang mit der erreichten Förderung von gesunden Essverhaltensweisen und positiven Einstellungen und Selbstwertgefühl in Bezug auf Gewicht und Figur kann davon ausgegangen werden, dass das während des Trainingsprogramms erworbene Wissen zunehmend in das Handeln und Denken der Probandinnen integriert wurde. Es gab keinen Hinweis auf kontraproduktive Effekte durch die Wissensvermittlung.

Für die grundsätzliche psychische Belastung konnte im Langzeitverlauf eine Verringerung von einem Wert im oberen Durchschnittsbereich zum Prä-Messzeitpunkt zu einem Wert im mittleren Durchschnittsbereich zum Follow-up-Messzeitpunkt festgestellt werden. Der Zeiteffekt war hierbei nicht signifikant, der Trend zeigt aber dennoch eine Stabilisierung der ohnehin nur leicht erhöhten grundsätzlichen psychischen Belastung der Programmteilnehmerinnen in einem durchschnittlichen Bereich. Somit wird die Hypothese im Sinne der Prävention, durch die eine Stabilisierung angestrebt wird, als bestätigt angesehen.

Bei der Hypothese zur Veränderung des Wunsch-BMI in Richtung des tatsächlichen BMI konnte das Ergebnis aus dem Prä-/Posttest-Vergleich gefestigt werden. Im Langzeitverlauf bildet sich hier ein signifikanter Zeiteffekt für den Wunsch-BMI ab, der angestiegen ist, während der BMI im Durchschnitt gleich geblieben ist. Es zeigt sich also auch über einen längeren Zeitraum eine Annäherung des Wunsch-BMI an den tatsächlichen BMI, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Akzeptanz des eigenen Gewichts nach Teilnahme am Programm über sechs Monate hinweg weiter gestiegen ist. Hervorzuheben ist, dass die im Durchschnitt übergewichtigen Probandinnen dieser Stichprobe ihr Gewicht über den Zeit-

raum der Studie gehalten haben. Es ist also zu keiner weiteren Gewichtszunahme gekommen, was (auch medizinisch) als positiv zu werten ist. Eine Gewichtsabnahme wurde mit dem Präventionsprogramm nicht angestrebt. Die nach sechs Monaten zwar verbesserte, aber weiterhin bestehende Unzufriedenheit mit der Figur und der wieder leicht gesteigerte Einsatz von restriktiven Essverhaltensweisen lassen über eine Verknüpfung des Präventionsprogramms mit Gewichtsreduktionsprogrammen nachdenken. Hiermit könnte dann auch die von Pearson et al. (2002) geforderte Einbettung der Prävention von Essstörungen in den breiteren Bereich der Gesundheitsförderung erreicht werden.

Insgesamt bestätigt sich mit den Ergebnissen aus der Hauptstudie die langfristige Wirksamkeit des Programms. Es kann davon ausgegangen werden, dass das Präventionsprogramm einen effektiven Beitrag zur Verringerung von bestehenden essstörungsrelevanten Symptomen und damit zur Verhinderung einer vollausgeprägten Essstörung leistet.

6.2 Diskussion der Methodik

6.2.1 *Untersuchungsdesign*

Um die aufgestellten Hypothesen zu überprüfen, war die Studie in einem Prä-Posttest-Wartekontrollgruppen-Design mit einem Follow-up nach sechs Monaten angelegt. Durch die randomisierte Zuteilung zu Experimental- und Kontrollwartegruppe konnten systematische Unterschiede zwischen den Gruppen ausgeschlossen werden. Bei der Prä-Post-Untersuchung konnte mit Hilfe des Vergleichs zwischen EG und KG, die nicht am Präventionsprogramm teilgenommen hatte, festgestellt werden, ob Veränderungen in den Evaluationskriterien auf die Teilnahme am Programm zurückzuführen sind. Der Messzeitpunkt sechs Monate nach Beendigung des Präventionsprogramms gewährleistet ein Abbild der längerfristigen Veränderungen, die mit dem Präventionsprogramm erwirkt werden konnten. Hierbei wäre auch der weitere Vergleich mit der KG wünschenswert gewesen. Aus ethischen und praktischen Überlegungen heraus erschien es aber nicht sinnvoll, die KG über den Zeitraum des Präventionsprogramms von zehn Wochen hinaus noch ein halbes Jahr warten zu lassen. Zum einen erschien die Gefahr relativ groß, dass es während dieses Zeitraums zur Ausweitung der

prodromalen Symptomatik und damit zur Manifestation einer Essstörung gekommen wäre. Die Mädchen und jungen Frauen hätten dann nicht mehr am präventiven Programm teilnehmen können, sondern das Angebot einer Therapie bekommen. Zum anderen hätten nach einem zu langen Wartezeitraum eventuell viele Probandinnen aus verschiedenen anderen Gründen (z.B. durch Veränderung der Lebens- und Wohnsituation; Überdruß aufgrund der langen Wartezeit) nicht mehr für die Teilnahme am Programm zur Verfügung gestanden, wodurch sich die Stichprobengröße erheblich verkleinert hätte.

6.2.2 ***Evaluationsinstrumente***

Zur Stichprobenselektion wurden die zwei standardisierten Interviews EDE und Mini-Dips verwendet. Diese erwiesen sich als Methode der Wahl, da durch sie eindeutig das Vorliegen einer vollausgeprägten Essstörung oder einer anderen psychischen Störung ausgeschlossen werden konnte und sich mit dem EDE deutlich eine subklinische Belastung der Probandinnen zeigen ließ. So gelang mit diesen beiden Messinstrumenten eine genaue Indikationsstellung für Probandinnen für die Teilnahme am Präventionsprogramm. Nachteilig bei diesen Verfahren ist lediglich der relativ hohe Zeitaufwand. Dieser scheint jedoch gerechtfertigt, da mit einer ausschließlichen Erhebung von Selbstbeurteilungs-Fragebögen aufgrund von fehlenden Cut-off-Werten keine eindeutige Zuteilung zu dem Präventionsprogramm hätte getroffen werden können.

Die erhobene Fragebogenbatterie zum Prä-, Post- und Follow-up-Messzeitpunkt erwies sich als effektiv und ökonomisch zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen, d.h. zur Ermittlung von Veränderungen in den Evaluationskriterien durch die Teilnahme an dem Präventionsprogramm. Die Formulierungen in den Fragebogen waren für alle Probandinnen verständlich und auch der Umfang der Fragebogenbatterie mit einem Zeitaufwand beim Ausfüllen von 45-60 Minuten war laut mündlicher Rückmeldung der Probandinnen nicht zu groß. Bei der Durchsicht der ausgefüllten Fragebogen konnten keine „Musterkreuzungen“ oder paradoxe Ergebnisse festgestellt werden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass alle Probandinnen die Fragebogen gewissenhaft ausgefüllt haben.

Zur Evaluation der Veränderung beim Essverhalten und bei den Einstellungen zu Gewicht und Figur wurden die Fragebogen EDE-Q, DEBQ und EDI-2 eingesetzt. Mit den Skalen dieser Fragebogen konnte die Bandbreite auffälligen Verhaltens und kritischer Einstellungen für die Entwicklung einer Essstörung abgedeckt werden. Insbesondere mit dem EDE-Q ließen sich mit einem Selbstbeurteilungs-Maß die Ergebnisse aus dem standardisierten Interview EDE bestätigen. Nachteilig zu bemerken ist, dass zum Zeitpunkt der Studie für die betreffenden Fragebogen keine Cut-off-Werte für subklinische Gruppen existierten, für den DEBQ auch keine Vergleichsstichproben. Für den EDI-2 und den EDE-Q lagen Vergleichsstichproben nicht-essgestörter Personen und von Essstörungspatienten vor, so dass hier eine Einordnung der bei der Studie gemessenen Werte erfolgen konnte.

Mit der SSES und dem SDQ-III-G wurden Veränderungen im allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl gemessen. Mithilfe dieser Instrumente konnte klar eine Beeinträchtigung des körperlichen Selbstwertgefühls vor Teilnahme am Programm abgebildet werden. Bei der SSES, die kurzfristige Veränderungen im Selbstwerterleben erfasst, konnte schon über den relativ kurzen Zeitraum des Präventionsprogramms eine signifikant positive Veränderung bei der EG im Bereich „Attraktivität“ festgestellt werden, beim SDQ-III-G bildeten sich die Veränderungen im körperlichen Selbstwertgefühl erst über den Langzeitverlauf ab. Dies belegt die höhere Sensitivität für kurzfristige Veränderungen bei der SSES. Kritisch zu beurteilen sind bei diesen Verfahren aber auch die fehlenden Cut-off-Werte für subklinische und klinische Gruppen sowie Norm- und Vergleichsgruppen bei Essstörungen.

Auf der Ebene der allgemeinen psychischen Symptombelastung konnte mit dem GSI ein Generalfaktor gemessen und Veränderungen in diesem festgestellt werden. Damit konnten zum einen die Ergebnisse aus dem Mini-Dips untermauert werden, d.h. das fehlende Vorliegen einer anderen psychischen Erkrankung, zum anderen die Einordnung der Stichprobe in einen subklinischen Bereich. Bei einer klinisch relevanten Essstörung wäre die allgemeine psychische Belastung in einem höheren, überdurchschnittlichen Bereich zu erwarten gewesen.

Mit dem Wissensfragebogen, dessen Fragen sich nah an den in dem Präventionsprogramm vermittelten Inhalten orientieren, konnte im Langzeitverlauf gut eine Zunahme im Wissen abgebildet werden. Dies bestätigt die Kriteriumsorientierung des Tests.

Über die Länge des Programms füllten die Teilnehmerinnen Ernährungsprotokolle aus, zu denen ihnen in jeder Sitzung Rückmeldung gegeben wurde. Subjektiv zeigten sich hier Verbesserungen im Essverhalten. Eine Vergabe und objektive, standardisierte Auswertung von Ernährungsprotokollen zum Prä-, Post- und Follow-up-Messzeitpunkt hätte eine optimale Ergänzung zu den Selbstbeurteilungsfragebögen dargestellt. Es wäre damit ein Verhaltensmaß erhoben worden. Der organisatorische Aufwand hierfür überstieg jedoch die vorhandenen Kapazitäten bei dieser Studie, so dass dies nicht zu realisieren war.

6.2.3 Stichprobe

Durch Stichprobenrekrutierung und -selektion konnte für die Hauptstudie eine Stichprobe von 38 Mädchen und jungen Frauen gewonnen werden. Die Rekrutierung und Selektion gestaltete sich sehr zeitaufwändig und umfangreich. Für die gesamte Studie (Pilot- und Hauptstudie) wurden 72 diagnostische Erstgespräche geführt. Von diesen Personen nahmen nach den Selektionsgesprächen insgesamt 28 (fast 39%) aufgrund von Therapieempfehlungen oder aus eigener Entscheidung heraus nicht am Präventionsprogramm teil. Obwohl der hohe Organisations- und Zeitaufwand augenscheinlich gegen eine solche Stichprobenrekrutierung und -selektion sprechen, konnte damit eine sehr homogene Stichprobe von Teilnehmerinnen erreicht werden, die alle sehr motiviert waren. Die geringe Drop-out-Rate (zwei Teilnehmerinnen) während der Teilnahme am Programm spricht für das gewählte Vorgehen.

Die Stichprobe entsprach insgesamt den Erwartungen für die Zielgruppe des Präventionsprogramms. Durch standardisierte Interviews und Selbstbeurteilungsfragebogen konnten bei allen Teilnehmerinnen erhöhte, aber nicht klinisch relevante Werte in dem problematischen Essverhalten, den Einstellungen zu Gewicht und Figur und dem körperbezogenen Selbstwertgefühl festgestellt werden. Somit konnte die vorliegende Stichprobe als Risikogruppe für die Entwicklung von Essstörungen klassifiziert werden.

Es gelang eine relativ gleich große Aufteilung der Stichprobe in die zwei Altersbereiche 12-15 Jahre und 16-25 Jahre. Bei der Durchführung des Präventionsprogramms wurde von den Programmleiterinnen subjektiv eine etwas geringere Motivation bei der jüngeren Altersgruppe wahrgenommen, die Teilnehmerinnen verhielten sich etwas passiver und weniger engagiert als die Teilnehmerinnen der älteren Gruppe. Dies entspricht der bei Stice und Shaw (2004) beschriebenen klinischen Erfahrung, dass jüngere Adoleszente (unter 15 Jahren) häufig unmotivierter erscheinen und über eine geringere Einsicht in problematische Verhaltensweisen und Einstellungen verfügen. Stice und Shaw (2004) erklären dies damit, dass sich bei ihnen abstrakte Denkfähigkeiten noch entwickeln, so dass die Möglichkeiten, von Interventionen zu profitieren, eingeschränkt sind. Trotz der wahrgenommenen geringeren Motivation schienen jedoch in dieser Stichprobe auch die jüngeren Teilnehmerinnen ausreichend zu profitieren. Eine Betrachtung der Werte auf den gemessenen Skalen zu den verschiedenen Messzeitpunkten getrennt nach den zwei Altersgruppen ergab keine auffälligen Unterschiede. Eine getrennte statistische Auswertung wurde nicht durchgeführt, da hierzu der jeweilige Stichprobenumfang zu klein und die Wahrscheinlichkeit signifikanter Ergebnisse damit zu gering war.

6.3

Diskussion zur Programmumsetzung

Im Folgenden werden die Erfahrungen mit der Umsetzung des Präventionsprogramms diskutiert. Hierbei wird auf formale und inhaltliche Aspekte bei der Durchführung des Programms sowie auf die Bewertung durch die Programmteilnehmerinnen eingegangen.

Die Durchführung des Präventionsprogramms über einen Zeitraum von zehn Wochen mit wöchentlichen Sitzungen à 90 Minuten erwies sich als angemessen. Diese längere Interventionsdauer ermöglichte es den Teilnehmerinnen, ein gutes Vertrauensverhältnis untereinander aufzubauen. Die Programmleiterinnen konnten beobachten, dass sich die Teilnehmerinnen über den Verlauf der Sitzungen hinweg immer mehr öffneten und persönliche Anliegen und Erfahrungen in die Diskussion einbrachten. Die Teilnehmerinnen bestätigten dies in ihren Rückmeldungen; die Erfahrung, sich mit anderen Betroffenen ohne Vorbehalte austauschen zu können, wurde in der qualitativen Rückmeldung häufig positiv hervorgehoben. Die Länge der einzelnen Sitzungen war mit 90 Minuten optimal, für diesen Zeitraum reichte die

Konzentrationsspanne auch der jüngeren Teilnehmerinnen aus und er ermöglichte eine ausreichend intensive Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Thema der Sitzung. Durch die Verteilung der Sitzungen auf einen wöchentlichen Abstand konnten – im Gegensatz zu einem Präventionsprogramm, das en bloc durchgeführt wird – Hausaufgaben vereinbart werden, mit denen die Teilnehmerinnen das in den Sitzungen Erarbeitete im Alltag einüben und trainieren konnten. Somit wurden Verhaltensänderungen gut gefördert.

Die Gruppengröße von fünf bis sechs Teilnehmerinnen zeigte sich als optimal für den Erfahrungsaustausch untereinander und die Erarbeitung der verschiedenen Themen in der Gruppe. Bei dieser Gruppengröße stand ausreichend Zeit für individuelle Belange jeder Teilnehmerin zur Verfügung. Durch die personelle Besetzung bei der Programmdurchführung mit zwei Gruppenleiterinnen war eine Aufteilung der Gruppe und somit ein intensiveres individuelles Arbeiten möglich. So konnten Einzelinterventionen (z.B. die Spiegelexposition) in der Gruppe durchgeführt werden und Ernährungsprotokolle und individuelle Problemsituationen eingehender bearbeitet werden.

Inhaltlich erwies es sich wie auch schon bei dem primären Präventionsprogramm (Dannigkeit & Köster, 2000; Dannigkeit, Köster & Tuschen-Caffier, 2002; Köster, Dannigkeit & Tuschen-Caffier, 2001) als günstig mit dem Themenkomplex „Schönheitsideal“ zu beginnen. Dieses durch die Medien sehr präsente Thema bietet einen guten Einstieg in die Programminhalte. Durch den Aufbau des Vertrauensverhältnisses bei diesem generellen soziokulturellen Thema wurde der Übergang zu persönlicheren Themen und individuellen Interventionen erleichtert. Bei der Evaluation der Programmausführung mit Hilfe der Pilotstudie waren sowohl von den Programmteilnehmerinnen als auch von den Programmleiterinnen die kognitiven Interventionen zum Schönheitsideal als zu ausführlich beurteilt worden. Eine redundante Übung wurde aus diesem Programmbaustein in der Hauptstudie herausgenommen und die Vermittlung und Erarbeitung des Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell von Essstörungen wurde in die zweite Sitzung vorgezogen. So ergab sich in der Hauptstudie eine konzentriertere Beschäftigung mit dem Thema „Schönheitsideal“ und das umfassende Verständnis für Risikofaktoren und Auswirkungen von Essstörungen konnte schon zu Anfang des Programms besser gefördert werden.

Beim zweiten Programmbaustein setzten sich die Teilnehmerinnen sehr intensiv mit Vorgaben zu einem gesunden Essverhalten auseinander und wurden angeleitet, Ernährungsprotokolle zu schreiben. Beim Ausfüllen zeigten alle Teilnehmerinnen eine gute Compliance. Sie bewerteten das Protokollschreiben zwar häufig als anstrengend, aber insgesamt als gewinnbringend. Bei der Auswertung der Protokolle konnten positive Veränderungen des Essverhaltens im Verlauf des Präventionsprogramms festgestellt werden. Im Gegensatz zur Pilotstudie wurde bei der Hauptstudie für die Vermittlung von Informationen zum gesunden Essverhalten keine externe Ernährungsberaterin mit einbezogen; vielmehr wurde der Programmbaustein in alleiniger Verantwortung der Programmleiterinnen durchgeführt. Diese Veränderung wird als positiv beurteilt, da die Teilnehmerinnen sich im Vergleich zur Pilotstudie mehr öffneten und eine stärkere Partizipation zeigten.

Die Spiegelexpositionen beim dritten Programmbaustein waren für die Teilnehmerinnen zunächst mit hoher Überwindung verbunden. Es gelang aber mit allen Teilnehmerinnen durch den vorherigen Aufbau eines guten Vertrauensverhältnisses, diese Übungen durchzuführen. Die Beobachtungen bei diesen Übungen sowie die Ergebnisse in den Evaluationskriterien bestätigen, dass mit diesen Spiegelkonfrontationen körperbezogene Kognitionen und das Selbstwertgefühl verbessert werden konnten.

Am höchsten wurde der persönliche Gewinn von den Teilnehmerinnen für den vierten Programmbaustein „Problemlösen“ eingestuft. Anhand von spezifischen individuellen Situationen konnten die Programmt Teilnehmerinnen alternative Verhaltensstrategien im Umgang mit essens- und figurbezogenen Problemsituationen einüben und trainieren. Für die Teilnehmerinnen waren diese Übungen mit starker emotionaler Beteiligung verbunden. Auch hier erlebten die Mädchen und jungen Frauen die Gruppenatmosphäre und Rückmeldungen durch die anderen als vertrauensvoll und hilfreich. Die Teilnahme an diesem Programmbaustein scheint bei Betrachtung der quantitativen und qualitativen Befunde die Selbstwirksamkeitserwartung im Hinblick auf Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten gesteigert zu haben.

6.4

Einordnung der Befunde in den Forschungsstand

In Kapitel 1.3.2 wurden bisher veröffentlichte Studien zur Evaluation von Präventionsprogrammen vorgestellt. Zum Zeitpunkt des Beginns der vorliegenden Studie lagen nur sehr wenige Veröffentlichungen zur indizierten Prävention von Essstörungen vor (Latzer & Shatz, 1999; Piran 1999a und 1999b). Beide Studien beinhalteten keine systematische Evaluation. Die wissenschaftliche Evaluation des neu entwickelten Programms zur indizierten Prävention von Essstörungen mit standardisierten Evaluationsinstrumenten, einem Wartekontrollgruppen-Design und einem Follow-up nach sechs Monaten stellt somit ein Novum dar.

Anders als bei den oben genannten Programmen erfolgte die Rekrutierung der Teilnehmerinnen nicht aus einer bestehenden Population heraus (Ballettschule, Kibbutz), sondern über die freiwillige Meldung von Interessierten nach öffentlicher Information über das Angebot des Präventionsprogramms. Von Vorteil bei diesem Vorgehen – im Gegensatz zu einer durch Studienleiter festgelegten Zuteilung zu einem Präventionsprogramm – ist, dass von einer höheren Motivation der Teilnehmerinnen ausgegangen werden kann. Die Selektion der Teilnehmerinnen wurde ähnlich wie bei den bereits veröffentlichten Studien über strukturierte klinische Interviews durchgeführt. Da bisher keine allgemeingültigen Kriterien für die Definition einer Risikogruppe für Essstörungen existieren, ist das klinische Urteil mit Hilfe der strukturierten Interviews als das Mittel der Wahl zu beurteilen. Wie bei den bisherigen Studien konnten bei der vorliegenden Studie damit Risikoverhaltensweisen und -einstellungen festgestellt und das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Essstörung oder anderen psychischen Störung ausgeschlossen werden.

Im Gegensatz zu den bisherigen Studien wurde bei dem vorliegenden Präventionsprogramm die Intervention in der Gruppe anhand eines Manuals durchgeführt. Bei den Programmen von Latzer & Shatz (1999) und Piran (1999a; 1999b) wurden eher individuelle Interventionen durchgeführt, es gab keine exakt festgelegte Programmabfolge bzw. -inhalte. Auch wurden die festgestellten Veränderungen nicht mithilfe einer Kontrollgruppe überprüft. Die vorliegende Studie bietet hier den Vorteil, dass Veränderungen in der Experi-

mentalgruppe deutlich auf die Teilnahme an dem standardisierten Präventionsprogramm zurückzuführen sind.

Bezüglich der Ergebnisse reiht sich die Studie in bisherige Forschungsergebnisse zu Präventionsprogrammen der dritten Generation (Stice & Shaw, 2004, siehe Kap. 1.3.2.1) ein. Diese Programme orientieren sich – wie das vorliegende indizierte Präventionsprogramm – inhaltlich an nachgewiesenen Risikofaktoren bei der Entstehung von Essstörungen und haben einen interaktiven Ansatz. Wie bei den Studien, die Stice & Shaw (2004) dieser Generation zugeordnet haben, konnte bei dieser Studie nicht nur ein Wissenszuwachs verzeichnet werden - wie bei den meisten Programmen der ersten und zweiten Generation -, sondern auch eine positive Veränderung von essstörungsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen. Insbesondere gab es keinen Anhalt für kontraproduktive Effekte, wie sie bei den Studien von Carter, Stewart, Dunn & Fairburn (1997) und Mann et al. (1997) festgestellt wurden. Es bestätigt sich somit, dass Präventionsprogramme, die ein interaktives und kognitiv-behaviorales Format haben, zu besseren Interventionseffekten führen und so die Ausbildung einer manifesten Essstörung verhindert werden kann.

7**Fazit und Ausblick**

Ziel der Studie war es, ein indiziertes Präventionsprogramm, das der Ausweitung einer bereits bestehenden subklinischen Essstörungssymptomatik bei Mädchen und jungen Frauen entgegen wirkt, zu entwickeln und zu evaluieren. Die Studie folgte den von Mittag und Jerusalem (1997) spezifizierten Evaluationsaufgaben für gesundheitspsychologische Interventionsprogramme. So unterteilt sich die Studie in drei Phasen: Evaluation der Programmkonzeption, Evaluation der Programmdurchführung (Pilotstudie) und Evaluation der Programmwirksamkeit (Hauptstudie).

In der ersten Phase, der Evaluation der Programmkonzeption, erfolgte die Problembestimmung und die Feststellung des Programmbedarfs anhand der Betrachtung und Zusammenfassung des derzeitigen Forschungsstands zu Essstörungen und ihrer Prävention. Deutlich wurde hierbei, dass subklinische Formen von Essstörungen immer häufiger und früher auftreten und bei diagnostizierten Essstörungen die Therapieerfolge eher begrenzt sind. Somit war die Entwicklung eines indizierten Präventionsprogramms, das der Ausweitung der Symptomatik entgegenwirkt, sinnvoll. Bei der Durchführung der Studie wurden Forderungen bzw. Empfehlungen berücksichtigt, die von verschiedenen Autoren (Austin, 2000; Franko & Orosan-Weine, 1998; Levine & Piran, 2001; Pearson et al., 2002) nach der Durchsicht von bisherigen Studien zur Prävention von Essstörungen aufgestellt wurden. Die Studie entspricht weitestgehend diesen Forderungen. Bei der Konzeption des Präventionsprogramms wurde eine inhaltliche Orientierung am aktuellen Stand der empirischen Risikoforschung zu Essstörungen realisiert. Es wurde ein interaktives, kognitiv-behaviorales Format festgelegt, das bei vorherigen Studien im Gegensatz zu früheren eher didaktischen und psychoedukativen Formaten zu besseren Interventionseffekten geführt hatte. Bei der Evaluation wurde der Forderung nach einer möglichst stringenten methodischen Vorgehensweise entsprochen. Mit standardisierten Evaluationsinstrumenten, einem Wartekontrollgruppen-Design mit der randomisierten Zuteilung der Probandinnen zu den Untersuchungsgruppen, einer Follow-up- Erhebung nach sechs Monaten und der Standardisierung des Präventionsprogramms in Manualform konnte eine klare methodische Fundierung erreicht werden.

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde die Programmdurchführung an einer kleinen Stichprobe evaluiert (Phase II). Es wurde festgestellt, dass die Programmdurchführung weitestgehend mit der Konzeption und den Zielen des Programms übereinstimmte. Basierend auf den Rückmeldungen der Programmteilnehmerinnen und den Erfahrungen der Programmleiterinnen wurden einige Veränderungen an Programmablauf und -durchführung zur Optimierung der Programmausführung vorgenommen. Die Ergebnisse der Pilotstudie wiesen in die Richtung, dass mit dem Programm die intendierte Zielgruppe gut erreicht werden konnte. Es gelang, bestehende risikobehaftete Einstellungs- und Verhaltensmaße mit dem Programm positiv zu beeinflussen, so dass die Programmleistung als gut beurteilt wurde und die notwendigen Voraussetzungen zur anschließenden Evaluation der Programmwirkung gegeben waren.

In Phase III wurde das indizierte Präventionsprogramm an einer vergrößerten Stichprobe von Mädchen und jungen Frauen mit dem Ziel der Bewertung der Programmwirkung evaluiert. Während beim Post-Messzeitpunkt direkt nach Beendigung des Präventionsprogramms die Hypothesen nur bei einigen Skalen oder in der Tendenz bestätigt werden konnten, zeigten sich im Langzeitverlauf eindeutige Verbesserungen im Essverhalten und in den Einstellungen zu Gewicht und Figur, im allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl und im Wissen über Essstörungen und über gesunde Ernährung. Insgesamt ist es also gelungen, sechs Monate nach der Teilnahme am Programm die Ausbildung einer manifesten Essstörung zu verhindern und die Teilnehmerinnen insgesamt in ihrem Wohlbefinden zu stabilisieren und persönliche Ressourcen zu fördern.

Auf der Basis der gefundenen Programmwirkung des Präventionsprogramms wäre es denkbar, das Programm weiter zu evaluieren. Hierbei könnten methodische Schwächen, die die Studie aufgrund ihrer organisatorischen Beschränkungen aufweist, berücksichtigt und verbessert werden. So sollte bei einer erneuten Evaluation auch zum Follow-up-Messzeitpunkt eine Kontrollgruppe zur Verfügung stehen, damit die gefundenen Effekte eindeutiger auf die Teilnahme am Präventionsprogramm zurückzuführen wären bzw. Störfaktoren weiter ausgeschlossen werden. Unter Berücksichtigung der sehr langfristigen Entwicklungszeiten von Essstörungen wären weitere Follow-up-Erhebungen nach längeren Zeiträumen sinnvoll,

um eventuell auch den Bedarf an Auffrischungstrainings festzustellen. Insgesamt wäre eine weitere Vergrößerung der Stichprobe wünschenswert. So könnten die aufgestellten Hypothesen getrennt nach Altersbereichen überprüft werden. Sinnvoll wäre auch eine, wie von Franko und Orosan-Weine (1998) vorgeschlagene, systematische Variation von Programmkomponenten zur differenzierten Überprüfung ihrer Wirksamkeit. Zur Erreichung einer größeren Stichprobe wäre ein Screening an einer großen Gruppe von jugendlichen Mädchen und jungen Frauen (z.B. an Schulen) und das darauf folgende Angebot der Teilnahme am Präventionsprogramm für besonders risikobehaftete Gruppen denkbar. Auch könnte eine Ausweitung des Präventionsprogramms für männliche Teilnehmer möglich sein. Bei den Evaluationskriterien wäre eine systematische, quantifizierbare Auswertung der Ernährungsprotokolle zusätzlich hilfreich, um Verhaltensmaße zu erheben.

Mit der vorliegenden Studie konnte der Bedarf an präventiven Maßnahmen für Essstörungen festgestellt werden und die Evaluation zeigte die positive Wirkung des Präventionsprogramms bei der Verhinderung der Entwicklung von subklinischen zu vollausgeprägten Essstörungen, die bisher nur schwierig und häufig sehr kostenintensiv zu behandeln sind. So wird die Maxime „Vorbeugen ist besser als Heilen“ (siehe Röhrle, 1999) in ihren verschiedenen Facetten bestätigt. Eine Verzahnung von primären, selektiven und indizierten Präventionsprogrammen für Essstörungen wäre wünschenswert, um Chronifizierungen von Essstörungen und komorbide Folgeerkrankungen zu verhindern. Wichtig für Mädchen und junge Frauen mit ersten Anzeichen von Essstörungen sind kontinuierliche Ansprechemöglichkeiten. Das indizierte Präventionsprogramm stellt dafür bei Einbettung in ein vernetztes Gesundheitssystem mit dem Primärziel der Gesundheits- und Ressourcenförderung einen wichtigen Baustein dar. Daher ist auf die Verbreitung und Anwendung des Programms in psychotherapeutischen Praxen und Ambulanzen, Beratungsstellen, Jugendhilfeeinrichtungen und Schulen zu hoffen.

Literatur

- Agras, W.S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 371–379.
- Alpers, G. & Tuschen-Caffier, B. (2001). Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 2, 339–352.
- Alvir, J.M.J., Schooler, N.R., Borenstein, M.T., Woerner, M.G., & Kane, J.M. (1988). The reliability of a shortened version of the SCL-90-R. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 242–246.
- Andersen, A.E. (2002). Eating disorders in males. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 188–192). New York: The Guilford Press.
- Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F. & Strauß, B. (2002). Risiken oft verharmlost. Essstörungen sollten nicht auf die leichte Schulter genommen werden. *Klinikmagazin*, 3. [<http://www.med.uni-jena.de/klinikmagazin/archiv/km302/kmonline/diagnostik.htm>]
- Austin, S.B. (2000). Prevention research in eating disorders: theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30, 1249–1262.
- Baranowski, M.J. & Hetherington, M.M. (2001). Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 119–124.
- Bearman, S.K., Stice, E., & Chase, A. (2003). Effects of body dissatisfaction on depressive and bulimic symptoms: A longitudinal experiment. *Behavior Therapy*, 34, 277–293.
- Bortz (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Braun, D.L., Sunday, S.R., & Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 6, 859–867.
- Broberg, A.G., Hjalms, I., & Nevenon, L. (2001). Eating Disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9, 381–396.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 14, 187–194.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Buddeberg-Fischer, B. (2000). *Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen*. Stuttgart: Schattauer.
- Buddeberg-Fischer, B. & Reed, V. (2001). Prevention of disturbed eating behavior: An intervention program in swiss high school classes. *Eating Disorders*, 9, 109–124.
- Bushnell, J.A., Wells, J.E., Hornblow, A.R., Oakley-Browne, M.A., & Joyce, P. (1990). Prevalence of three bulimic syndromes in the general population. *Psychological Medicine*, 20, 671–680.
- Butters, J.W. & Cash, T.F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 889–897.
- Byely, L., Archibald, A.B., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155–164.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Behavioral Publications.
- Carter, J.C., Stewart, D.A., & Fairburn, C.G. (1998). Primary prevention of eating disorders: The dilemma and its denial. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 6, 213–215.

- Carter, J.C., Stewart, D.A., Dunn, V.J., & Fairburn, C.G. (1997). Primary prevention of eating disorders: Might is do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167–172.
- Casper, R.C. & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 338–342.
- Celio, A.A., Winzelberg, A., Taylor, C.B., Wilfley, D.E., Eppstein-Herald, D., Springer, E.A., & Dev, P. (2000). Reducing risk factors for eating disorders. Comparison of an internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 650–657.
- Chase, A.K. (2001). Eating disorder prevention: An intervention for at risk college women. *Dissertation Abstracts International*, 62 (3), 1568B.
- Ciliska, D., Beyers, J., Vohra, J., & McVey, G. (2001). *The effectiveness of primary prevention of eating disorders*. Prepared for the effective public health practice project for the Public Health Branch, Ontario Ministry of Health.
- Cohen (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohn, L. & Maine, M. (1998). More harm than good. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 6, 93–95.
- Cooper, P.J. & Steere, J. (1995). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: implications for models of maintenance. *Behavior Research and Therapy*, 33, 875–885.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Crago, M., Shisslak, C.M., & Ruble, A. (2001). Protective factors in the development of eating disorders. In R.H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating Disorders: Innovative directions in research and practice* (pp.75–89). Washington, DC: APA.
- Crow, S.J., Agras, W.S., Halmi, K. Mitchell, J.E., & Kraemer, H.C. (2002). Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: A multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 309–318.
- Crowther, J.H., Kichler, J.C., Sherwood, N.E., & Kuhnert, M.E. (2002). The role of familial factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10, 141–151.
- Dalle Grave, R.D., De Luca, L., & Campello, G. (2001). Middle school primary prevention program for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders*, 9, 327–337.
- Dannigkeit, N. (2005). Wie wirksam ist die Prävention von Essstörungen langfristig?: Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms an Schulen. Dissertation an der Universität Bielefeld. [<http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2005/728/>]
- Dannigkeit, N. & Köster, G. (2000). *Prävention von Essstörungen –Ein Trainingsprogramm*. Marburg: Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg.
- Dannigkeit, N., Köster, G. & Tuschen-Caffier, B. (2002). Prävention von Essstörungen – Ein Trainingsprogramm für Schulen –. In B. Röhrle (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung (Band 2)*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Dannigkeit, N., Köster, G. & Tuschen-Caffier, B. (2007). *Prävention von Essstörungen. Ein Trainingsprogramm zum Einsatz an Schulen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, Administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.
- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R : Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (1998). Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft zur Therapie der Adipositas. *Adipositas*, 8, 5–28.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Drewnowski, A., Yee, D.K., Kurth, C.L., & Krahn, D.D. (1994). Eating pathology and DSM-III-R bulimia nervosa: a continuum of behavior. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1217–1219.
- Dworkin, S.H. & Kerr, B. A. (1987). Comparison of interventions for women experiencing body image problems. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 136–140.
- Edwards, D.W., Yarvis, R.M., Mueller, D.P., Zingale, H.C., & Wagman, W.J. (1978). Test-taking and the stability of adjustment scales. Can we assess patient deterioration? *Evaluation Quarterly*, 2, 275–291.
- Fairburn, C.G. (1993). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (353–378). Washington: American Psychiatric Press.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report-questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge Eating. Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659–665.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H., & Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468–476.
- Fairburn, C.G., Doll, H.A., Welch, S.L., Hay, P.J., Davies, B.A., & O'Connor, M.E. (1998). Risk factors for binge-eating disorder: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425–432.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S., Solomon, R., O'Connor, M., Burton, J., & Hope, R.C. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463–469.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. Long-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419–428.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assesment, and treatment* (pp.361–404). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A., & Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304–312.
- Fairburn, C.G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1–13.
- Fairburn, C.G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P.A., & O'Connor, M.E. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 103–109.

- Fairburn, C.G. & Walsh, B.T. (2002). Atypical eating disorders (Eating disorder not otherwise specified). In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 171–177). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A., & O'Connor, M.E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509–517.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1997). Six year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361–384.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359–385.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., & Gnutzmann, A. (1998). Binge eating disorder: Treatment outcome over a 6-year course. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 385–405.
- Fiegenbaum, W. & Tuschen, B. (1996). Reizkonfrontation. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd.1). Berlin: Springer.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa: No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 464–471.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis –Deutsche Version– Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, D.L. (1998). Secondary prevention of eating disorders in college women at risk. *Eating Disorders*, 6, 29–40.
- Franke, D.L. & Omori, M. (1999). Subclinical eating disorders in adolescent women: a test of the continuity hypothesis and its psychological correlates. *Journal of Adolescence*, 22, 389–396.
- Franke, D. & Orosan-Weine, P. (1998). The prevention of eating disorders: Empirical, methodological and conceptual considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 459–477.
- Franzen, S. & Florin, I. (1995). Familiäre Transmission von gezügeltem Eßverhalten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 65–69.
- Friedman, S.S. (1998). Girls in the 90s: A gender-based model for eating disorders prevention. *Patient Education and Counseling*, 33, 217–224.
- Fulkerson, J.A., Keel, P.K., Leon, G.R., & Dorr, T. (1999). Eating disordered behaviors and personality characteristics of high school athletes and nonathletes. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 73–79.
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *Journal of Psychology*, 136, 581–597.
- Garner, D.M. (1991). *The Eating Disorder Inventory-2*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1979). The eating attitudes test: An index of symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273–279.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E., Eds. (1985). *Handbook of psychotherapy for anorexia and bulimia nervosa*. New York: Guilford Press.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483–491.
- Garner, D.M., Olmstead, M., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.

- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioural and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37–46.
- Ghaderi, A. (2001). Review of risk factors for eating disorders: Implications for primary prevention and cognitive behavioural therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30, 57-74.
- Graff Low, K., Charanasomboon, S., Brown, C., Hiltunen, G., Long, K., Reinhalter, K., & Jones, H. (2003). Internalization of the thin ideal, weight and body image concerns. *Social Behavior and Personality*, 31, 81–90.
- Griffiths, J.A. & McCabe, M.P. (2000). The influence of significant others on disordered eating and body dissatisfaction among early adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 8, 301–314.
- Grilo, C.M. (2002). Binge Eating Disorder. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 178–182). New York: The Guilford Press.
- Grilo, C.M. & Wilson G.T. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 317–322.
- Groesz, L.M., Levine, M.P., & Murnen, S.K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1–16.
- Grunert, S. (1989). Ein Inventar zur Erfassung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten. *Diagnostica*, 35, 167–179.
- Guest, T. (2000). Using the Eating Disorder Examination in the assessment of bulimia and anorexia: Issues of reliability and validity. *Social Work in Health Care*, 31, 71–83.
- Haberman, S. & Luffey, D. (1998). Weighting in college students' diet and exercise behaviors. *Journal of American College Health*, 46, 189–191.
- Häcker, H. & Stapf, K.H. (Hrsg.) (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber. (13. Aufl.).
- Hardt, J. (2005). Was heißt Prävention ? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 21–26.
- Hay, P. & Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7–15.
- Heatherton, T.F. & Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring state self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 895–910.
- Herpertz-Dahlmann, B., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., & Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa: Course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 603–612.
- Herzog, D.B., Dorer, D.J., Keel, P.K., Selwyn, S.E., Ekeblad, E.R., Flores, A.T., Greenwood, D.N., Burwell, R.A., & Keller, M.B. (1999). Recovery and Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa: A 7.5-Year Follow-up Study. *Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 38, 829-837.
- Herzog, D.B., Greenwood, D.N., Dorer, D.J., Flores, A.T., Ekeblad, E.R., Richards, A., Blais, M.A., & Keller, M.B. (2000). Mortality in eating disorders : A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 20–26.
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Braehler, E. (2001). Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27–39.

- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2006a). *Eating Disorder Examination. Deutschsprachige Übersetzung*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2006b). *Eating Disorder Examination- Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Karwauk, A., Niederhofer, H. & Munsch, S. (2007). Eating Disorder Examination – Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Übersetzung. *Diagnostica*, 53, 144–154.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Ohms, M. (2004). Eating Disorders Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungeninterviews. *Diagnostica*, 50, 98–106.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vögele, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 137–144.
- Hill, A.J. (2002). Prevalence and demographics of dieting. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 80–83). New York: The Guilford Press.
- Hoek, H.W. (2002). Distribution of eating disorders. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 233–237). New York: The Guilford Press.
- Hohler, R.R. (1997). *Selbstwertschwankungen bei Bulimia Nervosa*. Marburg: Tectum Verlag.
- Holderness, C.C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M.P. (1994). Comorbidity of eating disorders and substance abuse. Review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 1–34.
- Hörmann, H.-J. (1986). Selbstbeschreibungsfragebogen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit (Forschungsbericht 5)*. Berlin: Freie Universität, Institut für Psychologie.
- Jacobi, C. (2000). Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Essstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29 (2), 75–96.
- Jacobi, C., Abascal, L., & Taylor, C.B. (2004). Screening for eating disorders and high-risk behavior: Caution. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 280–295.
- Jacobi, C. & Esser, G. (2003). Zur Einteilung von Risikofaktoren bei psychischen Störungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 257–266.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C., & Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19–65.
- Jacobi, C., Paul, T., de Zwaan, M., Nutzinger, D.O., & Dahme, B. (2004). Specificity of self-concept disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 204–210.
- 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*, 32, 31–40.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Weinheim: Beltz PVU.
- Johannsen, B. & Rieckenberg, S. (1997). *Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Prävention von Essstörungen bei Jugendlichen*. Münster: Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

- Kaminski, P.L. & McNamara, K. (1996). A treatment for college women at risk for bulimia: A controlled evaluation. *Journal of Counseling and Development*, 74, 288–294.
- Kaplan, R. M. (2000). Two Pathways to Prevention. *American Psychologist*, 55, 382–396.
- Kater, K.J., Rohwer, J., & Levine, M.P. (2000). An elementary school project for developing healthy body image and reducing risk factors for unhealthy and disordered eating. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 8, 3–16.
- Katzman, D.K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S52–S59.
- Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215–2221.
- Keel, P.K., Fulkerson, J.A., & Leon, G.R. (1997). Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 203–216.
- Keel, P.K., & Mitchell, J.E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313–321.
- Keel, P.K., Mitchell, J.E., Miller, K.B., Davis, T.L., & Crow, S.J. (1999). Long-term Outcome of Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56, 63–69.
- 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, 21–28.
- Key, A., George, C.L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185–190.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Killen, J.D., Hayward, C., Litt, I., Hammer, L.D., Wilson, D.M., Miner, B.M., Taylor, C.B., Varady, M.A., & Shisslak, C. (1992). Is puberty a risk factor for eating disorders? *American Journal of Diseases in Children*, 146, 323–325.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L.D., et al. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936–940.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F., Hammer, L.D., et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227–238.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Köster, G., Dannigkeit, N. & Tuschen-Caffier, B. (2001). Prävention von Essstörungen – Wirksamkeit eines Trainingsprogramms an Schulen –. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, 147–157.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337–343.
- Kraemer, H.C., Stice, E., Kazdin, A., & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work? Mediators, moderators, independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848–856.

- Laessle, R.G. (1998). Eßstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3.Aufl.). (S. 417–444). Göttingen: Hogrefe.
- Laessle, R.G., Wurmser, H. & Pirke, K.M. (2000). Essstörungen. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 2; S.223–246). Berlin: Springer.
- Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen. (1998). *Mal dick, mal dünn. Spezial: Prävention von Essstörungen*. Hannover: Landesstelle für Jugendschutz Niedersachsen.
- Larisch, H. & Lohaus, A. (1992). Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter: Ansatzpunkte zu einer pädagogisch-psychologischen Intervention. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 39, 196–203.
- Latzer, Y. & Shatz, S. (1999). Comprehensive community prevention of disturbed attitudes to weight control: A three-level intervention program. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 7, 3–31.
- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: PVU.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (1997). Wovor schützen Schutzfaktoren? – Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29, 260–270.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Early-Zald, M.B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140–149.
- Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., Keel, P.K., & Klump, K.L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 181–196.
- Leon, G.R., Keel, P.K., Klump, K.L., & Fulkerson, J.A. (1997). Prevention Research. The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 405–411.
- Levine, M.P. & Piran, N. (2001). The prevention of eating disorders: Toward a participatory ecology of knowledge, action and advocacy. In R.H. Striegel-Moore & L. Smolak (Eds.), *Eating Disorders: Innovative directions in research and practice* (pp.233–253). Washington, DC: APA.
- Levine, M.P., Piran, N., & Stoddard, C. (1999). Mission more probable: Media Literacy, Activism and Advocacy as primary prevention. In N. Piran, M.P. Levine & C. Steiner-Adair (Eds.). *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges* (pp. 3–25). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Levine, M.P. & Smolak, L. (1996). Media as the context for the development of disordered eating. In L. Smolak, M.P. Levine, & R.H. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment* (pp. 235–237). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Levine, M.P. & Smolak, L. (2001). Primary prevention of body image disturbances and disordered eating in childhood and early adolescence. In J.K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth. Assessment, prevention, and treatment* (pp. 237–260). Washington, DC: APA.
- Lewinsohn, P.M., Striegel-Moore, R.H., & Seeley, M.S. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 39, 1284-1292.

- Luce, K.H. & Crowther, J.H. (1999). The reliability of the Eating Disorder Examination–Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*, 25, 349–351.
- Mann, T. & Burgard, D. (1998). Eating disorder prevention programs: What we don't know can hurt us. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 6, 101–103.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Burgard, D., Wright, A. & Hanson, K. (1997). Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215–225.
- Margraf, J. (1994). *Mini-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Berlin: Springer.
- Marsh, H.W., Barnes, J., & Hocevar, D. (1985). Self-other agreement on multidimensional self-concept ratings: Factor analysis and multitrait-multimethod analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1360–1377.
- Marsh, H.W. & O'Neill, R. (1984). Self Description Questionnaire III: The construct validity of multidimensional self-concept ratings by late adolescents. *Journal of Educational Measurement*, 21, 153–174.
- McCabe, M.P. & Ricciardelli, L.A. (2003). Sociocultural influences on body image and body changes among adolescent boys and girls. *Journal of Social Psychology*, 143, 5–27.
- McGilley, B.M. & Pryor, T.L. (1998). Assessment and treatment of bulimia nervosa. *American Family Physician*, 57, 2743–2750.
- McHale, S.M., Corneal, D.A., Crouter, A.C., & Birch, L.L. (2001). Gender and weight concerns in early and middle adolescence: Links with well-being and family characteristics. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 338–348.
- McVey, G.L., Lieberman, M., Voorberg, N., Wardrobe, D., & Blackmore, E. (2003). School-based peer support groups: A new approach to the prevention of disordered eating. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 11, 169–186.
- Mendelson, B.K., McLaren, L., Gauvin, L., & Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and eating body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 318–323.
- Millar, H.R. (1998). New eating disorder service. *Psychiatric Bulletin*, 22, 751–754.
- Miller, M.N. & Pumariega, A.J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64, 93–110.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University.
- Mittag, W. (2003). Qualitätssicherung und Evaluation. In M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention* (S.121–137). Göttingen: Hogrefe.
- Mittag, W. & Jerusalem, M. (1997). Evaluation von Präventionsprogrammen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. (S. 595–611). Göttingen: Hogrefe
- Moreno, A.B. & Thelen, M.H. (1995). Eating behavior in junior high school females. *Adolescence*, 30, 171–174.
- Morris, A., Cooper, T., & Cooper, P.J. (1989). The changing shape of female fashion models. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 593–596.
- Mouson, S. (2003). *Evaluation der deutschsprachigen Version des Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q)*. Marburg: Diplomarbeit am Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg.

- Muir, S.L., Wertheim, E.H., & Paxton, S.J. (1999). Adolescent girls' first diets: Triggers and the role of multiple dimensions of self-concept. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 7, 259–270.
- Munoz, R.F., Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *American Psychologist*, 51, 1116–1122.
- Munsch, S. (2003). *Binge Eating. Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen*. Weinheim: Beltz PVU.
- Murray, C., Waller, G., & Legg, C. (2000). Family dysfunction and bulimic psychopathology: The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 84–89.
- Newman, D.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P.A., & Stanton, W.R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552–562.
- Nielsen, S. (1990). The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987: a nationwide register study of psychiatric admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 507–514.
- Nielsen, S., Moller-Madsen, S., Isager, T., Jorgensen, J. Pagsberg, K., & Theander, S. (1998). Standardized mortality in eating disorders – A quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 413–434.
- Ogden J. & Steward, J. (2000). The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 78–83.
- Owen, P.R. & Laurel-Seller, E. (2000). Weight and shape ideals: Thin is dangerously in. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 979–990.
- Pan American Health Organization. (1996). Health promotion: An anthology (PAHO Scientific Publication 557). Washington, D.C.: Author.
- Paxton, S.J. (1999). Peer relations, body image, and disordered eating in adolescent girls: Implications for prevention. In N. Piran, M.P. Levine & C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges* (pp. 134–147). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Pearson, J., Goldklang, D., & Striegel-Moore, R.H. (2002). Prevention of eating disorders: Challenges and opportunities. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 233–239.
- Petty, L.C., Rosen, E.F., & Michaels (2000). Nineteen eating disorders scales: Comparison by focus, ease, response format, and readability. *Eating Disorders*, 8, 311–329.
- Phelps, L., Dempsey, M., Sapia, J., & Nelson, L. (1999). The efficacy of a school-based eating disorder prevention program: Building physical self-esteem and personal competencies. In N. Piran, M.P. Levine & C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges* (pp. 163–175). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Pieri, L.F. & Campbell, D.A. (1999). Understanding the genetic dispositions to anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 7, 84–95.
- Piran, N. (1999a). On the move from tertiary to secondary and primary prevention: Working with an elite dance school. In N. Piran, M.P. Levine, & C. Steiner-Adair (Eds.), *Preventing eating disorders. A handbook of interventions and special challenges* (pp. 256–269). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.

- Piran, N. (1999b). Eating Disorders: A trial of prevention in a high risk school setting. *The Journal of Primary Prevention*, 20, 75–90.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193–204.
- Posavac, S.S. & Posavac, H.D. (2002). Predictors of women's concern with body weight: The roles of perceived self-media ideal discrepancies and self-esteem. *Eating Disorders*, 10, 153–160.
- Posavac, S.S., Posavac, H.D., & Weigel, R.G. (2001). Reducing the impact of media images on women at risk for body image disturbance: Three targeted interventions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 324–340.
- Presnell, K., Bearman, S.K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389–401.
- Presnell, K. & Stice, E. (2003). An experimental test of the effect of weight-loss dieting on bulimic pathology: Tipping the scales in a different direction. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 166–170.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie. Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Rabak-Wagener, J., Eickhoff-Shemek, J., & Kelly-Vance, L. (1998). The effect of media analysis on attitudes and behaviors regarding body image among college students. *Journal of American College Health*, 47, 29–35.
- Rathner, G. & Waldherr, K. (1997). Eating Disorder Inventory-2: Eine deutschsprachige Validierung mit Normen für weibliche und männliche Jugendliche. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 157–182.
- Renn, H. (1999). Was ist der Gesellschaft die Gesundheitsförderung wert? *Prävention*, 22, 76–79.
- Richards, P.S. & Baldwin, B.M., Frost, H.A., Clark-Sly, J.B., Berrett, M.E., & Hardman, R.K. (2000). What works for treating eating disorders? Conclusions of 28 outcome reviews. *Eating Disorders*, 8, 189–206.
- Rizvi, S.L., Peterson, C.B., Crow, S.J., & Agras, W.S. (2000). Test-retest reliability of the Eating Disorder Examination. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 311–316.
- Robert-McComb, J.J. (Ed.). (2000). *Eating Disorders in Women and Children. Prevention, Stress Management and Treatment*. Florida, USA: CRC Press.
- Röhrle, B. (1999). Vorbeugen ist besser als heilen. Einige einleitende Bemerkungen. In B. Röhrle & G. Sommer (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung, Band 4* (S. 13–26). Tübingen: dgvt-Verlag & Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Rosen, J.C., Saltzberg, E., & Srebnik, D. (1989). Cognitive behavioral therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393–404.
- Rosenvinge, J.H. & Borresen Gresko, R. (1997). Do we need a prevention model for eating disorders? Recent developments in the Norwegian school-based prevention model. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 5, 110–118.
- Rosenvinge, J.H. & Borresen, R. (1999). Preventing Eating Disorders - Time to change programmes or paradigms? Current update and further recommendations. *European Eating Disorders Review*, 7, 5–16.
- Rossi, P.H. & Freeman, H.E. (1993). *Evaluation. A systematic approach* (5th ed.). Newbury Park, CA: Sage.

- Rossi, P.H., Freeman, H.E. & Hofmann, G. (1988). *Programm-Evaluation: Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung*. Stuttgart: Enke.
- Russell, G.F.M. (1989). Diagnostik und klinische Messverfahren bei Bulimia nervosa. In M. M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung* (S. 12-29). Stuttgart: Enke.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). Cambridge: University Press.
- Sansone, R.A., Levitt, J.L., & Sansone, L.A. (2004). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13, 7–21.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, U. (2000). Binge eating and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 340–343.
- Schmidt, U.H., Tiller, J.M., Andrew, B., Blanchard, M., & Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating onset of Anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27, 523–530.
- Schwartz, F.W., Bitzer, E.M. Dörning, H., Grobe, T.G., Krauth, C., Schlaud, M., Schmidt, T., Zielke, M. (1999). *Gutachten. Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland – Krankheitskostenlast und Reproduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schwitzer, A.M., Bergholz, K., Dore, T., & Salimi, L. (1998). Eating disorders among college women: Prevention, education and treatment responses. *Journal of American College Health*, 46, 199–207.
- Sharp, C.W. & Freeman, C.P. (1993). The medical complications of anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 162, 452–462.
- Sharpe, T.M., Killen, J.D., Bryson, S.W., Shisslak, C.M., Estes, L.S., Gray, N., Crago, M., & Taylor, C.B. (1998). Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 39–44.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J., & Stanton, G.C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407–441.
- Shavelson, R.J. & Marsh, H.W. (1986). On the structure of self-concept. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-related cognitions in anxiety and motivation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Shisslak, C.M. & Crago, M. (2001). Risk and protective factors in the development of eating disorders. In J.K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth. Assessment, prevention, and treatment* (pp. 103–125). Washington, DC: APA.
- Shisslak, C.M., Crago, M., & Estes, L.S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 209–219.
- Shisslak, C.M., Crago, M., Renger, R., & Clark-Wagner, A. (1998). Self-esteem and the prevention of eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 6, 105–117.
- Silverstein, B., Perdue, L., Peterson, B., & Kelly, E. (1986). The role of mass media in promoting a thin standard of bodily attractiveness for women. *Sex Roles*, 14, 519–532.
- Smolak, L., Murnen, S.K., & Ruble, A.E. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 371–380.

- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191–203.
- Spitzer, R.L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M.D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., Horne, R.L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 137–153.
- Springer, E.A., Winzelberg, A.J., Perkins, R., & Taylor, C.B. (1999). Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 13–20.
- Statistisches Bundesamt (2006). *Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stewart, D.A., Carter, J.C., Drinkwater, J., Hainsworth, J., & Fairburn, C.G. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 107–118.
- Stice, E. (1999). Clinical implications of psychosocial research on bulimia nervosa and binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 675–683.
- Stice, E. (2002). Sociocultural influences on body image and eating disturbance. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 103–107). New York: The Guilford Press.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S., & Appel, A. (2001). A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 247–262.
- Stice, E., Mazotti, L., Krebs, M., & Martin, S. (1998). Predictors of adolescent dieting behaviors. A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12, 195–205.
- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., & Agras, W.S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 206–217.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset: A prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131–138.
- Stice, E. & Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 159–171.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, E.H., & Stein, R.I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 836–840.
- Stice, E. & Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130, 206–227.
- Stice, E., Spangler, D., Agras, W. S. (2001). Exposure to media-portrayed thin-ideal images adversely effect vulnerable girls: A longitudinal experiment. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 20, 270–288.
- Stice, E., Trost, A., & Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 10–21.
- Striegel-Moore, R.H. (2000). The epidemiology of binge eating. *European Eating Disorders Review*, 8, 344–346.

- Striegel-Moore, R.H. & Cachelin, F.M. (2001). Etiology of eating disorders in women. *The Counseling Psychologist*, 29, 635–661.
- Strien, T. van, Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A., & Defares, P.B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295–315.
- Tanofsky, M.B., Wilfley, D.E., Spurell, E.B., Welch, R., Brownell, K.D. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 49–54.
- Tata, P., Fox, J., & Cooper, J. (2001). An investigation into the influence of gender and parenting styles on excessive exercise and disordered eating. *European Eating Disorders Review*, 9, 194–206.
- Taylor, C.B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L.S., Gray, N., McKnight, K.M., Crago, M., Kraemer, H.C., & Killen, J.D. (1998). Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 31–42.
- Thackwray, D.E., Smith, M.C., Bodfish, J.W., & Meyers, A.W. (1993). A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 639–645.
- Theander, S. (1992). Chronicity in anorexia nervosa: Results from the Swedish long-term study. In W. Herzog, H. Deter & W. Vandereyken (Eds.), *The course of eating disorders* (pp. 214–227). New York: Springer.
- Thiel, A., Broocks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G.E., & Schufler, G. (1995). Obsessive-Compulsive Disorder among patients with Anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 72–75.
- Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D.O. & Schüßler, G. (1997). Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI-2. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 47, 365–376.
- Thompson, J.K., Coovert, M.D., & Stormer, S.M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 43–51.
- Thomsen, S.R., McCoy, K., & Williams, M. (2001). Internalizing the impossible: Anorexic outpatients' experiences with women's beauty and fashion magazines. *Eating Disorders*, 9, 49–64.
- Tiggemann, M., Gardiner, M., & Slater, A. (2000). "I would rather be size 10 than have straight A's": A focus group study of adolescent girls' wish to be thinner. *Journal of Adolescence*, 23, 645–659.
- Troop, N.A., Holbrey, A., & Treasure, J.L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157–166.
- Tuschen, B. & Fiegenbaum, W. (1996). Kognitive Verfahren. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd.1, S. 387–400). Berlin: Springer.
- Tuschen, B., Vögele, C., Kuhnhardt, K. & Cleve-Prinz, W. (1995). Steigern psychische Belastungen das Essbedürfnis? Eine experimentelle Studie an Bulimikerinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 344–351.
- Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (1998). Essstörungen: Intervention. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 767–776). Bern: Huber.
- Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (2002). Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie. Göttingen: Hogrefe.

- Tuschen-Caffier, B., Pook, M., & Frank, M. (2001). Evaluation of manual-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a service setting. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 299-308.
- Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). Diagnostik von Essstörungen und Adipositas. Göttingen: Hogrefe.
- Tuschen-Caffier, B. & Vögele, C. (1999). Psychological and physiological reactivity to stress: An experimental study on bulimic patients, restrained eaters and controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 333-340.
- Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Bracht, S., Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 573-586.
- van Hoeken, D., Seidell, J.C., & Hoek, H.W. (2003). Epidemiology. In J. Treasure, U. Schmidt, & van Furth, E. (Eds.), *The Handbook of Eating Disorders*. Chicester: John Wiley and Sons.
- Vohs, K.D., Bardone, A.M., Joiner, T.E., Abramson, L.Y., & Heatherton, T.F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 695-700.
- Waadt, S., Laessle, R.G. & Pirke, K.M. (1992). *Bulimie. Ursachen & Therapie*. Berlin: Springer.
- Wade, T.D., Bulik, C.M., & Kendler, K.S. (2001). Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 389-400.
- Wade, T., Tiggemann, M., Martin, M., & Heath, A. (1997). A comparison of the Eating Disorders Examination and a general psychiatric schedule. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 852-857.
- Walter, U., Schwartz, F.W. & Hoepner-Stamos, F. (2001). Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – Grundsätze, Methoden und Anforderungen*. Köln: BZgA.
- Walters, E.E. & Kendler, K.S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64-71.
- Wardle, J. (1987). Eating style: A validation study of the Dutch Eating Behavior Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 161-169.
- Welch, S.L., Doll, H.A., & Fairburn, C.G. (1997). Life events and the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological medicine*, 27, 515-522.
- Welch, S.L. & Fairburn, C.G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402-406.
- Wertheim, E.H., Paxton, S.J., Schutz, H.K., & Muir, S.L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining socicocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 345-355.
- Westenhoefer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 477-481.
- WHO (1986). *Ottawa-Charta for Health Promotion*. Genf: WHO
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf]
- Wiese, H.J., Wilson, J.F., Jones, R.A., & Neises, M. (1992). Obesity stigma reduction in medical students. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 16, 859-868.

- Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report? *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1151–1159.
- Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (2000). Using the Eating Disorder Examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259–269.
- Wilfley, D.E., Welch, R.R., Stein, R.I., et al. (2002). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 713–721.
- Wilson, G.T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 79–95.
- Winzelberg, A.J., Eppstein, D., Eldredge, K.L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P., & Taylor, C.B. (2000). Effectiveness of an internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346–350.
- Winzelberg, A.J., Taylor, C.B., Sharpe, T., Eldredge, K.L., Dev, P., & Constantinou, P.S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 339–349.
- Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., & Ahrens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 85–89.
- Wonderlich, S., Klein, M.H., & Council, J.R. (1996). Relationship of social perceptions and self-concept in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1231–1237.
- Woodside, D.B., Bulik, C.M., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Kaplan, A., Berrettini, W.H., Strober, M., Treasure, J., Lilienfeld, L., Klump, K., & Kaye, W.H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes towards eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 290–299.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E., Dubbert, B.K. & Spitzer, R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1472–1479.
- Zabinski, M.F., Pung, M.A., Wilfley, D.E., Eppstein, D.L., Winzelberg, A.J., Celio, A., & Taylor, C.B. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401–408.
- Zerbe, K.J., Marsh, S.R., & Lolafay, C. (1991). Comorbidity in an inpatient eating disordered population: Clinical characteristics and treatment implications. *The Psychiatric Hospital*, 24, 3.

Anhang 1

Materialien für Rekrutierung, Erst- und Zweitgespräch und kognitive Vorbereitung

Anhang 1A: Infolyer /-plakat für Schulen, Vereine, Praxen und Beratungsstellen

Zu dick, zu dünn?



„Ich fühle mich zu dick und bin mit mir und meinem Körper nicht zufrieden! Ich hätte gerne eine Traumfigur! Ich mache mir viel zu viele Gedanken ums Essen! Nach jeder neuen Diät, die ich probiere, bin ich hinterher frustriert, weil es nicht geklappt hat und werde noch unzufriedener mit meiner Figur!“

Die Christoph-Dornier-Stiftung / Universität Siegen bietet Mädchen (ab 12 Jahren) und jungen Frauen aus dem Siegener Raum die Möglichkeit, an einem Gruppenprogramm (altersgemäße Gruppen) teilzunehmen, bei dem solche Schwierigkeiten besprochen werden können. Gemeinsam wird erarbeitet werden, was es heißt, sich gesund zu ernähren und wie die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper gesteigert werden kann. Es werden Anregungen gegeben, neue Verhaltensformen zu erproben.

Das Programm ist Bestandteil eines größeren Forschungsprojekts der Universität Siegen unter der Leitung von Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier. Die Teilnahme an dem Programm ist kostenlos. Interessierte können sich melden bei:

Dipl.-Psych. Grit Köster

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie /
Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen
St.-Johann Str. 18
57068 Siegen
Tel: **0271-7404939**
E-mail: siegen@christoph-dornier-stiftung.de

Anhang 1B: Infobrief an die verschiedenen Einrichtungen

Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen
Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie

St. Johann-Straße 18, 57068 Siegen

Dipl.-Psych. Grit Köster

Prof. Dr. B. Tuschen-Caffier

St. Johann-Straße 18 · D-57068 Siegen

Tel.: 0271/740-4939

Fax: 740-4940

E-Mail: siegen@christoph-dornier-stiftung.de

Siegen, den

Präventive Gruppen für Mädchen und Frauen mit Essproblemen

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen / Christoph-Dornier-Stiftung bietet Mädchen (ab 12 Jahren) und jungen Frauen aus dem Siegener Raum die Möglichkeit an einem präventiven Gruppenprogramm teilzunehmen. Bei diesem Programm sollen Schwierigkeiten im Umgang mit Essen und Unzufriedenheiten mit dem eigenen Körper besprochen werden. Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen wollen wir erarbeiten, was es heißt, sich gesund zu ernähren und wie die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper gesteigert werden kann. Es werden Anregungen gegeben, neue Verhaltensformen auszuprobieren.

Das Programm ist Bestandteil eines größeren Forschungsprojekts der Universität Siegen unter Leitung von Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier.

Anbei sende ich Ihnen Informationsblätter und möchte Sie bitten, diese in Ihrer Einrichtung auszulegen bzw. aufzuhängen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Grit Köster

Anhang 1C: Ankündigungen in der Presse

Psychotherapeutische Ambulanz der Uni Siegen lädt Mädchen und junge Frauen zu weiteren Gruppenkursen ein

Zu dick - zu dünn? Teilnehmerinnen trainieren Ess-Verhalten

Siegen. Figurprobleme haben viele junge Mädchen. Damit werden sie nicht länger alleine gelassen. Die Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen/Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie bietet seit Mai das Gruppen-Programm „Zu dick, zu dünn?“ an.

Anke M. findet sich viel zu mollig. Sie meint, ihr Bauch sei zu dick und auch an den Oberschenkeln seien einige Pfunde zu viel. Sie geht ins Fitnessstudio, um für ihre Traumfigur zu trainieren. Diverse Aerobic-Kurse sind schon fehlgeschlagen - und ins Schwimmbad traut sie sich gar nicht mehr. Mehrere Diäten standen bereits auf dem Essensplan. Leider auch hier kein Erfolg. Häufig ist sie so frustriert, dass sie die Kontrolle verliert und ver-

sucht, ihre schlechte Laune mit Schokolade zu verbessern. Süßigkeiten sind für sie Problemloser.

Die Diplom-Psychologinnen Grit Köster und Nora Danner arbeiten mit den Teilnehmerinnen in Gruppenkursen an deren Essverhalten. Dabei wird das verbreitete Schönheits- und Schlankheitsideal kritisch unter die Lupe genommen. „Schlankheit be-

deutet nicht nur automatisch Lebensfreude, Willensstärke und beruflichen Erfolg“, sagt Grit Köster. Das Programm bietet - so eine Pressemitteilung der Ambulanz - die Möglichkeit, über Schwierigkeiten mit dem Essen und dem Gewicht zu sprechen und diese anzugehen. Gemeinsam werde erarbeitet, was es heiße, sich gesund zu ernähren und wie die Zufriedenheit mit dem eige-

nen Körper gesteigert werden könne.

Das Programm, das seit Anfang Mai läuft, ist bisher von den Teilnehmerinnen positiv aufgenommen worden. Für weitere Gruppen, die im September beginnen, werden noch Mädchen und junge Frauen gesucht, die Probleme mit dem Essen und der Figur haben.

Das Programm ist Bestand-

teil eines größeren Forschungsprojektes der Uni unter Leitung von Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier. Die Teilnahme ist - bis auf einen geringen Kostenbeitrag - frei. Interessierte Mädchen ab 12 Jahren und junge Frauen können sich bei der Psychotherapeutischen Ambulanz, St. Johann-Str. 18, melden.

□ Infos: ☎ 0271/740 49 39

Westfälische Rundschau 13.06.2002

Uni bietet Hilfe bei Ess- und Figurproblemen

Kreisgebiet. (SK)

Anke M. findet sich viel zu mollig. Sie meint, ihr Bauch sei zu dick und auch an den Oberschenkeln seien einige Pfund zu viel. Sie geht ins Fitness-Studio, um dort auf ihre Traumfigur hin zu trainieren. Andere diverse Aerobic-Kurse sind schon fehlgeschlagen, und ins Schwimmbad traut sie sich gar nicht mehr.

Mehrere Diäten standen bereits auf dem Essensplan. Leider auch hier kein Erfolg. Häufig ist sie so frustriert, dass sie die Kontrolle verliert und versucht, ihre schlechte Laune mit Schokolade zu verbessern. Süßigkeiten sind für sie Problemlöser.

Mit solchen und ähnlichen Problemen werden Mädchen und jungen Frauen nicht länger allein gelassen. Die Psychotherapeutische

Ambulanz der Universität Siegen/Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie bietet neben ihren Therapieangeboten seit Mai das Gruppenprogramm „Zu dick, zu dünn?“ an. Bei diesem Programm arbeiten die Diplom-Psychologinnen Grit Köster und Nora Dannigkeit zusammen mit den Teilnehmerinnen an deren Essverhalten. Das verbreitete Schönheits- und Schlankheitsideal wird kritisch unter die Lupe genommen. Das Programm bietet die Möglichkeit über Schwierigkeiten mit dem Essen und dem Gewicht zu sprechen und diese anzugehen. Gemeinsam wird erarbeitet, was es heißt, sich gesund zu ernähren und wie die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper gesteigert werden kann.

Das Programm, das seit Anfang Mai läuft, ist bisher sehr positiv von den Teilnehme-

rinnen aufgenommen worden.

Für weitere Gruppen, die im September beginnen, werden nun wieder Mädchen und junge Frauen gesucht, die Probleme mit dem Essen und der Figur aufweisen.

Das Programm ist Bestandteil eines größeren Forschungsprojekts der Universität Siegen unter der Leitung von Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier.

Die Teilnahme an den Gruppen ist – bis auf einen geringen Unkostenbeitrag – kostenfrei.

Interessierte Mädchen (ab 12 Jahren) und junge Frauen können sich melden bei: Dipl.-Psych. Grit Köster – Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen/Christoph-Dornier-Stiftung, St.-Johann Str. 18 in Siegen, ☎ 0271/7404939 – E-mail: siegen@christoph-dornier-stiftung.de.

Siegerland Kurier 30.06.2002

Hilfe bei Ess- und Figurproblemen

Gruppenprogramm der Psychotherapeutischen Ambulanz der Uni Siegen

Siegen. (SK) Friederike M. findet sich zu mollig. Ihr Bauch sei zu dick, und auch an den Oberschenkeln seien einige Pfunde zu viel. Sie geht ins Fitness-Studio, um auf ihre Traumfigur hin zu trainieren. Diverse Aerobic-Kurse sind schon fehlgeschlagen, und ins Schwimmbad traut sie sich überhaupt nicht mehr. Mehrere Diäten standen bereits auf dem Essensplan. Leider auch hier kein Erfolg. Häufig ist sie so frustriert, dass sie die Kontrolle verliert und versucht, ihre schlechte Laune mit Schokolade zu verbessern. Für Mädchen und

Frauen mit solchen und ähnlichen Problemen bietet die Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen/Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie neben ihrem Therapieangebot seit Mai das Gruppenprogramm „Zu dick, zu dünn?“ an.

Bei diesem Gruppenprogramm arbeiten die Diplom-Psychologinnen Grit Köster und Nora Dannigkeit zusammen mit den Teilnehmerinnen an deren Essverhalten. Das verbreitete Schönheits- und Schlankheitsideal wird kritisch unter die Lupe ge-

nommen. „Schlankheit bedeutet nicht automatisch Lebensfreude, Willensstärke und beruflichen Erfolg, so wie es die Medien vermitteln“, so Grit Köster. Gemeinsam wird erarbeitet, was es heißt, sich gesund zu ernähren und wie die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper gesteigert werden kann.

Das Programm, das seit Anfang Mai läuft, ist bisher sehr positiv von den Teilnehmerinnen aufgenommen worden. Für weitere Gruppen werden nun wieder Mädchen und junge Frauen gesucht, die Probleme mit dem Essen und

der Figur aufweisen.

Das Programm ist Bestandteil eines größeren Forschungsprojekts der Universität Siegen unter der Leitung von Professor Dr. Brunna Tuschen-Caffier. Die Teilnahme an den Gruppen ist – bis auf einen geringen Unkostenbeitrag – kostenfrei. Mädchen ab zwölf Jahren und junge Frauen können sich melden bei: Grit Köster, Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen/Christoph-Dornier-Stiftung, St.-Johann-Straße 18, 57068 Siegen, ☎ 0271/7404939, siegen@christoph-dornier-stiftung.de.

Sauerland-Kurier 06.10.2002



Die Dipl.-Psychologinnen Grit Köster und Nora Dannigkeit leiten die Kurse im Lyz..

(WR-Bild: Brigitte Wambsganß)

Psychotherapeutische Ambulanz bietet Programm für Mädchen und junge Frauen an

Zu dick - zu dünn? Kurs hilft bei Ess- und Figurproblemen

Siegen. Tina, Sabrina und Nicole (Vornamen geändert) haben eines gemeinsam: Sie fühlen sich zu dick. Ein Kurs der Psychotherapeutischen Ambulanz der Uni Siegen, Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie, will ihnen helfen, ihre Ess- und Figurprobleme zu bekämpfen.

Vor den Teilnehmerinnen liegen Zeichnungen auf dem Boden. „So sehen wir uns selbst“, sagt Sabrina. Was ihr nicht gefällt, hat sie stark betont - Bauch, Hüfte, Oberschenkel. „Ich fühle mich nicht wohl - ich mag gar nicht in den Spiegel sehen.“ Sie hat auch schon mehrere Diäten hinter sich - vergeblich. Sport macht sie nicht - aus Angst,

dass andere über ihre Figur lästern. Wie Sabrina geht es vielen Kursteilnehmerinnen.

Hilfe bietet ihnen die Ambulanz im dritten Stock des Lyz in der St. Johann-Straße. Das Programm „Zu dick, zu dünn?“ gehört zu einem Forschungsprojekt von Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier. Zwei Diplom-Psychologinnen, Grit Köster und Nora Dannigkeit, leiten die Gruppen. Beide werden das Ergebnis für ihre Doktorarbeiten auswerten: „Dazu machen wir mit den Teilnehmerinnen eine Vorher- und Nachher-Befragung.“

Zehn Sitzungen zu je eineinhalb Stunden bietet die Psychotherapeutische Ambulanz an. Eines ist von vornherein klar: Ziel des Kurses ist nicht

das „Abspecken“. Nora Dannigkeit: „Es geht eher darum, die Zufriedenheit mit der eigenen Figur zu stärken.“ Das Programm beinhaltet vier Bausteine: Schönheitsideal in Zeitschriften und Fernsehen, Ernährung, Körperbild und Umgang mit Stress.

„Aber dann kommt der Heißhunger“

Den jungen Frauen, die bereits fünf Sitzungen hinter sich haben, ist schon vieles klar geworden. „Dick war ich nie“, meint Nicole: „Aber kräftiger als die Models schon.“ Inzwischen ist sie sich bewusst, dass manche Menschen eben

schneller Pfunde „ansetzen“ als andere.

Die Gruppenmitglieder haben gelernt, wie eine ausgewogene Ernährung aussieht: Wenig Fett, wenig Süßigkeiten, dafür Kohlehydrate sowie viel Obst und Gemüse.

Früher hat Tina - aus Angst, zuzunehmen - das Essen reduziert: „Aber dann kam der Heißhunger.“ Jetzt weiß sie, dass es sinnvoller ist, sich ausgewogen zu ernähren. Im Lyz lernen die Mädchen und jungen Frauen auch, Stress nicht mit Essen zu bekämpfen.

Im Januar beginnen neue Kurse für Mädchen ab 12 Jahre und junge Frauen. Zu bezahlen ist lediglich ein kleiner Kostenbeitrag.

□ **Anmeldung:** 0271/7404939

Anhang 1D: Einverständniserklärung für Teilnahme an Studie

Psychotherapeutische Ambulanz der Universität  Siegen
 Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie 

Information

Zu den Aufgaben und Zielen der Christoph-Dornier-Stiftung und der psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Siegen gehört es, die Ursachen und Entstehungsbedingungen psychischer Probleme bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu erforschen. Nur wenn wir mehr über die genauen Bedingungen und Wirkgrößen wissen, ist es möglich, diese noch gezielter zu erfassen und individuell in der Behandlung der einzelnen Klienten zu nutzen und zu berücksichtigen.

Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Das heißt, wir bitten Sie um Ihre Zustimmung, einen Teil der von uns erhobenen Daten auch zu Forschungszwecken und in der Lehre zu verwenden. Für Sie hat das den Vorteil, dass wir die Kosten für das Gruppenprogramm für Mädchen und junge Frauen mit Essproblemen durch Forschungsmittel abdecken können.

Alle Daten werden selbstverständlich nur in anonymisierter Form für Forschungsfragen verwendet. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich.

Dennoch bedarf dies Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Wir möchten Sie daher bitten, die untenstehende Einverständniserklärung auszufüllen und zu unterschreiben.

Vielen Dank.

Erklärung

Ich habe die oben stehenden Informationen sorgfältig gelesen und erkläre mich damit einverstanden, dass die erhobenen Daten für das Forschungsprojekt in anonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden. Weiterhin gebe ich mein Einverständnis, dass die Therapiesitzungen auf Video aufgezeichnet und supervidiert werden.

 Vor- und Zuname des Teilnehmers

 Vor- und Zuname eines Elternteils (bei Minderjährigkeit)

 Ort, Datum

 Unterschrift

 Dipl.-Psych. Grit Köster
 Prof. Dr. B. Tuschen-Caffier
 St.-Johanna-Su 18 D-57068 Siegen Tel.: 0271/740-4939 Fax: 0271/740-4940 E-Mail: regina@christoph-dornier-stiftung.de

Anhang 1E: Infoblatt nach Teilnahme am Erstgespräch

Psychotherapeutische Ambulanz der Universität  Siegen Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie  St.-Johann-Str. 18 D-57068 Siegen Tel.: 0271/740-4939 Fax: 740-4940 E-Mail: siegen@christoph-dornier-stiftung.de	Zu dick, zu dünn?  Ein Forschungsprojekt der Universität Siegen und der Christoph-Dornier-Stiftung
---	---

Die Christoph-Dornier-Stiftung und die Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Siegen unter Leitung von Frau Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier und Frau Dr. Kathrin Kötting bietet ein Projekt für Mädchen (ab 12 Jahre) und junge Frauen mit Figur- und Essproblemen an. Sie haben die Möglichkeit, an einem Gruppenprogramm teilzunehmen. Dieses Angebot findet im Rahmen eines größeren Forschungsprojekts statt. Ziel dieses Projekts ist die genaue Erforschung der Entstehung problematischen Essverhaltens sowie die Überprüfung der Wirksamkeit einzelner Behandlungsmethoden. Hierbei soll das Behandlungskonzept auf die individuellen Bedürfnisse der Mädchen und jungen Frauen abgestimmt werden. Mit dem Gruppenprogramm wird eine höhere Akzeptanz des Körpers sowie ein gesünderes Ernährungsverhalten angestrebt. Verschiedene Programmbausteine sind hierzu entwickelt worden: • Beschäftigung mit dem eigenen und gesellschaftlich vorgegebenen Schönheitsideal • Kritischer Umgang mit den Medien • Informationsvermittlung zum Thema „Gesunde Ernährung“ • Problemlösetraining • Übungen zur Steigerung des allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühls	Nach dem Erstgespräch und diagnostischen Interview, das Sie bereits bei uns geführt haben, möchten wir Ihnen folgendes Vorgehen vorschlagen: Wenn wir davon überzeugt sind, dass Sie von der Teilnahme an dem Gruppenprogramm profitieren können, werden wir Sie telefonisch kontaktieren und Sie zu einem zweiten Diagnostiktermin einladen. Bei diesem Termin werden wir ein weiteres diagnostischen Interview mit Ihnen führen sowie Ihnen einige Fragebogen mitgeben. Die Gruppen werden altersgemäß aufgeteilt und bestehen aus jeweils 6-8 Teilnehmerinnen. Geplant sind wöchentliche Treffen à 90 Minuten. Insgesamt werden 10 Termine stattfinden. Begleitend werden Informationsabende für Eltern angeboten. Für weitere Fragen oder Auskünfte stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.
---	--

Anhang 1 F: Teilnahmeregeln

Psychotherapeutische Ambulanz der Universität  Siegen

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie 

Vereinbarungen für die Teilnahme am Gruppenprogramm

Regelmäßige Teilnahme:	Für Deinen persönlichen Erfolg und den Erfolg der Gruppe ist es sehr wichtig, dass Du zu jeder Sitzung kommst, so dass Du keinen Baustein in dem Programm verpasst. Nur so könnt Ihr euch bei verschiedenen Übungen, die wir während des Programms durchführen werden, gegenseitig helfen und unterstützen und von dem Programm maximal profitieren. Falls Du wirklich einmal nicht zu einer Gruppensitzung kommen kannst, sag bitte rechtzeitig mindestens einen Tag vor der Sitzung ab.
Pünktlichkeit:	Die Gruppenleiterinnen verpflichten sich, die Sitzungen immer pünktlich zur vereinbarten Zeit zu beginnen. Auch die Teilnehmerinnen sollten also immer pünktlich da sein. Falls Du einmal nicht pünktlich da sein kannst, möchten wir Dich bitten, auch rechtzeitig im voraus Bescheid zu geben.
Hausaufgaben:	Am Ende der Sitzungen werden die Gruppenleiterinnen „Hausaufgaben“ mitgeben. Dies sind Aufgaben, die Dir im Rahmen des Programms weiter helfen sollen. Auch wenn es mal lästig sein sollte, möchten wir Dich bitten, diese immer zu erledigen, damit Du möglichst gut von dem Programm profitierst.
Vertraulichkeit / Schweigepflicht:	In der Gruppe werden wahrscheinlich auch Themen angeschnitten, die sehr persönlich sind. Vielen wird es erst mal schwer fallen, über solche Themen zu reden. Hierbei ist es besonders wichtig, dass Ihr euch darauf verlassen könnt, dass das, was in der Gruppe gesagt wird, in der Gruppe bleibt und nicht nach außen getragen wird. Das heißt, dass Du außerhalb der Gruppe natürlich über Deine persönlichen Erfahrungen mit dem Programm sprechen darfst, dass Du aber immer die Privatsphäre der anderen Teilnehmerinnen wahren musst und nicht deren persönlichen Dinge erzählen und deren Namen nennen darfst.

Hiermit erkläre ich mich mit den oben stehenden Vereinbarungen für die Teilnahme am Gruppenprogramm einverstanden.

Siegen, den _____

Unterschrift

Dipl.-Psych. Grit Köster

Prof. Dr. B. Tuschen-Caffier

St.-Johannes-Straße 18 D-57068 Siegen Tel.: 0271/740-4939 Fax: 0271/740-4940 E-Mail: siegen@christoph-dornier-stiftung.de

Anhang 2

Programm - Manual

Kognitive Vorbereitung

- Begrüßung der Teilnehmerin
- Erklärung, dass zur Vorbereitung auf das Programm dieser Termin mit jeder Teilnehmerin einzeln stattfindet, um Rückmeldung zur Diagnostik zu geben, die persönliche Entstehungsgeschichte der Probleme mit dem Essen und der Figur zu erarbeiten und Fragen der Teilnehmerin, die sie vor Teilnahme an dem Programm hat, zu beantworten

Rückmeldung zur Diagnostik

- Rückmeldung zu den durchgeführten diagnostischen Interviews und den ausgefüllten Fragebogen
 - Beispiel einer Rückmeldung:

⇒ „Bei dem Interview zum Essverhalten hast du erhöhte Werte v.a. bei den Fragen zur ‚Besorgnis um Figur‘ (Wunsch abzunehmen, Unzufriedenheit mit Gewicht und Figur, Unbehagen beim Betrachten des Körpers und Entkleiden). So beschreibst du z.B., dass Du manchmal das Gefühl hast, zu dick zu sein und du dir einen flachen Bauch wünschst.“

⇒ „Bei dem allgemeinen Interview zu psychischen Problemen, das wir beim zweiten Termin durchgeführt haben, war alles unauffällig; es gibt bei Dir keine schwerwiegenden Probleme mit Ängsten, Stimmungsschwankungen o.ä.“

⇒ „Bei dem Wissensfragebogen konnte man sehen, dass bei Dir schon einiges an Wissen vorhanden ist. Man sieht, dass du dich mit dem Thema schon viel beschäftigt hast, dass aber auch noch einige Unklarheiten bestehen.“

⇒ „Die anderen Fragebögen, die Du ausgefüllt hast, bestätigen unseren Eindruck aus den Interviews. Dein Selbstwertgefühl ist z.B. in Bezug auf dein Aussehen schwächer.“

⇒ „Bei den anderen Teilnehmerinnen sehen die Ergebnisse ähnlich aus, so dass es vieles geben wird, worüber ihr euch austauschen könnt.“

Erarbeitung des Entstehungsmodells

⇒ „Ich möchte mir nun gemeinsam mit dir ansehen, wie bei Dir die Probleme mit dem Essen bzw. die Unzufriedenheit mit der Figur entstanden sind. Man unterscheidet dabei generell zwischen lebensgeschichtlichen Faktoren und unmittelbaren Auslösern, d.h. eher aktuellen Stresssituationen. Was meinst Du, wie es bei Dir zu den Problemen mit dem Essen bzw. der Unzufriedenheit mit Deiner Figur gekommen ist?“

- Sammlung der verschiedenen lebensgeschichtlichen Faktoren und auslösenden Situationen in Stichpunkten auf einem Blatt Papier

Erarbeitung des Aufrechterhaltungsmodells

⇒ „Als nächstes wollen wir die Frage klären, warum Du beständig unzufrieden mit deiner Figur bist und / oder warum es Dir so schwer fällt, dich gesund und ausgewogen zu ernähren.“

- Erarbeitung und Aufzeichnen eines individuellen Teufelskreismodells. Beispiel:

Fühle mich zu dick → Sorge um weitere Gewichtszunahme → Durchführung einer Diät → Selbstbestätigung durch Kontrolle über sich selbst → mehr Selbstbewusstsein → Hunger / Leere → vermehrtes Essen → Gewichtszunahme → Frustration → wiederum Gefühl, zu dick zu sein

Erarbeitung des Veränderungsmodells

⇒ „Du empfindest diesen Teufelskreis wahrscheinlich als etwas, aus dem es schwer ist, auszubrechen. Das Gruppenprogramm soll Dir helfen, Veränderungsmöglichkeiten für Deine Situation zu finden, um aus dem Teufelskreis herauszukommen.“

⇒ „So werden wir versuchen, an den verschiedenen Stellen in dem Teufelskreis anzusetzen. Z.B. kann mit verschiedenen Übungen das Selbstbewusstsein in bezug auf den Körper gesteigert werden. Ihr werdet in dem Programm lernen, eure Körper besser zu akzeptieren. Zudem werden wir erarbeiten, wie ihr euch gut und ausgewogen ernähren könnt

und dies einüben. Es wird der Umgang mit Stresssituationen diskutiert, die sich bisher auf euer Essverhalten auswirken. Das alles werden wir möglichst individuell auf jede Teilnehmerin abstimmen; dafür ist das, was wir heute erarbeitet haben, sehr hilfreich.“

⇒ *„Bitte hebe Dein persönliches Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell auf und bring es bitte zur zweiten Sitzung mit.“*

Vereinbarungen für die Teilnahme an der Gruppe

⇒ *„Du bist jetzt ausgewählt, an diesem Gruppenprogramm und Forschungsprojekt teilzunehmen. Wahrscheinlich wird es so sein, dass die meisten Stunden für Dich persönlich sehr relevant sind; es kann aber auch manchmal sein, dass etwas nicht so auf Dich zutrifft. Trotzdem ist es wichtig, dass Du an jeder Sitzung teilnimmst, denn es hat sich gezeigt, dass sich bei denjenigen, die nicht regelmäßig zu einem Programm kommen, keine Veränderungen bzw. sogar Verschlechterungen zeigen. Für die ganze Gruppe und ihre Entwicklung ist es daher wichtig, dass bestimmte Vereinbarungen bezüglich der Mitarbeit und Anwesenheit eingehalten werden. Ich habe hier ein Blatt für Dich, wo diese Vereinbarungen festgehalten sind. Du solltest für dich genau prüfen, ob Du diese Vereinbarungen für die zehn Sitzungen einhalten kannst.“*

- Vorlegen der Vereinbarungen (Anhang 3 KV), Unterschrift der Teilnehmerin

Organisatorisches

- Information über Termine und Ort des Programms
- Information über das Ausfüllen der Fragebögen (direkt nach Beendigung des Programms und sechs Monate später)
- Klärung von Fragen der Teilnehmerin

Programm zur Prävention von Essstörungen		KV
Vereinbarungen für die Teilnahme am Gruppenprogramm		
Regelmäßige Teilnahme:	Für Deinen persönlichen Erfolg und den Erfolg der Gruppe ist es sehr wichtig, dass Du zu jeder Sitzung kommst, so dass Du keinen Ausfall in dem Programm verpasst. Nur so kannst Du auch bei verschiedenen Übungen, die wir während des Programms durchführen werden, gegenseitig helfen und unterstützen und von dem Programm maximal profitieren. Falls Du wirklich einmal nicht zu einer Gruppensitzung kommen kannst, sag bitte rechtzeitig mindestens einen Tag vor der Sitzung ab.	
Pünktlichkeit:	Die Gruppenleiterinnen verpflichten sich, die Sitzungen immer pünktlich zu vereinbarten Zeit zu beginnen. Auch die Teilnehmerinnen sollten also immer pünktlich da sein. Falls Du einmal nicht pünktlich da sein kannst, möchten wir Dich bitten, auch rechtzeitig im voraus Bescheid zu geben.	
Hausaufgaben:	Am Ende der Sitzungen werden die Gruppenleiterinnen „Hausaufgaben“ aufgeben. Dies sind Aufgaben, die Dir im Rahmen des Programms weiter helfen sollen. Auch wenn es mal müde sein sollte, möchten wir Dich bitten, diese immer zu erledigen, damit Du möglichst gut von dem Programm profitierst.	
Vertraulichkeit / Schweigepflicht:	In der Gruppe werden wahrscheinlich auch Themen angesprochen, die sehr persönlich sind. Vielen wird es erst mal schwer fallen, über solche Themen zu reden. Hierbei ist es besonders wichtig, dass Ihr euch darauf verlassen könnt, dass das, was in der Gruppe gesagt wird, in der Gruppe bleibt und nicht nach außen getragen wird. Das heißt, dass Du außerhalb der Gruppe natürlich über Deine persönlichen Erfahrungen mit dem Programm sprechen darfst, dass Du aber immer die Privatsphäre der anderen Teilnehmerinnen wahren musst und nicht deren persönlichen Dinge erzählst und deren Namen nennst darfst.	
Hiermit erkläre ich mich mit den oben stehenden Vereinbarungen für die Teilnahme am Gruppenprogramm einverstanden.		
Datum _____		Unterschrift _____

Programmstunde 1: Kennenlernen und kognitive Interventionen zum Schönheitsideal

Ablauf der Sitzung

1. Vorstellung und Überblick	5 Min
2. Kennenlernen der Teilnehmerinnen: Paarinterview	25 Min
3. Wünsche und Ängste	20 Min
4. Gruppenregeln	5 Min
5. Schönheitsidealübung	35 Min

Materialien

- Arbeitsblätter M1A-M1C
- Karteikarten
- Tafel oder Flip-Chart
- Stifte
- Darstellungen von Frauen und Männern aus Zeitschriften (Schönheitsideale)
- Klebepunkte

1. Vorstellung und Überblick

- Begrüßung der Teilnehmerinnen (im folgenden: TN)
- Vorstellung der Gruppenleiterinnen
- Bei Gruppen mit älteren Teilnehmerinnen Klärung der Anrede („Du“ oder „Sie“)¹
- Kurzer Überblick über den Programmablauf und die Teilnahme am Forschungsprojekt (Post- und Follow-up-Erhebungen)
- Überblick über die 1. Programmstunde

¹ Da sich bei dem vorliegenden Forschungsprojekt alle TN auf die Anrede mit ‚Du‘ geeinigt haben, wird im Manual durchgängig diese Anrede verwendet.

2. Kennenlernen: Paarinterview

- Bildung von TN-Paaren

⇒ „Wir möchten euch gerne näher kennen lernen und euch Gelegenheit geben, euch auch untereinander bekannt zu machen. Interviewt euch bitte paarweise gegenseitig. Erzählt dabei, was für die Gruppe von Interesse sein könnte (z.B. kurzer Lebenslauf, Hobbies - und auch ganz wichtig, warum ihr hier in der Gruppe seid). Wir haben einige Fragen zusammengestellt, an denen ihr euch orientieren könnt; ihr dürft euch auch Notizen machen. Jede von euch soll hinterher in der Lage sein, die Partnerin der Gruppe vorzustellen.“

Programm zur Prävention von Essstörungen M1A
Fragen für das Interview
• Name: _____ Alter: _____ • Lebenslauf: ◦ Geburtsdatum und -ort ◦ Geschwister ◦ Schulischer / beruflicher Werdegang • Hobbies • Interessen • Was magst Du ganz besonders? Was gar nicht? • Weshalb kommst Du hierher zur Gruppe?
Platz für Notizen: _____

- Austeilen von M1A²

- TN interviewen sich gegenseitig (5-10 Min)

⇒ „Jetzt stellt bitte eure Partnerin in der Runde vor: Stellt euch jeweils hinter die Partnerin und erzählt über sie in der Ich-Form. Die Vorgestellte soll kommentarlos zuhören, danach kann sie Aussagen, die nicht richtig waren, richtig stellen.“

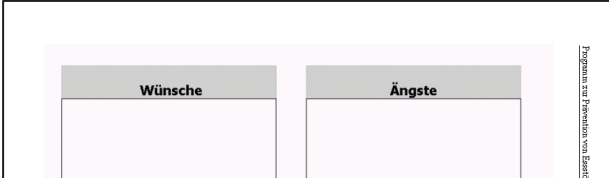
- Wichtig: Die Gruppenleitung sollte darauf achten, dass kein Leistungsdruck entsteht, die Geschichten dürfen auch bruchstückhaft vorgetragen werden.

⇒ Nach allen Vorstellungen Frage stellen: „Wie hat sich die eigene Geschichte aus dem Mund einer anderen anhört, welche Gefühle hattet ihr dabei?“

3. Wünsche und Ängste

⇒ „Sicherlich seid ihr alle mit bestimmten Erwartungen, Ängsten vor, aber auch Wünschen an die Gruppe hierher gekommen. Diese möchten wir sammeln. Bitte schreibt alle Wünsche an und Ängste vor der Gruppe auf Karteikarten.“

² Die Materialien zu den Programmstunden finden sich im Anhang 3.

- Karteikarten und Stifte austeilten, TN sollen jede für sich Wünsche und Ängste notieren (ca. 5 Min)
 - Karten mit Wünschen und Ängsten werden an Tafel oder Flipchart entsprechend **M1B** angebracht
 - Diskussion der Wünsche und Ängste, hier könnten auch schon Regeln für die Gruppe abgeleitet werden
- 
- Das Diagramm zeigt eine schematische Darstellung eines Flipcharts. Es besteht aus zwei vertikalen Spalten. Die linke Spalte ist mit dem Titel 'Wünsche' beschriftet, die rechte Spalte mit 'Ängste'. Jede Spalte ist als Kasten mit einem hellen Hintergrund und einem dunklen Rahmen dargestellt. Rechts neben dem Flipchart befindet sich ein vertikaler Text: 'Programme zur Prävention von Essstörungen'.

!Wünsche und Ängste nach der Sitzung auf M1B notieren, wird am Ende des Programms nochmals gebraucht!

Wünsche

Ängste

4. Gruppenregeln

⇒ „In der Vorbesprechung für die Gruppe habt ihr alle die Gruppenregeln schon unterschrieben. Das ist sehr wichtig, weil es für euch und für die Gruppe notwendig ist, dass ihr regelmäßig an den Gruppentreffen teilnehmt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich nichts verändert, bzw. dass sich die Probleme sogar noch verstärken. Auch über die Schweigepflichtregel seid ihr schon informiert worden. In der Gruppe werden wir wahrscheinlich auch Themen anschneiden, die sehr persönlich sind. Den meisten von euch wird es schwer fallen, über solche Themen zu reden. Hierbei ist es besonders wichtig, dass man weiß, dass das, was in der Gruppe gesagt wird, in der Gruppe bleibt und nicht nach außen getragen wird. Das heißt, dass ihr außerhalb der Gruppe natürlich schon über eure persönlichen Erfahrungen hier sprechen dürft, dass ihr aber immer die Privatsphäre der anderen Teilnehmerinnen wahrt und nicht deren persönliche Angelegenheiten erzählt und deren Namen nennt. Hierzu bitten wir euch, die Schweigepflichterklärung zu unterschreiben.“

[illegible]

- Schweigepflichterklärung (**M1C**) unterschreiben lassen
- ⇒ *„Gibt es noch andere Regeln, die euch wichtig sind für die produktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Gruppe?“*

5. Schönheitsidealübung

- Vorbereitete Schönheitsideale (jeweils 10 Darstellungen von Männern und Frauen aus Zeitschriften bzw. auch jeweils eine Darstellung eines früheren (fülligeren) Schönheitsideals) auf dem Boden auslegen (Beispiele siehe **M1D**)
- ⇒ *„Wir wollen uns jetzt mit dem Thema „Schönheit“ und wie es in den Medien dargestellt wird, beschäftigen. Wir haben hier Bilder von ganz verschiedenen Menschen hingelegt. Ihr dürft jetzt umhergehen und euch die Bilder in Ruhe anschauen. Ihr erhaltet zwei Klebepunkte und wählt einen Mann und eine Frau aus, welche bzw. welchen ihr auf den Fotos am schönsten findet. Darunter könnt ihr eure Punkte hinkleben.“*
- Wenn alle TN gewählt haben, findet eine anschließende Diskussion mit folgenden Leitfragen und Informationsgabe statt:
- ⇒ *„Jetzt sehen wir uns an, wie ihr euch entschieden habt. Welche Bilder wurden am häufigsten gewählt? Was gefällt euch an der Frau / dem Mann besonders? Meint ihr, die Personen sind schön? Wer gefällt euch am wenigsten? Warum? Glaubt ihr, dass sich jeder Mensch so entschieden hätte? Was müssen Leute haben, um als schön zu gelten? Wie ihr seht, ist es Geschmackssache, welche Männer und welche Frauen man schön findet.“*
- ⇒ *„Dann ist das Schönheitsideal, also das, wonach die Leute streben und wie sie gerne aussehen möchten, ist auch sehr von der jeweiligen Zeitströmung abhängig. Warum hat z.B. keiner die ‚Rubensdame‘³ gewählt? Warum waren früher eher fülligere Figuren ‚angesagt‘?“*
- Gründe herausarbeiten: z.B. früher eher Gleichstellung von Gewicht mit Reichtum
- ⇒ Abhängigkeit des Schönheitsideals von der Kultur herausarbeiten. *„Auch in ärmeren Ländern wird heute teilweise noch Dicksein mit Reichtum in Zusammenhang gebracht.“*

³ Der Begriff Rubensdame, benannt nach dem Maler Rubens, steht für die Vorliebe dieses Künstlers für kräftige, vollschlanke Frauen, die er auf seinen Bildern zum Ausdruck brachte.

- ⇒ „Das Schönheitsideal wandelt sich heutzutage sehr schnell, eine Frau in den Vierzigern hat in ihrem Leben schon viele Trends von sehr schlank zu eher dicker erlebt.“
- ⇒ „Hätten Männer anders gewählt? Wie? Warum?“
- ⇒ „Haben es schönere Menschen einfacher haben, Freunde zu finden?“
- ⇒ „Sind schönere Menschen generell glücklicher? Haben Models oder ‚tolle‘ Filmschauspieler weniger Probleme im Leben?“
- ⇒ „Mit welchen Tricks wird bei solchen Fotos gearbeitet? Sähen die Leute genauso aus, wenn man sie auf der Straße treffen würde?“
- ⇒ „Niemand von uns sieht aus wie die Models auf den Fotos. Was glaubt ihr, wie viel Prozent der Bevölkerung als Models arbeiten? (0,03%) Trotzdem bestimmen diese wenigen Menschen mit, wie man sich fühlt. Ihr kennt sicher das Gefühl, wenn man die Models in den Zeitschriften betrachtet und sich mit ihnen vergleicht. Dann findet man sich oftmals nicht mehr attraktiv und überlegt, was man alles an sich verändern müsste. Schönheitsideale haben einen großen Einfluss darauf, ob man sich zu dick, zu dünn oder gerade richtig findet.“
- ⇒ „Niemand möchte gerne dick sein oder werden. Warum haben wir diese Sehnsüchte nach Schlankheit? Welches Idealgewicht habt ihr? Wer hat im Moment dieses Idealgewicht? Keiner? Da habt ihr etwas gemeinsam mit 80 % aller Frauen, die unzufrieden mit ihrem Gewicht sind.“
- ⇒ „Wenn ihr euer Idealgewicht hättet, was wäre dann anders im Leben?“
- ⇒ Zum Abschluss gemeinsames Fazit aus der Diskussion ziehen: „Natürlich wäre es toll, so auszusehen wie ein Model. Aber man sollte sich doch immer vor Augen halten, dass durch die Medien ein Schönheitsideal geprägt wird, was gar nicht echt ist, was eigentlich gar nicht existiert. Wichtig ist es, zu lernen, wie man sich selbst besser akzeptieren kann.“
- TN bitten, zur nächsten Programmstunde die in der kognitiven Vorbereitung erarbeiteten persönlichen ‚Teufelskreise‘ mitzubringen

Programmstunde 2: Kognitive Interventionen zum Schönheitsideal

Ablauf der Sitzung

1. Darstellung des Schönheitsideals in der Fernsehwerbung	30 Min
2. Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell von Essstörungen	45 Min
3. Überblick über Programmablauf	5 Min
4. Hausaufgabe: Ernährungsprotokoll	10 Min

Materialien

- Arbeitsblätter M2A-M2H
- Videokassette mit aufgezeichneter Werbung
- Fernseher und Videorekorder
- Karteikarten
- Tafel oder Flip-Chart
- Leere Overhead-Folien
- Folienstifte
- Overhead-Projektor
- Mappen für Ernährungsprotokolle

1. Darstellung des Schönheitsideals in der Fernsehwerbung

- Begrüßung der TN
- Kurze Zusammenfassung der letzten Sitzung, Klärung offener Fragen

⇒ „Heute wollen wir uns weiter mit der Darstellung von Frauen und Männern in den Medien beschäftigen und wie deren Darstellung das Essverhalten beeinflussen kann. Wir haben Werbung aus dem Fernsehen zusammengestellt, bei der sehr stark die Sorgen um

die Figur und das Gewicht angesprochen werden. Bitte seht euch die Werbungen zunächst kommentarlos an.“

- Vorspielen von drei verschiedenen Werbungen, bei denen Sorgen um die Figur oder Ess- bzw. Diätverhalten im Vordergrund stehen.
- ⇒ *„Wir zeigen die Werbungen nun ein zweites Mal und bitten euch, genau hinzuschauen und euch Kritikpunkte an diesen Werbungen zu überlegen.“*
- Die Werbungen werden ein zweites Mal vorgespielt.
- Die TN werden angeleitet, ihre Kritikpunkte in Zweiergruppen auf Karteikarten zu sammeln.
- Die Karteikarten mit den Kritikpunkten werden an der Wand aufgehängt.
- Diskussion in der Großgruppe:
- ⇒ *„Welche Botschaften vermitteln solche Werbungen? Wie wirken sie auf euch?“*
- ⇒ *„Mal ehrlich, wer möchte nicht so aussehen wie die in der Werbung dargestellten superdünnen Models? Bei wem hat die Werbung trotz der Kritik nicht dazu geführt zu denken: ‚Vielleicht doch mal probieren!‘?“*
- ⇒ *„Wer hat Erfahrungen mit solchen Diätprodukten? Was meint ihr zu der Aussage, dass Schlankwerden ganz einfach ist? Oft hat man zwei Seelen in seiner Brust: man weiß eigentlich, dass es nichts hilft und doch will man es ausprobieren.“*
- ⇒ *„Was lösen diese Werbungen in euch aus? (evtl. Wut, was da vorgegaukelt wird?)“*

2. Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell von Essstörungen

- ⇒ *„Wir haben mit dem Thema ‚Schönheit‘ angefangen, das ist auch ein Thema, das uns durch das ganze Programm begleiten wird. Nun werden wir sehen, womit Probleme mit dem Essen noch zusammenhängen können, ihr erinnert euch bestimmt an eure persönlichen Teufelskreise aus dem Vorbereitungs-gespräch, die brauchen wir jetzt, habt ihr sie dabei?“*
- ⇒ *„Zur Entstehung von Essproblemen gibt es ein Modell, das Forscher aufgrund von Ergebnissen*

Program zur Prävention von Essstörungen M2A

Kongressvorbereitung

Eine Hilfskraft hat Euch netterweise schon eine schöne Folie erstellt, aber den Vortrag müsst Ihr jetzt noch selber ausarbeiten.

In der Forschung wurden bezüglich der Entstehung von Essproblemen verschiedene Risikofaktoren festgestellt:

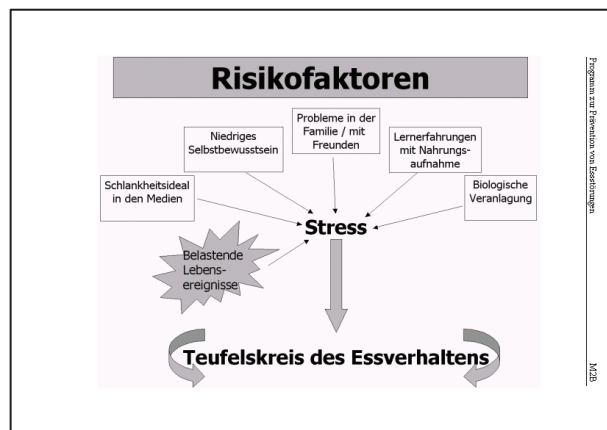
- Schlankheitsideal in den Medien
- Niedriges Selbstbewusstsein
- Probleme in der Familie / mit Freunden
- Lernerfahrungen mit der Nahrungsaufnahme
- Biologische Veranlagung

Diese Faktoren können einzeln oder im Zusammenspiel Essprobleme verursachen. Häufig kommen auch belastende Lebensereignisse dazu, die zu weiterem Stress führen.

Versucht für jeden Risikofaktor und die belastenden Lebensereignisse Beispiele zu finden und wie sich diese auf das Essverhalten auswirken könnten! Erarbeitet eine kleine Präsentation!

Die andere „Forscherguppe“ wird dann den Teufelskreis des Essverhaltens vorstellen.

verschiedener Studien entwickelt haben. Das Modell unterscheidet zwischen Risikofaktoren, also Faktoren, die zur Entstehung von Essproblemen beitragen, und aufrechterhaltenden Faktoren, die erklären, warum Essprobleme fortbestehen und nicht so einfach zu lösen sind“



⇒ „Stellt euch vor, ihr wärt große, anerkannte Forscher auf diesem Gebiet und wärt eingeladen, auf einem Kongress dieses Modell vorzustellen.“

⇒ „Teilt euch bitte in zwei Gruppen auf. Die eine Gruppe stellt dann die Risikofaktoren vor, die andere den Teufelskreis der Aufrechterhaltung.“

⇒ „Die Gruppe mit den Risikofaktoren befasst sich mit den Überschriften in dem Modell. Überlegt dann bitte, was genau dahinter stecken könnte und in wie weit es das Essverhalten beeinflussen kann, vielleicht fällt euch ja auch etwas aus eigener Erfahrung ein, wenn ihr euch an das Vorbereitungsgespräch für die Gruppe erinnert.“

Programm zur Prävention von Essstörungen MZC

Kongressvorbereitung

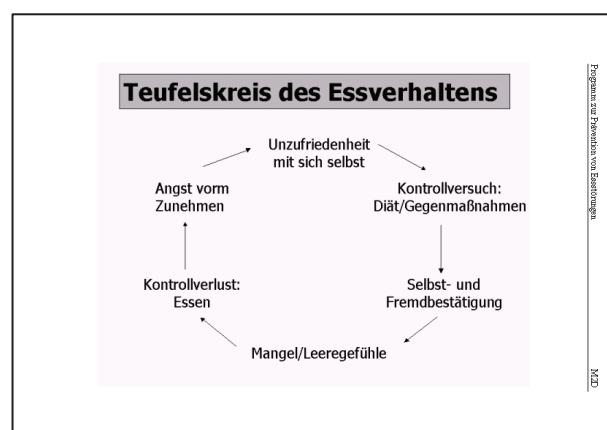
Eine Hilfskraft hat Euch netterweise schon eine schöne Folie erstellt, aber den Vortrag müsst Ihr jetzt noch selber ausarbeiten.

In der Forschung wurde bezüglich der Aufrechterhaltung von Essproblemen ein Teufelskreis entdeckt. Diskutiert die Richtigkeit dieses Teufelskreises! Vielleicht hat die Hilfskraft auch verschiedene Gefühle, Gedanken oder Verhaltensweisen vergessen in den Teufelskreis mit einzufügen, diese könnt Ihr noch ergänzen.

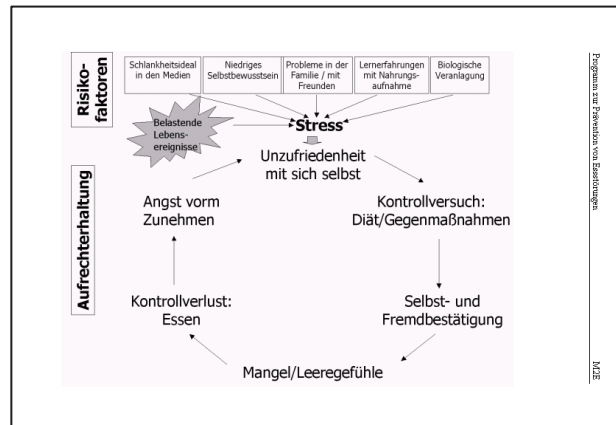
Erarbeitet eine kleine Präsentation, in der Ihr die einzelnen Punkte in dem Teufelskreis genau beschreibt und wie sie auf einander wirken.

⇒ „Die Gruppe zur Aufrechterhaltung überlegt bitte, wie man diesen Teufelskreis plausibel erklären kann, warum und wodurch jeweils der nächste Schritt ausgelöst wird, oder ob man auch noch Zwischenschritte einfügen muss.“

⇒ „Bitte bereitet einen kurzen Vortrag vor, ihr könnt dafür das Flipchart nutzen oder auch Folien herstellen.“



- Austeilen von **M2A** und **M2B** für ‚Risikofaktor-Gruppe‘ und **M2C** und **M2D** für ‚Aufrechterhaltungsgruppe‘
- Gruppenarbeit (20 Min)
- Vorstellungen der Gruppenarbeiten
- Diskussion über Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell unter Einbezug der persönlichen Erfahrungen der TN
- Austeilen des umfassenden Störungsmodell (**M2E**)



3. Überblick über Programmablauf

- Erläuterung, dass es das Ziel des Programms zur Prävention von Essstörungen ist, an den verschiedenen Punkten des ‚Teufelskreises‘ vorbeugend anzusetzen
- Ableitung der Inhalte des Programms
- Überblick über Programmablauf (**M2F**)

Program zur Prävention von Essstörungen M2F

Programmübersicht

Sitzung	Thema
1	➤ Kennen lernen
2	➤ Schönheitsideal / Medien
3	➤ Entstehung von Essproblemen
4	➤ Gesunde Ernährung
5	
6	➤ Körperbild
7	
8	
9	➤ Konflikt- und Stressbewältigung
10	

4. Hausaufgabe: Ernährungsprotokoll

- Austeilen der Mappen (‚Ernährungstagebuch‘) mit Ernährungsprotokollen (**M2G**) und Hinweisen zum Ausfüllen (**M2H**)
- ⇒ „Ein Weg, den Teufelskreis zu durchbrechen, ist die Überlegung, wie man sich tatsächlich gesund und ausgewogen ernähren kann. Dazu muss man aber wissen, wie überhaupt der „Ist-Zustand“ aussieht, bevor man etwas daran ändern kann. Damit kommen wir zur Hausaufgabe. Es ist eine fortwährende Hausaufgabe, die ihr während des ganzen Programms erledigen sollt. Ihr bekommt ein ‚Ernährungstagebuch‘ mit einigen Ernährungsprotokollen und einer Anleitung zum Ausfüllen.“

[illegible]

⇒ „Ab nächster Woche solltet ihr dann jeden Tag protokollieren. Das dient dazu, dass ihr selbst verfolgen könnt, wie ihr euch ernährt und ist eine wichtige Informationsquelle, ob sich durch die Teilnahme am Programm etwas ändert. Wir werden die Protokolle jede Woche auswerten und ihr bekommt dann in der darauffolgenden Sitzung immer eine Rückmeldung darüber.“

Programm zur Prävention von Essstörungen

MH

Tipp und Hinweise zum Ausfüllen des Ernährungsprotokolls

Datum / Wochentag	Zunächst bitte immer das Datum und den Wochentag notieren. Für einen Tag können so viele Seiten wie nötig verwendet werden, für einen neuen Tag sollte jedoch immer mit einer neuen Seite begonnen werden.
Wo?	Trage ein, wo Du diese Mahlzeit eingenommen hast (z.B. beim Essen, auf dem Heimweg, zu Hause am Küchentisch).
Mit wem?	Gib an, mit wem Du die Mahlzeit zu Dir genommen hast (z.B. allein, mit Freunden, Familie, Arbeitskollegen)
Anfang / Ende	Trage die Uhrzeit zu Beginn und Ende der Mahlzeit ein
Hunger	- Schätze auf einer Skala von 0 bis 7 Ihr Hungergefühl vor der Mahlzeit ein 0 bedeutet „nicht hungrig“, 7 bedeutet „sehr hungrig“
Nahrungsmenge	Notiere die jeweilige Menge der Nahrungsmittel und Getränke so genau wie möglich (z.B. in Stück, Gramm oder Liter).
Art der Nahrungsmittel / Getränke	Schreibe genau auf, welche Nahrungsmittel und Getränke Du zu dir genommen hast.
Essensaft	Trage hier ein, ob diese Mahlzeit für Dich ein Essensaft war oder nicht.
Kontrollverlust	- Schätze hier ein, wie stark Du das Gefühl habtest, mit dem Essen auflösen zu können. 0 bedeutet „Gefühl der vollständigen Kontrolle“, 7 bedeutet starkes Gefühl, die Kontrolle über das Essen zu verlieren“.
Angst zunehmen	- Schätze auf einer Skala von 0 bis 7 Deine Angst ein, bei dieser Mahlzeit zuzunehmen. 0 bedeutet „keine Angst zuzunehmen“, 7 „extreme Angst zuzunehmen“
Gegenmaßnahmen	Trage hier eventuelle Maßnahmen ein, die Du ergreifen hast, um die aufzunehmenden Kalorien wieder zu verringern (z.B. Erbrechen, Sport)

Programmstunde 3: Ernährung

Ablauf der Sitzung

1. Rückmeldung zum ersten Programmbaustein	10 Min
2. Einstiegsübung mit Fragekarten	20 Min
3. Auswertung Ernährungsprotokolle	45 Min
4. Vorbereitung der nächsten Sitzung	15 Min

Materialien

- Papier
- Stifte
- Fragekarten (M3A)
- Ernährungsprotokolle (M2G)
- Flipchart

1. Rückmeldung zum ersten Programmbaustein

- Begrüßung der TN und Erfragung einer Rückmeldung zum ersten Programmbaustein
⇒ „In den ersten beiden Stunden haben wir uns als Einstieg mit dem Thema „Schönheitsideal“ befasst und wie dieses in den Medien vermittelt wird. Zudem haben wir gemeinsam die Entstehung von Essproblemen anhand eurer persönlichen Teufelskreise erarbeitet. Nach jedem Programmbaustein werden wir euch zu eurer Meinung befragen. Nachdem jetzt der erste Baustein abgeschlossen ist, möchten wir gerne wissen, was euch an diesem Thema gut oder nicht so gut gefallen hat, bzw. welche persönlichen Schlüsse ihr daraus ziehen konntet. Vielleicht braucht ihr etwas Bedenkzeit, nehmt euch einen Zettel und Stift und schreibt erst mal auf.“
- Aufforderung, dass jede TN auch mündlich Rückmeldung gibt, dabei auf Erfahrungen eingehen

- Zusammenfassung und Wissensvermittlung:

⇒ „Wir sehen also, dass das Schönheitsideal uns irgendwie doch alle beeinflusst, auch wenn wir das vielleicht eigentlich gar nicht wollen und wissen, dass die Models in den Zeitschriften und Werbungen wirklich nur einen ganz kleinen Prozentsatz der Bevölkerung darstellen (wer weiß noch wie viel? 0,03 %). Meist werden die Bilder künstlich verändert; im wahren Leben haben Models die gleichen Probleme wie alle anderen Menschen auch und haben es auch nicht unbedingt einfacher, Freunde zu finden. Außerdem ist das Schönheitsideal stark von der Zeit und der Kultur abhängig. Trotzdem strebt jeder Mensch immer danach, möglichst perfekt zu sein und auszusehen. Das ist etwas ganz Normales. Aber es ist wichtig, dass man sich das, was wir hier in den letzten zwei Wochen besprochen haben, manchmal ins Gedächtnis ruft und alles etwas kritischer betrachtet und in Relationen setzen kann.“

2. Einstiegsübung mit Fragekarten

⇒ „Das Thema für die nächsten zwei Stunden ist gesunde (und ungesunde) Ernährung, also wie man sich am besten ernähren sollte. Ihr habt ja schon die Ernährungsprotokolle ausgefüllt, aber wir wollen zunächst mit einer kleinen Übung zum Einstieg in das Thema beginnen.“

- Die TN werden aufgefordert, je 3 Karten (**M3A**) zu ziehen und erhalten ein paar Minuten Zeit, um die Fragen im Kopf zu beantworten
- Nacheinander Beantwortung der Fragen in der Runde
- Besprechung der Antworten in der Gruppe

3. Auswertung Ernährungsprotokolle

⇒ „Bitte holt nun eure Ernährungsprotokolle heraus. Haben es alle geschafft, an den drei besprochenen Tagen die Protokolle auszufüllen? Falls nicht, welche Schwierigkeiten gab es?“

- Auf Fragen zu den Ernährungsprotokollen und Probleme bei Ausfüllen eingehen

- Aufteilung der Gruppe in zwei Kleingruppen mit jeweils einer Programmleiterin zur Besprechung der Protokolle
 - Mit jeder TN werden ihre Ernährungsprotokolle ausgewertet und gemeinsam mit den anderen TN folgende Fragen / Themen erörtert:
 - Was ist für eine gesunde Ernährung günstig oder ungünstig?
 - Anzahl der Mahlzeiten
 - Verteilung der Mahlzeiten über den Tag (Zeitspannen, in denen nichts gegessen wird)/ Auswirkungen von restriktivem Essverhalten
 - Hungergefühl
 - Kalte und warme Mahlzeiten
 - Essgeschwindigkeit
 - Verteilung der Makronährstoffe
 - Einbeziehung „verbotener“ Nahrungsmittel
 - „gute“ Tage, „schlechte“ Tage
 - Was sind Auslöser für Essen?
 - Essanfälle
 - Wiedertreffen in der Großgruppe, jede Gruppe berichtet kurz von den Erkenntnissen und was ihnen besonders aufgefallen ist
- ⇒ *„Bitte füllt die Protokolle ab jetzt täglich aus (Kopien von **M2G** austeilen) und bringt sie zur Sitzung mit. Wir werden die Protokolle einsammeln, auswerten und euch jeweils in der nächsten Sitzung Rückmeldung dazu geben. Dadurch könnt ihr sehen, wie ausgewogen ihr euch ernährt. Wir werden die Protokolle immer am Anfang der Sitzung kurz besprechen.“*

4. Vorbereitung der nächsten Sitzung

- ⇒ *„Beim nächsten Mal wollen wir genau erarbeiten, was es heißt, sich gesund und ausgewogen zu ernähren. Um dies für euch individuell vorzubereiten, würden wir jetzt zum Abschluss gerne noch Fragen sammeln, die euch im Zusammenhang mit dem Thema ‚Gesunde Ernährung‘ interessieren.“*
- Sammlung der Fragen am Flipchart

- Von Seiten der Gruppenleiterinnen sollten Fragen aus dem Wissensfragebogen eingebracht werden:
 - Sollte man Öle und Fette aus der Ernährung ganz weglassen bzw. wie viel davon sollte man essen?
 - Erklärung für den Jojo-Effekt?
 - Wie viele Mahlzeiten sollte man täglich zu sich nehmen?
 - Wie viel sollte man täglich trinken?
 - Sollte man auf Süßigkeiten grundsätzlich verzichten?
 - Wieswegen sollte man so viele Kohlehydrate essen? Wofür sind die gut?

Programmstunde 4: Ernährung

Ablauf der Sitzung

1. Informationen zur gesunden Ernährung	30 Min
2. Gruppenarbeit ‚Ein perfekter Tag‘	30 Min
3. Rigide und flexible Kontrolle	20 Min
4. Hausaufgabe: ‚Flexible Regel‘	10 Min

Materialien

- Arbeitsblätter M4A-M4G
- ‚leere‘ Ernährungspyramide (auf Tafel oder Flipchart gemalt, Aufteilung der Felder nach Ernährungspyramide des aid)
- Overhead-Projektor
- Große Blätter
- Stifte
- Taschenrechner
- Ernährungsprotokolle (M2G)
- Informationsbroschüren zum Austeilen:

Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (aid) e.V. (2001). *Vollwertig essen & trinken*. Bonn: aid.
Verein zur Förderung der gesunden Ernährung und Diätetik (VFED) e.V. *Gesund Essen und Trinken mit Genuss*. Aachen: VFED.

1. Informationen zur gesunden Ernährung

- Begrüßung der TN

⇒ „Heute wollen wir uns damit beschäftigen, was es heißt, sich gesund und ausgewogen zu ernähren. Ihr habt beim letzten Mal schon einige Fragen genannt, aber zunächst die Frage zurück an euch: Was denkt ihr, ist gesunde Ernährung?“

- Sammlung der Antworten

⇒ „Ernährt ihr euch alle so? Sich gesund zu ernähren scheint zunächst sehr einfach zu sein. Warum ist es aber so schwierig, dies einzuhalten? Wir wollen uns die Regeln, die ihr gerade genannt habt, genauer ansehen, wobei wir natürlich auch eure Fragen berücksichtigen werden.“

- Aufhängen einer ‚leeren‘ Ernährungspyramide

⇒ „Dies ist die Ernährungspyramide, die einige von euch sicher kennen. Was gehört denn jeweils in die Felder, wie sollte die Nährstoffverteilung aussehen?“

- Mit TN wird gemeinsam die Nährstoffverteilung erarbeitet und die Nahrungsgruppen in die jeweiligen Felder der Ernährungspyramide eingetragen. Dabei sollten vorher gesammelte Fragen der TN beantwortet und folgende Informationen vermittelt werden:

⇒ „Bei der Ernährungspyramide ist es wichtig zu beachten, dass es sich hierbei nicht um eine feste strenge Regel handelt, d.h. dass man sich nicht täglich peinlich genau an diese Nährstoffmittelverteilung halten muss, sondern dass sie eher einen Rahmen vorgibt, an den man sich halten sollte.“

⇒ „Den größten Anteil an der Ernährungspyramide machen **Getreide, Getreideprodukte** (also Brot, Reis, Nudeln) **und Kartoffeln** aus. Was ist in diesen Lebensmitteln am meistens enthalten? (Kohlenhydrate) Und wozu sind Kohlenhydrate gut? (wichtigste Energielieferanten)“

⇒ „Viele kohlenhydrathaltige Nahrungsmittel enthalten auch noch andere wichtige Inhaltsstoffe, z.B. Eiweiß, Vitamine, Mineralstoffe und Ballaststoffe.“

⇒ „Ballaststoffe sind nahezu unverdaulich, trotzdem sind sie nicht nutzlos: sie regen zum Kauen an und verhindern so, dass Essen heruntergeschlungen wird, sie fördern außerdem die Aufnahme der Nährstoffe ins Blut, sättigen länger und regeln die Darmtätigkeit.“

⇒ „**Obst und Gemüse** haben gemeinsam den zweiten großen Anteil an der Ernährungspyramide, sie sind die idealen ‚Fitmacher‘, sie sind kalorienarm, aber reich an Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen. Es gibt viele wissenschaftliche Studien, die belegen, dass Menschen, die viel Obst und Gemüse essen, gesünder sind als andere. Als generelle Richtlinie werden 5 Portionen Gemüse und Obst am Tag empfohlen.“

⇒ „**Milchprodukte** enthalten viel Eiweiß, was der wichtigste Baustein der Körperzellen und der Knochen ist.“

- ⇒ „**Fette und Öle** sollte man in Maßen genießen, sie sind aber auch lebensnotwendig und gehören zu einer ausgewogenen Mahlzeit dazu. Z.B. braucht man Fette, um bestimmte Vitamine aufzulösen, d.h. dass manche Vitamine nur bei gleichzeitiger Aufnahme von Fett im Körper verarbeitet werden können.“
- ⇒ „**Süßigkeiten oder auch Salzige wie Chips** müssen nicht völlig aus dem Ernährungsplan gestrichen werden, in kleinen Mengen sind sie absolut nicht schädlich. Man sollte allerdings darauf achten, wann man Süßigkeiten isst; sie sollten nicht aus Frust oder Stress, sondern mit Genuss gegessen werden.“
- ⇒ „Wichtig ist außerdem eine ausreichende **Flüssigkeits**-Versorgung. Am Tag sollte man mindestens **1,5 bis 2 Liter** trinken. Welche Getränke sind da sinnvoll? (Wasser und Fruchtsäfte).“
- ⇒ „Nachdem wir uns angesehen haben, wie anteilmäßig die Nährstoffverteilung sein sollte, stellt sich nun die Frage, wie viel Energie man am Tag braucht, also wie viele Kalorien. Es gibt eine Formel, mit der man den täglichen **Energiebedarf** berechnen kann: Zuerst berechnet man den Grundbedarf, also das, was man an Energie braucht, um im Ruhezustand (z.B. eine bettlägrige Patientin) den Bedarf an Vitaminen etc. zu decken: **Grundbedarf = kg x 24**. Das könnt ihr für euch ausrechnen (an Flipchart Formel anschreiben mit Beispiel dabei: $65 \times 24 = 1560$). Natürlich bewegen wir uns ja alle und brauchen dementsprechend mehr Energiezufuhr. Das berechnet man folgendermaßen: **Grundbedarf : 3 = Leistungsbedarf** (Beispiel: $1560:3 = 520$). Den Grundbedarf addiert man dann mit dem Leistungsbedarf und das ist dann der gesamte Energiebedarf (Beispiel: $1560+520 = 2080$)“
- ⇒ Der gesamte Energiebedarf ist das, was man im Moment braucht, um sein Gewicht zu halten, wenn man also die Kalorienzahl von da ausgehend senkt, nimmt man ab. Vorher sollte man aber prüfen, ob man überhaupt abnehmen muss und man sollte als erwachsene Frau immer zwischen 1800 und 2200 Kalorien pro Tag essen, Mädchen zwischen 15-18 Jahren benötigen noch mehr, zwischen 2400 und 2500 Kalorien am Tag (Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung).“
- ⇒ „Wenn man sich an diese Rahmenvorgaben ungefähr hält, braucht eigentlich niemand eine Diät zum Abnehmen. Statistisch gesehen schaffen es nur wenige übergewichtige Personen mit Diäten dauerhaft abzunehmen. Es ist realistischer, mit diesen Rahmen-

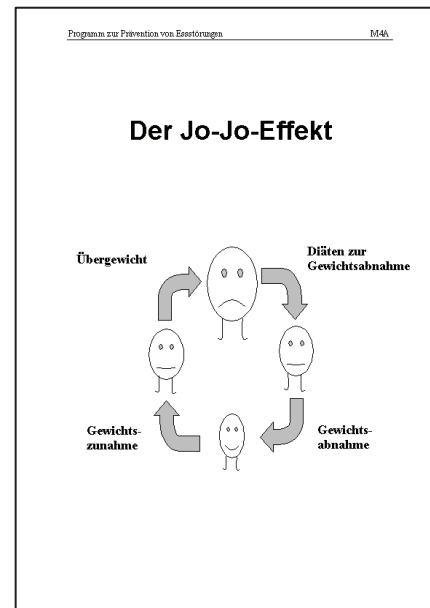
vorgaben sein jeweiliges Wunschgewicht zu erreichen und zu halten als mit jeder sonst möglichen Diät.“

⇒ „Bei vielen Diäten (z.B. ‚FDH‘) tritt meist nach Beendigung der Diät der Jojo-Effekt ein, d.h. mit jeder Diät nimmt man langsamer ab, aber hinterher schneller wieder zu. Weiß jemand, warum das so ist?“

- Frage mit TN erörtern
- Folie ‚Jojo-Effekt‘ (M4A) auflegen und Erklärung dazu geben, falls Frage nicht vollständig beantwortet wurde

⇒ „Wenn man isst, nimmt man Energie zu sich, die der Körper für lebenswichtige Vorgänge und die Bildung von Wärme benötigt. Wenn weniger gegessen und dadurch auch weniger Energie zu sich genommen wird, verringert der Körper den Verbrauch an Energie, notfalls bis auf ein lebensnotwendiges Minimum. Die geringere Zufuhr an Nahrungsmitteln während einer Diät bedeutet für den Körper nämlich eine Alarmsituation, so als wäre eine plötzliche Hungersnot ausgebrochen. Er reagiert darauf so, dass er nur noch so wenig Energie wie möglich verbraucht. Diese ‚Sparmaßnahmen‘ kann man auch spüren: Menschen, die wenig essen, ist manchmal schwindelig, sie fühlen sich schwach und frieren häufig. Was eigentlich als Rettungsanker der Natur gedacht ist, nämlich den Menschen auch in Hungerzeiten überlebensfähig zu machen, kann für Menschen, die abnehmen wollen, sehr ärgerlich sein: Selbst wenn man wieder normal isst, braucht der Stoffwechsel jetzt weniger. Die überschüssige Energie wird in Fettreserven umgewandelt. Das heißt, man nimmt rascher zu als vorher.“

⇒ „Jetzt haben wir gerade schon angesprochen, was Diäten im Körper auslösen können. Diäten sind häufig auch der Einstieg in eine Essstörung, wie wir



Program zur Prävention von Essstörungen M4B

Essstörungen

Magersucht (Anorexie)

- Deutlicher Gewichtsverlust durch starkes Diätthalten
- Intensive Angst, an Gewicht zuzunehmen
- Wahrnehmung des eigenen Körpers als zu dick
- Ausbleiben der Menstruationsblutung

Ess-Brech-Sucht (Bulimie)

- Ständiges Diätthalten unterbrochen von Essanfällen (große Mengen an Nahrungsmitteln!)
- Gegenmaßnahmen (Übergeben, Missbrauch von Abführ- o. Diätmitteln, extremes Sporttreiben)
- Starke Angst, zuzunehmen
- Wahrnehmung des eigenen Körpers als zu dick

Ess-Sucht (Binge-Eating-Störung)

- Essanfälle (Gefühl von Kontrollverlust)
- Keine gegensteuernden Maßnahmen wie bei der Bulimie
- Starkes Leiden unter Essanfällen

ja auch schon beim Teufelskreismodell besprochen hatten. Man unterscheidet generell zwischen drei Formen von Essstörungen.“

- Folie **M4B** auflegen und erläutern

⇒ *„Doch nicht nur diese vollausgeprägten Essstörungen bergen Gefahren, auch schon ein chaotischer Essstil, also unregelmäßige Ernährung (mal gar nichts, mal zu viel) kann zu Mangelerscheinungen oder körperlichen Folgen führen.“*

- Folie **M4C** auflegen und erläutern

⇒ *„Deshalb wird von Ernährungsberatern zunächst eine Stabilisierung des Gewichts und dann – wenn nötig – eine langsame Gewichtsabnahme durch Umstellung auf ein gesundes Ernährungsverhalten angestrebt.“*

⇒ *„Was wir jetzt noch ausgelassen haben bei unseren Rahmenvorgaben ist die **Mahlzeitenverteilung**. Generell gilt: viele kleine Mahlzeiten, am besten 3 Hauptmahlzeiten und 2 Zwischenmahlzeiten. Diese Mahlzeitenverteilung orientiert sich am Blutzuckerspiegel. Unser Hunger wird durch den Blutzuckerspiegel geregelt. Um zu verhindern, dass der Blutzuckerspiegel zu weit sinkt, sollte man mehrere kleine Mahlzeiten zu sich nehmen. Wenn ihr also eher dazu neigt, Heißhunger zu haben, ist es besonders ungünstig, wenn ihr Mahlzeiten auslasst.“*

⇒ *„Viele Menschen denken, dass es schlecht sei, nach 18 Uhr oder überhaupt abends etwas zu essen, weil das Essen im Schlaf nicht mehr verarbeitet würde. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass dies ein Vorurteil ist; entscheidend ist nur der Tageschnitt und dass der Energiebedarf gedeckt ist (z.B. wird in Frankreich meistens abends warm gegessen und dort gibt es nicht mehr Figurprobleme als in Deutschland, wo meistens mittags warm gegessen wird).“*

Programm zur Prävention von Essstörungen
M4C

Gefahren von Zuviel und Zuwenig

Folgen von Diäten → Mangelernährung:

- Niedriger Blutdruck
- Durchblutungsstörungen mit kalten Händen / Füßen
- Trockene Haut und Haarausfall
- Menstruationsstörungen
- Knochenstoffwechselstörungen (Osteoporose)
- Depressionen (wegen verändertem Hormonhaushalt)

Folgen von Essanfällen mit Erbrechen:

- Zahnschädigungen, Entzündungen der Speiseröhre, Schwellungen der Speicheldrüsen
- Schwächegefühle, Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen
- Herzrhythmusstörungen, Nierenschäden

Folgen von häufigem Überessen / Essanfällen:

- Übergewicht
- Hoher Blutdruck
- Hoher Cholesterinspiegel
- Gelenkerkrankungen
- Atem- und Schlafstörungen

2. Gruppenarbeit: ‚Ein perfekter Tag‘

⇒ „Das war jetzt sehr viel Theorie, die ihr vielleicht teilweise schon kanntet. Das Problem ist oft, dass man vieles theoretisch weiß und es auch einfach klingt, aber die Umsetzung ist dann immer etwas anderes. Deshalb wollen wir uns jetzt ansehen, wie man alle diese Rahmenvorgaben, über die wir geredet haben, praktisch umsetzen kann. Überlegt euch – auf das Essen bezogen – einen ‚perfekten Tag‘, wie könnte der aussehen? Schreibt einen Ernährungsplan für einen Tag, so wie ihr euch vorstellt, dass er ausgewogen sein könnte.“

- Aufteilung der Gruppe in zwei Kleingruppen, Aushändigung von großem Papier und Stiften, TN erarbeiten selbstständig ‚perfekten Tag‘ (15 Min)
- Diskussion der Ergebnisse unter Einbezug von Beispieltag (M4D)

Programm zur Prävention von Essstörungen	
M4D	
Ein ausgewogener Ernährungstag – ein Beispiel:	
morgens:	1 Vollkornbrötchen, dünn mit Butter bestreichen 2 Teelöffel Marmelade 1 Esslöffel Speisequark (10%) 2-3 Tassen Kaffee mit Kondensmilch (4%) oder Tee 1 Glas Orangensaft
zwischenmorgens:	1 Obstportion, z.B. 1 Apfel 1 Tasse Tee
mittags:	1 Salateller 1 kleines Schweineschnitzel 1 Portion Kartoffeln 1 Portion Gemüse 1 Glas Saft / Schorle 1 Joghurt oder 1 Obstportion, z.B. 1 Birne
zwischenmorgens:	1 Tasse Tee / Kaffee mit Milch 1 Obstportion, z.B. 1 Dessertschüssel Trauben 2 Schokoladenkekse
abends:	2 Scheiben Misch- oder Vollkornbrot 1 Scheibe Käse mit Schnittlauch 1 Scheibe Wurst / Schinken mit Tomaten 1 Portion Quark oder 1 Portion Apfel-Nähren-Salat 2 Tassen Früchtetee
über den ganzen Tag verteilt so viel Mineralwasser, wie man mag (mindestens jedoch 1,5 – 2 Liter)	

3. Rigide / Flexible Kontrolle

⇒ „Ein weiteres wichtiges Thema im Zusammenhang mit Ernährung ist das Thema ‚Hunger‘. Der körperliche Hunger wird vom Blutzuckerspiegel geregelt. Mögt ihr das Gefühl von Hunger? Spürt ihr ihn?“

- TN diskutieren lassen

⇒ „Bei Diäten versucht man, den Hunger auszuschalten und die Ernährung durch Kontrolle vom Kopf her zu regeln. Häufig wird dann der Kopf so überlastig, dass man irgendwann gar kein natürliches Hunger- und Sättigungsgefühl mehr hat. Und meistens hat man es mit Diätregeln wie ‚keine Süßigkeiten mehr‘ schwer, da die auferlegten Grenzen zu streng sind, sie üben einen Druck aus und irgendwann kann dann bei einem unbedeutenden Ereignis die Kontrolle zusammenbrechen. Solche Regeln sind darauf vorprogrammiert, dass man sie nicht einhalten kann, sie brechen nicht zusammen, weil

man willensschwach ist, sondern weil die Kontrolle zu streng ist. Essen deckt ja nicht nur den Bedarf an Kalorien ab, sondern auch Bedürfnisse, die jeder Mensch immer wieder hat.“

- Folie **M4E** auflegen

⇒ „Solche strengen Regeln beginnen meistens mit „immer“, „nie mehr“, „ab sofort“ oder „nur noch“. Statt dieser strengen Regeln, die mehr oder weniger schnell zusammenbrechen (‚Jetzt habe ich 1 Stück Schokolade gegessen, jetzt ist auch egal, jetzt kann ich auch noch den Rest essen‘), sind flexiblere Regeln sinnvoller.“

- Folie **M4E** auflegen

⇒ „Was sind bei euch typische strenge Regeln, bei denen ihr auch Schwierigkeiten habt, sie einzuhalten?“

- TN schreiben strenge Regeln auf **M4F** auf und stellen sie der Gruppe vor
- Paararbeit: TN werden gebeten, jeweils zu zweit zu überlegen, wie man ihre strengen Regeln auch flexibel (d.h. realistischer) gestalten könnte
- Diskussion der flexiblen Regeln der TN:
 - Ist diese flexible Regel so sinnvoll ?
 - Wie groß schätzt du die Chance ein, dass du das schaffst?
 - Welche Schwierigkeiten könnten auftreten?

Programm zur Prävention von Essstörungen
M4E

Strenge Kontrolle
„Alles oder nichts“

„Ich esse **nie mehr** Schokolade.“

„Ich esse **nur noch** gesunde Vollkornprodukte.“

„**Ab morgen** trinke ich **keine** Cola **mehr**.“

„**Ab sofort** werde ich **immer** auf Fett achten.“

Programm zur Prävention von Essstörungen
M4E

Strenge Kontrolle	Flexible Kontrolle
 „Ich esse nie mehr Schokolade.“	 „Nächste Woche versuche ich mit zwei Tafeln Schokolade auszukommen.“

Programm zur Prävention von Essstörungen
M4F


Strenge Kontrolle


Flexible Kontrolle

4. Hausaufgabe: ‚Flexible Regel‘

⇒ *„Bei dem Thema ‚Gesunde Ernährung‘, das wir heute besprochen haben, sollte euch bewusst sein, dass es nicht möglich ist, die Ernährung von heute auf morgen umzustellen; man kann nicht alles gleichzeitig ändern. Sinnvoller ist es, euch kleine Schritte vorzunehmen, um zu eurem Ziel zu kommen, also euch kleine Teilziele zu stecken. Dann ist die Chance viel höher, dass ihr euer Ziel erreicht.“*

- TN werden aufgefordert, sich eine flexible Regel auszusuchen, die sie bis nächste Woche ausprobieren
- Erinnerung der TN an das Ausfüllen der Ernährungsprotokolle, ggf. Austeilen von weiteren Kopien **M2G**, Einsammeln der ausgefüllten Ernährungsprotokolle
- Austeilen der Broschüren mit dem Hinweis, dass darin alle Informationen dieser Sitzung und weiteres enthalten sind

Programmstunde 5: Körperbild

Ablauf der Sitzung

1. Besprechung der Hausaufgabe und Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen	30 Min
2. Rückmeldung zum zweiten Programmbaustein	10 Min
3. Körperschemaübung	20 Min
4. Spiegelkonfrontation	30 Min

Materialien

- Arbeitsblatt M5A und M5B
- Papier
- Stifte
- 2 Ganzkörperspiegel
- Ernährungsprotokolle (M2G)

1. Besprechung der Hausaufgabe und Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen

- Begrüßung der TN

⇒ „In den letzten zwei Sitzungen haben wir über das Thema ‚Ernährung‘ gesprochen. Das Thema wird uns auch weiterhin begleiten. Am Anfang jeder Stunde werden wir euch Rückmeldung zu euren Ernährungsprotokollen geben.“

⇒ „Zunächst wollen wir aber heute die Hausaufgabe auswerten. Ihr hattet die Aufgabe, auszuprobieren, ob es euch gelingt, statt einer eurer strengen Regeln in Bezug auf Essen eine flexible Regel anzuwenden. Wie hat das geklappt, welche neuen Erfahrungen habt ihr gemacht?“

- Rückmelderunde, Diskussion von Erfolgen und Schwierigkeiten

- Rückmeldung zur Auswertung der Ernährungsprotokolle hinsichtlich Nährstoffverteilung und -mengen und Verteilung der Mahlzeiten für jede TN
 - Beispiel einer Rückmeldung:

- meistens 3 Hauptmahlzeiten pro Tag, allerdings keine Zwischenmahlzeiten (teilweise bis zu 7 Stunden ohne Mahlzeit und dann Hungergefühl sehr hoch)
- Kohlehydrate: genug
- Milchprodukte: genug
- Obst: wenig, noch steigern
- Gemüse: kaum, noch steigern
- Getränke: genug
- Insgesamt: An manchen Tagen gesunde u. ausgewogene Ernährung; an manchen Tagen aber auch viele versteckte Fette, wie z.B. Pizza, Fleischsalat etc.
- Ständige sehr hohe Angst zuzunehmen

Tipps:

- Zwischenmahlzeiten, z.B. Obst mit einplanen: ideal wären 3 Hauptmahlzeiten und 2 Zwischenmahlzeiten pro Tag
- Einnahme von Obst und Gemüse steigern

2. Rückmeldung zweiter Programmbaustein

⇒ „Nach Abschluss des Programmbausteins zum Thema ‚Ernährung‘ bitten wir euch nun, kurz nachzudenken und auf einem Zettel aufzuschreiben, was ihr wichtiges von diesem Thema mitgenommen habt, welche neuen Erkenntnisse ihr für euch selber hattet und wie euch die Stunden gefallen haben.“

- Aufforderung, dass jede TN auch mündlich Rückmeldung gibt, dabei auf Erfahrungen eingehen
- Kurze Zusammenfassung der Fakten zum Thema ‚Ernährung‘ unter Einbindung der entsprechenden Fragen aus dem Wissensfragebogen

3. Körperschemaübung

⇒ „Das Thema dieser und der folgenden zwei Sitzungen ist die Beschäftigung mit und Wahrnehmung der eigenen Figur. Wir werden erarbeiten, wie man seinen eigenen Körper und die Figur besser annehmen bzw. akzeptieren kann.“

- Aufforderung der TN, einen Umriss ihrer eigenen Figur auf ein Blatt Papier zu zeichnen

⇒ „Bitte malt euch so, wie ihr euch von den Proportionen her seht. Es sollen hierbei keine künstlerischen Meisterwerke herauskommen, sondern einfach nur eine grobe Darstellung eurer Figur.“

⇒ „Seht euch den gemalten Umriss jede für sich alleine an und füllt dann diese Checkliste ‚So sehe ich es‘ (M5A) aus. Beurteilt, was ihr an euch mehr oder weniger mögt. Ausgehend von der Liste könnt ihr dann auf eurem Umriss Herzen und Blitze einzeichnen, d.h. was euch gefällt und was euch nicht so gut gefällt.“

- Gruppendiskussion:

⇒ „Was gefällt euch besonders gut?“

⇒ „Ist das, was euch gut gefällt, bei allen gleich oder gibt es Unterschiede?“

⇒ „Was gefällt euch nicht? Gibt es hier Gemeinsamkeiten oder Unterschiede?“

⇒ „Fallen euch bestimmte Problemzonen auf?“

Program zur Prävention von Essstörungen M5A					
So sehe ich es:					
Körperteil	Mag ich sehr	Mag ich	Mag ich einigermaßen	Mag ich nicht	Mag ich überhaupt nicht
Haare					
Augen					
Wangen					
Ohren					
Nase					
Mund/Zähne					
Kinn					
Hals					
Brust					
Bauch					
Schultern					
Oberarme					
Ellenbogen					
Unterarme					
Handgelenke					
Hände/Finger					
Taille					
Po					
Oberschenkel					
Knie					
Waden					
Füße					
Größe					
Gewicht					
Lächeln					

4. Spiegelkonfrontation

⇒ „Wir möchten jetzt und in den nächsten zwei Sitzungen eine ‚Spiegelübung‘ mit euch machen. Die Übung stammt aus der Therapie und hat sich da sehr effektiv gezeigt. Es ist eine gute Übung, um zu lernen, sich selbst zu betrachten. Erfahrungsgemäß ist es eine Übung, die sehr anstrengend ist. Für manche mag es nicht so schwierig sein, für andere kann es aber schon tiefgehender und emotionaler sein und sie brauchen auch mehr Zeit dafür. Deshalb wollen wir die Übung ganz individuell auf eure einzelnen Bedürfnisse

abstimmen. Sehr positiv an dieser Übung in der Gruppe ist, dass man sich bei den anderen aufgehoben fühlen kann und sich auch Rückmeldungen aus anderer Sicht einholen kann.“

- Aufteilung der Gruppe in zwei Kleingruppen, eine Gruppe begibt sich mit einer der Programmleiterinnen in einen anderen Raum, Aufstellen jeweils eines Ganzkörperspiegels in beiden Räumen

⇒ *„Ich möchte jede von euch bitten, euch im Spiegel anzuschauen und euch zu beschreiben. Wer möchte zuerst? Das finde ich sehr mutig!“*

- Eine TN stellt sich vor den Spiegel, so dass sie sich ganz sehen kann. Die Gruppenleiterin stellt sich schräg hinter die TN, so dass sie nicht mit im Spiegel zu sehen ist.

⇒ *„Ich werde dir verschiedene Fragen zu deiner Figur stellen und bitte dich, dich möglichst sachlich zu beschreiben, nicht bewertend. Die anderen beobachten bitte still, bitte sagt nichts während der Übung, ihr habt dann nachher noch Gelegenheit, Rückmeldung an die Übende zu geben.“*

⇒ *„Fangen wir doch mal mit deinem Gesicht an. Stell dir vor, ich könnte nichts sehen und möchte mir eine Vorstellung davon machen, wie Du aussiehst. Wie würdest Du mir dein Gesicht beschreiben?“*

- TN beschreibt nach und nach ihren gesamten Körper bzw. ihre Figur. Zur Unterstützung bei der möglichst detaillierten und konkreten Beschreibung macht die Gruppenleiterin Vorgaben zu den verschiedenen Körperbereichen. Die Gruppenleiterin orientiert sich hierbei am ‚Leitfaden zur Figurexposition‘ (**M5B**, nach Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe. S. 74–79).

- Nach Beendigung der Übung findet eine Nachbesprechung in der Kleingruppe statt:

- Wie schwer ist dir die Übung gefallen? Was ist dir aufgefallen?
- Möchten die Beobachterinnen eine Rückmeldung geben?

- Zum Abschluss der Sitzung Wiedertreffen in der Großgruppe

⇒ *„Wir bitten euch, zum nächsten und übernächsten Mal andere Kleidung (z.B. figurbetontere, gewagtere) und Schminksachen mitzubringen, da wir damit ein bisschen experimentieren werden.“*

- Erinnerung der TN an das Ausfüllen der Ernährungsprotokolle, ggf. Austeilen von weiteren Kopien **M2G**; Einsammeln der ausgefüllten Ernährungsprotokolle

Programmstunde 6: Körperbild

Ablauf der Sitzung

- | | |
|---|--------|
| 1. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen | 10 Min |
| 2. Spiegelkonfrontation | 50 Min |
| 3. Spiegelkonfrontation mit „Experiment“ | 30 Min |

Materialien

- Zwei Ganzkörperspiegel
- Leitfaden für die Spiegelkonfrontation (M5B)
- Ernährungsprotokolle (M2G)

1. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen

- Begrüßung der TN
- Rückmeldung zur Auswertung der Ernährungsprotokolle hinsichtlich Nährstoffverteilung und -mengen und Verteilung der Mahlzeiten für jede TN (Beispiel siehe Programmstunde 5)

2. Spiegelkonfrontation

- Aufteilung der Gruppe in dieselben zwei Kleingruppen wie bei der letzten Sitzung, eine Gruppe begibt sich mit einer der Programmleiterinnen in einen anderen Raum, Aufstellen jeweils eines Ganzkörperspiegels in beiden Räumen
- Durchführung von Figurkonfrontationen mit zwei TN wie bei Programmstunde 5 beschrieben

3. Spiegelkonfrontation mit ‚Experiment‘

- Die TN, mit der in der Programmstunde 5 als erste die Figurkonfrontation durchgeführt wurde, wird aufgefordert, sich die mitgebrachte figurbetontere oder ‚gewagtere‘ Kleidung anzuziehen und sich zu schminken, wenn sie dies möchte
- Nochmaliges Durchführen der Figurkonfrontation wie bei Programmstunde 5 beschrieben
- Anschließende Nachbesprechung der Figurkonfrontation mit folgenden Leitfragen:
 - ⇒ *„Was ist jetzt anders als bei der vorherigen Übung, wenn du dich in dieser Kleidung im Spiegel siehst?“*
 - ⇒ *„Wie fühlst du dich in solcher figurbetonter Kleidung?“*
 - ⇒ *„Was gefällt dir an dir? Was findest du an dir attraktiv, sexy, sympathisch? Was kann dabei außer Schlankheit wichtig sein?“*
 - ⇒ *„Fallen dir bestimmte Körperteile in dieser Kleidung mehr auf? Positiv oder negativ?“*
 - ⇒ *„Was glaubst du, wie du auf andere wirkst?“*
 - ⇒ *„Wie man auf andere wirkt, hängt nicht nur von der Figur und vom Aussehen ab. Auch Bewegungen und Körperhaltung beeinflussen die Ausstrahlung eines Menschen.“*
 - ⇒ *„Da können wir ein bisschen experimentieren: Wenn du jetzt die Schultern nach vorne ziehst, Arme verschränkst, wie wirkt das wohl auf andere? → eher verschlossene Haltung.“*
 - ⇒ *„Wie würde denn eine offene Haltung aussehen?“*
 - ⇒ *„Ganz bestimmend im Kontakt mit anderen ist auch immer der Gesichtsausdruck, die Mimik. Probier unterschiedliche Gesichtsausdrücke aus: z.B. mürrisch, ärgerlich, fröhlich, traurig, angeekelt, ängstlich. Welcher Gesichtsausdruck gefällt dir an dir am besten? Welchen zeigst du wohl am häufigsten?“*
 - ⇒ *„Zeig uns mal ein „gewinnendes“ Lächeln! Wie würdest du jemanden freudig begegnen?“*
 - ⇒ *„Was würden andere Menschen an dir neben deiner körperlichen Erscheinung liebenswert, sympathisch, beeindruckend finden?“*

- Nach Beendigung der Übung findet eine Nachbesprechung in der Kleingruppe statt:
 - ⇒ „*Wie schwer ist dir jetzt diese Übung gefallen? Was war anders als beim ersten Mal?*“
 - ⇒ „*Möchten die Beobachterinnen eine Rückmeldung geben?*“
- Zum Abschluss der Sitzung Wiedertreffen in der Großgruppe
 - ⇒ „*Wir bitten diejenigen, die heute noch nicht die zweite Spiegelübung durchgeführt haben, zum nächsten Mal wieder die figurbetontere oder ‚gewagtere‘ Kleidung und die Schminksachen mitzubringen.*“
- Erinnerung der TN an das Ausfüllen der Ernährungsprotokolle, ggf. Austeilen von weiteren Kopien **M2G**; Einsammeln der ausgefüllten Ernährungsprotokolle

Programmstunde 7: Körperbild

Ablauf der Sitzung

1. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen	10 Min
2. Spiegelkonfrontation mit ‚Experiment‘	60 Min
3. Abschließende Reflexion über die Spiegelkonfrontation	20 Min

Materialien

- Zwei Ganzkörperspiegel
- Leitfaden für die Spiegelkonfrontation (M5B)
- Karteikarten
- Stifte
- Ernährungsprotokolle (M2G)

1. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen

- Begrüßung der TN
- Rückmeldung zur Auswertung der Ernährungsprotokolle hinsichtlich Nährstoffverteilung und -mengen und Verteilung der Mahlzeiten für jede TN (Beispiel siehe Programmstunde 5)

2. Spiegelkonfrontation mit ‚Experiment‘

- Aufteilung der Gruppe in dieselben zwei Kleingruppen wie bei der letzten Sitzung, eine Gruppe begibt sich mit einer der Programmleiterinnen in einen anderen Raum, Aufstellen jeweils eines Ganzkörperspiegels in beiden Räumen

- Die zwei TN, mit denen in der letzten Sitzung noch nicht die Spiegelkonfrontation mit ‚Experiment‘ durchgeführt wurde, werden aufgefordert, sich die mitgebrachte figurbetontere oder ‚gewagtere‘ Kleidung anzuziehen und sich zu schminken, wenn sie dies möchten
- Nacheinander Durchführung von Figurkonfrontationen mit ‚Experiment‘ wie bei Programmstunde 6 beschrieben (Figurkonfrontation mit anschließenden Leitfragen)

3. Abschließende Reflexion über die Spiegelkonfrontation

- Wiedertreffen in der Großgruppe
 - Diskussion der Erfahrungen bei den Spiegelkonfrontationen
- ⇒ „*Wie wir gesehen haben, wirkt sich die Einstellung zum eigenen Aussehen stark auf unser Verhalten aus, also wie man sich z.B. in der Öffentlichkeit verhält, wie man auftritt. Wir haben auch gesehen, dass man sich selber häufig anders beurteilt als andere einen beurteilen. Häufig ist diese Eigenbeurteilung überlagert von gesellschaftlich vermittelten Schönheitsidealen und bestimmten Erfahrungen, die man gemacht hat. Das ist schade, weil ich dann nicht mehr berücksichtige, was mir außer meiner Figur noch wichtig ist.*“
- ⇒ „*Um jetzt den Fokus ein bisschen von der Figur wegzulenken, hätten wir gerne, dass jede von euch drei Stärken von sich aufschreibt, also Eigenschaften, die ihr an euch mögt, die ihr z.B. in einem Bewerbungsgespräch oder einer Heiratsanzeige herausstellen würdet, Eigenschaften, auf die ihr bei euch stolz seid.*“
- Jede TN erhält eine Karteikarte und Stift; 5 Min. Zeit zum Aufschreiben
 - Die TN stellen ihre Stärken vor, die anderen TN werden aufgefordert, Stärken, die ihnen an der jeweiligen TN aufgefallen sind, hinzuzufügen
- ⇒ „*Ist es euch schwer gefallen, Stärken zu finden? Warum?*“
- ⇒ „*Ihr dürft die Karten mit nach Hause nehmen, vielleicht findet ihr einen besonderen Platz dafür, damit ihr euch eure Stärken öfter in Erinnerung rufen könnt!*“
- Aufforderung der TN, zur weiteren Steigerung der Akzeptanz des eigenen Körpers / der eigenen Figur die Spiegelübung auch zuhause für sich durchzuführen
 - Erinnerung der TN an das Ausfüllen der Ernährungsprotokolle, ggf. Austeilen von weiteren Kopien **M2G**; Einsammeln der ausgefüllten Ernährungsprotokolle

Programmstunde 8: Konflikt- / Stressbewältigung

Ablauf der Sitzung

1. Rückmeldung zum dritten Programmbaustein	10 Min
2. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen	10 Min
3. Veränderungsmodell: Kognitionen zum Selbstwert	40 Min
4. Ich esse weil....	25 Min
5. Hausaufgabe „Konkrete Situation“	5 Min

Materialien

- Arbeitsblätter M8A-M8C
- Folie des Essstörungsmodells (M2E)
- Overhead-Projektor
- Flipchart oder Tafel
- Stifte
- Ernährungsprotokolle (M2G)

1. Rückmeldung zum dritten Programmbaustein

- Begrüßung der TN

⇒ „Nach Abschluss des Programmbausteins zum Thema ‚Figur‘ bitten wir euch nun wieder, kurz nachzudenken und auf ein Blatt zu schreiben, was ihr wichtiges von diesem Thema mitgenommen habt, welche neuen Erkenntnisse ihr für euch selber hattet und wie euch die Sitzungen gefallen haben.“

- Aufforderung, dass jede TN auch mündlich Rückmeldung gibt, dabei auf Erfahrungen eingehen

⇒ „Wie war eure Erfahrung zuhause? Habt ihr die Spiegelübung auch zuhause gemacht? Wie ging das? Ist es euch gelungen, hattet ihr Schwierigkeiten?“

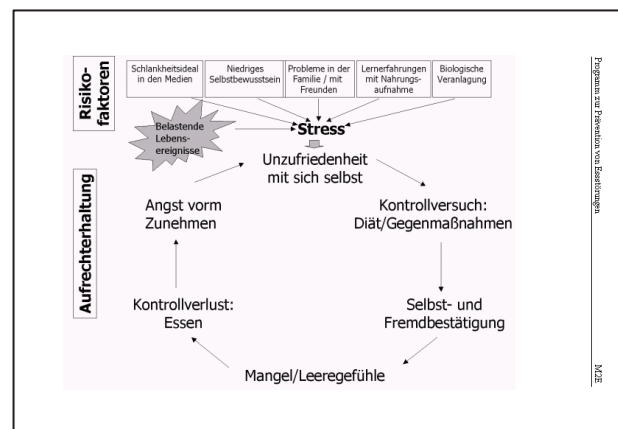
2. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen

- Rückmeldung zur Auswertung der Ernährungsprotokolle hinsichtlich Nährstoffverteilung und -mengen und Verteilung der Mahlzeiten für jede TN (Beispiel siehe Programmstunde 5)

3. Veränderungsmodell: Kognitionen zum Selbstwert

- Folie des umfassenden Störungsmodells zu Essstörungen (M2E) auflegen

⇒ „Zur Veränderung des Essverhaltens und des Umgangs damit kann man an verschiedenen Stellen ansetzen. Zum einen kann man versuchen, an den negativen Ausgangsbedingungen zu arbeiten, zum anderen kann man versuchen, allgemeinen Stress zu reduzieren. Der Teufelskreis kann ebenso durch ein anderes Ernährungsverhalten wie durch Veränderung der eigenen Bewertung unterbrochen werden.“



⇒ „Einige dieser Aspekte haben wir schon bearbeitet, wie z.B. der kritische Umgang mit den Medien und dem Schönheitsideal und das Ernährungsverhalten und der Umgang mit dem eigenen Körper / der eigenen Figur. In den letzten drei Stunden wollen wir uns nun damit beschäftigen, was in Bezug auf das Essen in unseren Köpfen passiert, warum Essen häufig als Problemlöser genutzt wird und wie wir an Probleme / Langeweile etc. auch anders herangehen können.“

⇒ „Zuerst wollen wir uns mit den Gedanken befassen, die im Teufelskreis auftreten können. Häufig kommen automatisch irgendwelche Gedanken, die diesen Kreislauf negativ beeinflussen können. Welche Gedanken kommen euch nach einem ‚Essanfall‘ oder wenn ihr zuviel gegessen habt, d.h. mehr als ihr euch vorgenommen habt? Wir wollen uns ansehen, welche Gedanken euch dann automatisch kommen. Vermutlich sind das ja häufig negative Gedanken, z.B. Gedanken, die mit Schuld zu tun haben.“

- Austeilen des Arbeitsblatts **M8A**
- Die TN werden gebeten, in der Spalte ‚Negative Gedanken‘ jede für sich die Gedanken, die ihr nach zuviel Essen / Essanfall automatisch kommen, aufzuschreiben und anschließend vorzulesen. Gemeinsame Betrachtung der Gedanken.

- ⇒ „Sind diese Gedanken hilfreich oder verstärken sie eher noch das ungesunde Essverhalten?“
- ⇒ „Was könnten alternative Gedanken sein, die ihr stattdessen denken könntet? Welche Gedanken gibt es, die hilfreicher wären, um tatsächlich ein gesundes Essverhalten hinzubekommen?“
- Für jede TN werden gemeinsam alternative, hilfreiche Gedanken diskutiert und in die Spalte ‚Positive Gedanken‘ eingetragen
- ⇒ „Was würde helfen, euch in den betreffenden Situationen auf solche Alternativgedanken berufen zu können?“
- ⇒ „Versucht zuhause, einen guten Platz für dieses Arbeitsblatt zu finden, damit ihr euch in den betreffenden Situationen auch eure positiven Gedanken besser in Erinnerung rufen könnt.“

4. Ich esse, weil...

- ⇒ „Zur Vorbereitung auf die nächste Stunde wollen wir uns jetzt die Gründe dafür anschauen, warum ihr esst. Welche gibt es? Bildet bitte Paare und interviewt euch gegenseitig. Schreibt bitte die verschiedenen Gründe auf dieses Blatt.“

- Austeilen des Arbeitsblatts **M8B**

- ⇒ „Stellt jetzt bitte die Gründe eurer Interviewpartnerin vor.“

- Sammlung der Gründe am Flipchart oder Tafel
- ⇒ „Was sind die häufigsten Gründe? Warum denkt ihr, ist das so?“
- Gründe gemeinsam kategorisieren, Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausarbeiten

5. Hausaufgabe „Konkrete Situation“

⇒ „Dass auf Stresssituationen häufig mit Essen reagiert wird, ist sehr logisch, denn nichts außer Essen befriedigt so schnell und lässt so schnell Ärger, Langeweile, Frust etc. vergessen. Nur leider hält dieses angenehme Gefühl nur kurz an, meist ist man dann hinterher noch mehr frustriert, weil man sich ‚mal wieder hat gehen lassen‘ und man macht sich Vorwürfe. Hierbei sollte man bedenken, dass es auch Situationen gibt, in denen es wirklich sinnvoll ist, eine Pause zu machen und sich (auch mit Essen) etwas Gutes zu tun. Andere Situationen erfordern jedoch andere Lösungen: Häufig sind das eher zwischenmenschliche Situationen, die Frust bereiten, also Situationen mit Freunden, Familie, Lehrern oder Vorgesetzten; Situationen, in denen man z.B. seine eigenen Wünsche nicht durchsetzen kann.“

⇒ „Als Hausaufgabe bitten wir euch, dass ihr in der folgenden Woche darauf achtet, ob es solche konkreten Situationen gibt, wo etwas nicht so gelaufen ist, wie ihr es wolltet und ihr euch darüber geärgert habt. Falls euch diese Woche so etwas nicht passiert, denkt darüber nach, ob es sonst in der näheren Vergangenheit eine solche Situation gegeben hat. Notiert bitte jede eine solche Situation und bringt die Notizen zum nächsten Mal mit.“

	Stress-Situation
Beschreibung der Situation:	
Was ist passiert? Wer war beteiligt?	
Wie habe ich mich gefühlt?	
Was habe ich gedacht?	
Wie habe ich mich verhalten?	

- Verteilen des Arbeitsblatts **M8C**
- Erinnerung der TN an das Ausfüllen der Ernährungsprotokolle, ggf. Austeilen von weiteren Kopien **M2G**; Einsammeln der ausgefüllten Ernährungsprotokolle

Programmstunde 9: Konflikt- / Stressbewältigung

Ablauf der Sitzung

1. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen	10 Min
2. Problemlösen	30 Min
3. Rollenspiele	50 Min

Materialien

- Arbeitsblatt M9A
- Stifte
- Ernährungsprotokolle (M2G)

1. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen

- Rückmeldung zur Auswertung der Ernährungsprotokolle hinsichtlich Nährstoffverteilung und -mengen und Verteilung der Mahlzeiten für jede TN (Beispiel siehe Programmstunde 5)

2. Problemlösen

⇒ „In der letzten Sitzung habt ihr Gründe für Essen herausgefunden und wir hatten besprochen, dass man in Stresssituationen häufig mit Essen reagiert, weil Essen schnell befriedigt und Ärger, Langeweile, Frust etc. vergessen lässt. Nur hatten wir auch festgestellt, dass das meistens eine kurzfristige Lösung ist und langfristig eher Ärger aufkommt und man sich selbst Vorwürfe macht.“

⇒ „Ihr habt euch in der letzten Woche beobachtet bzw. habt überlegt, was bei euch typische Stresssituationen sind, alleine oder im Kontakt mit anderen. Welche Situationen sind euch aufgefallen?“

- TN stellen nacheinander ihre Situationen vor
- ⇒ „Wir würden uns jetzt gerne diese Situationen genauer anschauen. Vielleicht können wir als Beispiel eine eurer Situation herausgreifen. Wer würde sich dazu bereit erklären?“
- Verteilen des Arbeitsblatts **M9A**
 - Problemlösetraining (Schritte 1-3) anhand des Beispiels einer Teilnehmerin gemeinsam mit TN besprechen
 - Aufforderung der TN, dass jede anhand ihrer Situation die ersten drei Schritte für sich durchgeht und aufschreibt

Programm zur Prävention von Essstörungen		M9A
Problemlösen		
1. Was ist eine typische Problemsituation?		
2. Was gibt es für Lösungsmöglichkeiten?		
3. Beste Lösungsmöglichkeit		
4. Schritte und Maßnahmen, um das angestrebte Ziel zu erreichen: Handlungsplan		
5. Erfahrungen mit der Lösungsstrategie		

3. Rollenspiele

- ⇒ „Nun wollen wir im Rollenspiel ausprobieren, wie solche besten Lösungsmöglichkeiten, die ihr herausgearbeitet habt, funktionieren. Wer hat Lust, seine Situation zu spielen? Bitte stell deine Situation kurz den anderen vor und was du dir zu den ersten drei Schritten aufgeschrieben hast.“
- ⇒ „Bitte überlegt jetzt gemeinsam, ob das tatsächlich die beste Lösungsmöglichkeit ist und wie ...[Name der betreffenden TN]... diese praktisch umsetzen kann. Was könnte sie sagen?“
- Gemeinsame Überlegung von Schritt 4 des Problemlösetrainings
 - Die TN wird gebeten, sich Mitspielerinnen für das Rollenspiel auszuwählen und ihnen die Rollen vorzugeben
 - Die anderen Teilnehmer werden aufgefordert, das Rollenspiel ohne Zwischenkommentare zu verfolgen und zu beobachten, wie sich die betreffende TN verhält, ihr Anliegen vorbringt und auf andere reagiert. Die TN sollen auf Haltung, Stimme und Mimik achten mit dem Ziel der Rückmeldung nach dem Rollenspiel
 - Vermittlung von Rückmelderegeln: Zunächst Positives hervorheben, dann Verbesserungsvorschläge anbringen
 - Rollenspiel durchführen

- Befragung der betreffenden TN:
⇒ „*Wie ging es dir bei dem Rollenspiel? Was hast du für Erfahrungen gemacht? Konntest du dein Anliegen deutlich machen? Was war gut bei deinem Verhalten? Was glaubst du, hättest du anders machen können?*“
- Rückmeldung durch die Beobachterinnen
- Gemeinsames Herausarbeiten der Unterschiede zwischen sicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten
- Durchführung von weiteren Rollenspielen
- Zum Abschluss Austausch der Erfahrungen mit dem Rollenspiel
- Ankündigung, dass übrige TN in nächster Sitzung auch Gelegenheit zum Rollenspiel bekommen

- Erinnerung der TN an das Ausfüllen der Ernährungsprotokolle, ggf. Austeilen von weiteren Kopien **M2G**; Einsammeln der ausgefüllten Ernährungsprotokolle

Programmstunde 10: Konflikt- / Stressbewältigung

Ablauf der Sitzung

1. Rückmeldung zu den Ernährungsprotokollen	10 Min
2. Rollenspiele	60 Min
3. Rückmeldung zum vierten Programmbaustein	5 Min
4. Evaluation des Programms	15 Min

Materialien

- Papier
- Stifte
- Bögen zur Programm-Rückmeldung
- Folie: ausgefüllter Bogen ‚Wünsche / Ängste‘ aus Sitzung 1
- Overheadprojektor
- Fragebögen mit Rückumschlag

1. Rückmeldung Ernährungsprotokolle

- Rückmeldung zur Auswertung der Ernährungsprotokolle hinsichtlich Nährstoffverteilung und -mengen und Verteilung der Mahlzeiten für jede TN (Beispiel siehe Programmstunde 5)
- Abschlussauswertung: Frage an die TN, was sich durch das Ausfüllen der Ernährungsprotokolle verändert hat, ob es für sie hilfreich war
- Aufforderung, die Ernährungsprotokolle auch nach Beendigung weiterzuführen mit dem Ziel der Selbstbeobachtung und weiteren Veränderung bzw. Stabilisierung des Erreichten

2. Rollenspiele

- Durchführung von weiteren Rollenspielen mit den TN, die in der letzten Sitzung noch kein Rollenspiel gemacht haben
- Eine TN wird gebeten, ihre Problemsituation und die entsprechende Lösungsmöglichkeit vorzustellen

⇒ *„Bitte überlegt jetzt gemeinsam, ob das tatsächlich die beste Lösungsmöglichkeit ist und wie ...[Name der betreffenden TN].... diese praktisch umsetzen kann. Was könnte sie sagen?“*

- Gemeinsame Überlegung von Schritt 4 des Problemlösetrainings
- Die TN wird gebeten, sich Mitspielerinnen für das Rollenspiel auszuwählen und ihnen die Rollen vorzugeben
- Die anderen Teilnehmer werden aufgefordert, das Rollenspiel ohne Zwischenkommentare zu verfolgen und zu beobachten, wie sich die betreffende TN verhält, ihr Anliegen vorbringt und auf andere reagiert. Die TN sollen auf Haltung, Stimme und Mimik achten mit dem Ziel der Rückmeldung nach dem Rollenspiel
- Nochmalige Vermittlung von Rückmelderegeln: Zunächst Positives hervorheben, dann Verbesserungsvorschläge anbringen
- Rollenspiel durchführen
- Befragung der betreffenden TN

⇒ *„Wie ging es dir bei dem Rollenspiel? Welche Erfahrungen hast du gemacht? Konntest du dein Anliegen deutlich machen? Was war gut bei deinem Verhalten? Was glaubst du, hättest du anders machen können?“*

- Rückmeldung durch die Beobachterinnen

3. Rückmeldung zum vierten Programmbaustein

⇒ *„Nach Abschluss des Programmbausteins zum Thema ‚Konflikt-/ Stressbewältigung‘ bitten wir euch, kurz nachzudenken und auf einem Blatt aufzuschreiben, was ihr wichtiges von diesem Thema mitgenommen habt, welche neuen Erkenntnisse ihr hattet und wie euch die Stunden gefallen haben.“*

- Aufforderung, dass jede TN auch mündlich Rückmeldung gibt, dabei auf Erfahrungen eingehen

4. Evaluation des Programms

- Aufforderung der TN, die Rückmeldung zum Programm und den Wissensfragebogen (siehe Anhang 4) auszufüllen
- Folie des ausgefüllten Bogens ‚Wünsche / Ängste‘ aus Sitzung 1 auf Overheadprojektor auflegen
- Frage an die TN, welche Wünsche und Ängste während des Programms erfüllt bzw. wahr geworden sind → Diskussion in der Gruppe
- Austeilen der Post-Fragebögen mit frankiertem Rückumschlag mit der Bitte, die Fragebögen möglichst bald komplett auszufüllen und zurückzusenden
- Verabschiedung der TN

Anhang 3

Programm-Materialien

Vereinbarungen für die Teilnahme am Gruppenprogramm

- Regelmäßige Teilnahme:** Für Deinen persönlichen Erfolg und den Erfolg der Gruppe ist es sehr wichtig, dass Du zu jeder Sitzung kommst, so dass Du keinen Baustein in dem Programm verpasst. Nur so könnt Ihr euch bei verschiedenen Übungen, die wir während des Programms durchführen werden, gegenseitig helfen und unterstützen und von dem Programm maximal profitieren. Falls Du wirklich einmal nicht zu einer Gruppensitzung kommen kannst, sag bitte rechtzeitig **mindestens einen Tag** vor der Sitzung ab.
- Pünktlichkeit:** Die Gruppenleiterinnen verpflichten sich, die Sitzungen immer pünktlich zur vereinbarten Zeit zu beginnen. Auch die Teilnehmerinnen sollten also immer pünktlich da sein. Falls Du einmal nicht pünktlich da sein kannst, möchten wir Dich bitten, auch **rechtzeitig im voraus** Bescheid zu geben.
- Hausaufgaben:** Am Ende der Sitzungen werden die Gruppenleiterinnen „Hausaufgaben“ mitgeben. Dies sind Aufgaben, die Dir im Rahmen des Programms weiter helfen sollen. Auch wenn es mal lästig sein sollte, möchten wir Dich bitten, diese immer zu erledigen, damit Du möglichst gut von dem Programm profitierst.
- Vertraulichkeit / Schweigepflicht:** In der Gruppe werden wahrscheinlich auch Themen angeschnitten, die sehr persönlich sind. Vielen wird es erst mal schwer fallen, über solche Themen zu reden. Hierbei ist es besonders wichtig, dass Ihr euch darauf verlassen könnt, dass das, was in der Gruppe gesagt wird, in der Gruppe bleibt und nicht nach außen getragen wird. Das heißt, dass Du außerhalb der Gruppe natürlich über Deine persönlichen Erfahrungen mit dem Programm sprechen darfst, dass Du aber immer die Privatsphäre der anderen Teilnehmerinnen wahren musst und nicht deren persönlichen Dinge erzählen und deren Namen nennen darfst.

Hiermit erkläre ich mich mit den oben stehenden Vereinbarungen für die Teilnahme am Gruppenprogramm einverstanden.

Datum

Unterschrift

Fragen für das Interview

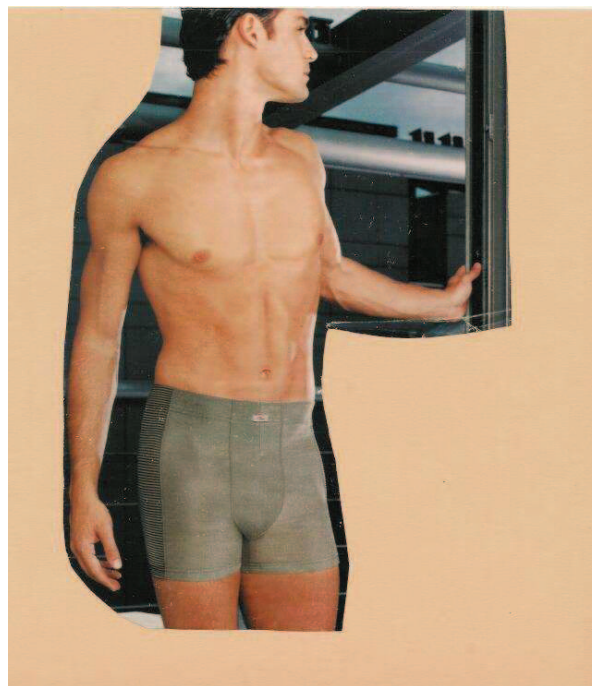
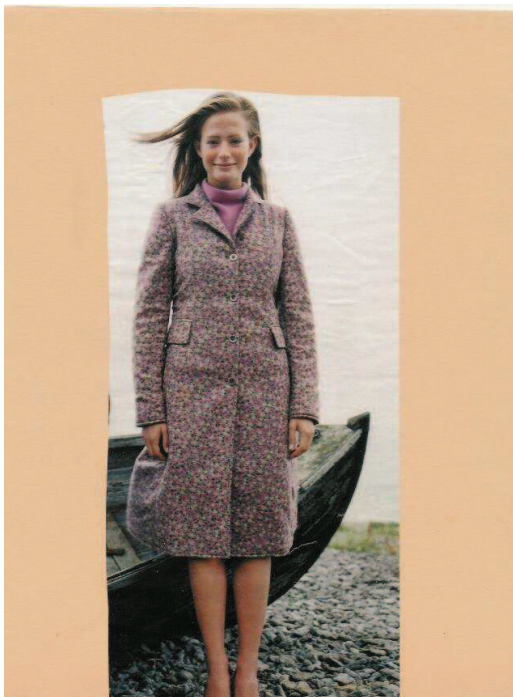
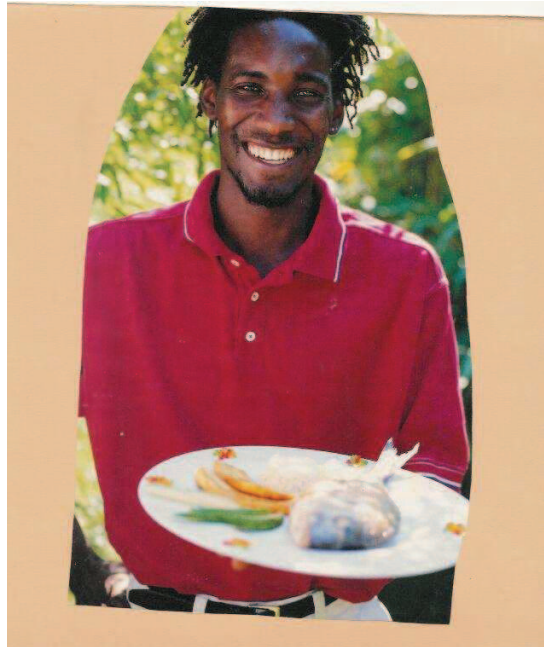
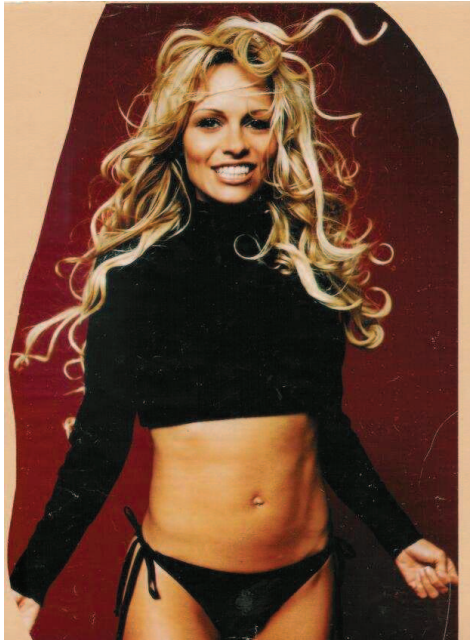
- Name:_____ Alter:_____
- Lebenslauf:
 - Geburtsdatum und -ort
 - Geschwister
 - Schulischer / beruflicher Werdegang
- Hobbies
- Interessen
- Was magst Du ganz besonders? Was gar nicht?
- Weshalb kommst Du hierher zur Gruppe?

Platz für Notizen:

Ängste

Wünsche

Beispiele verwendeter Schönheitsideale



Kongressvorbereitung

Eine Hilfskraft hat Euch netterweise schon eine schöne Folie erstellt, aber den Vortrag müsst Ihr jetzt noch selber ausarbeiten.

In der Forschung wurden bezüglich der Entstehung von Essproblemen verschiedene Risikofaktoren festgestellt:

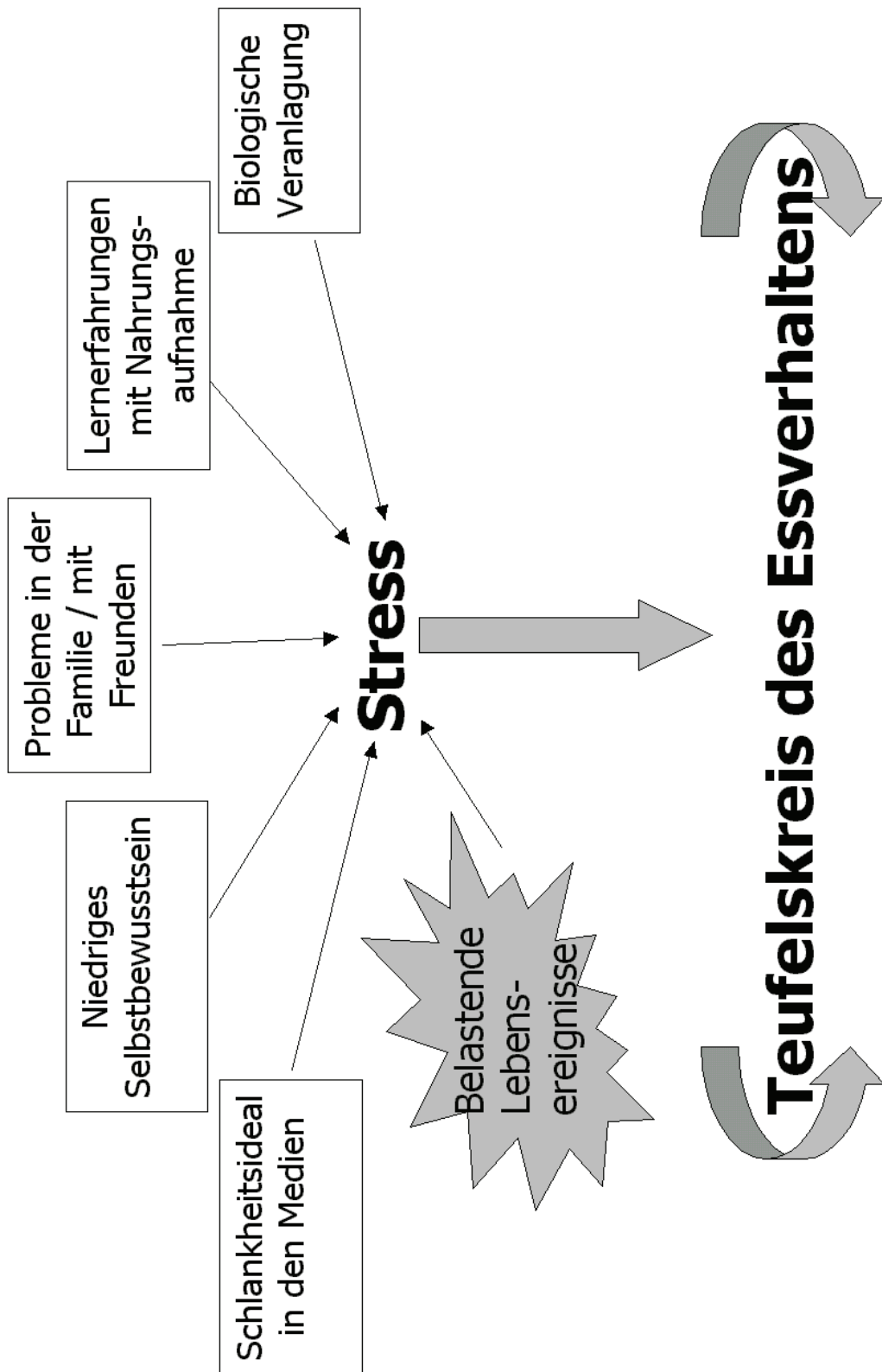
- Schlankheitsideal in den Medien
- Niedriges Selbstbewusstsein
- Probleme in der Familie / mit Freunden
- Lernerfahrungen mit der Nahrungsaufnahme
- Biologische Veranlagung

Diese Faktoren können einzeln oder im Zusammenspiel Essprobleme verursachen. Häufig kommen auch belastende Lebensereignisse dazu, die zu weiterem Stress führen.

Versucht für jeden Risikofaktor und die belastenden Lebensereignisse Beispiele zu finden und wie sich diese auf das Essverhalten auswirken können! Erarbeitet eine kleine Präsentation!

Die andere „Forscherguppe“ wird dann den Teufelskreis des Essverhaltens vorstellen.

Risikofaktoren



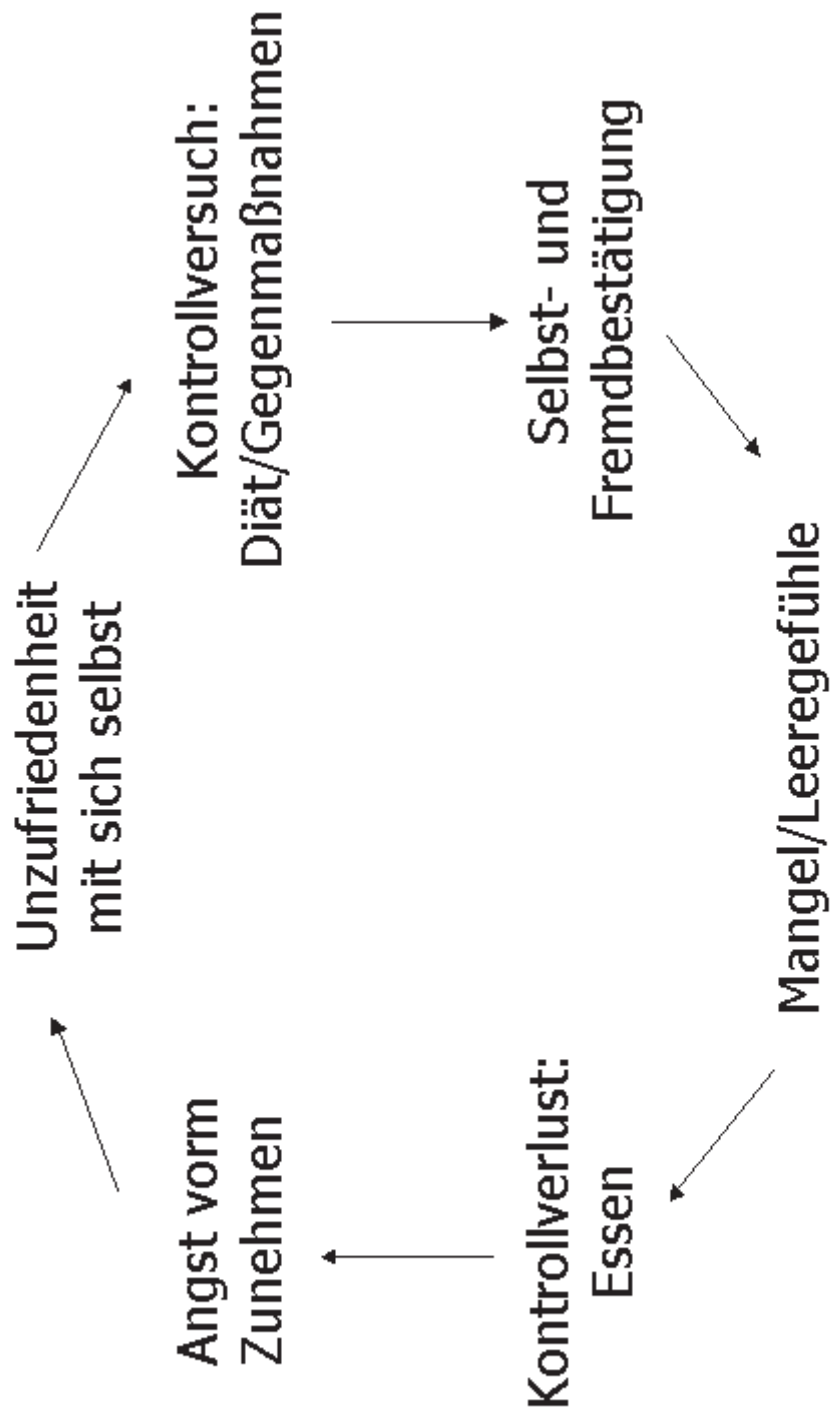
Kongressvorbereitung

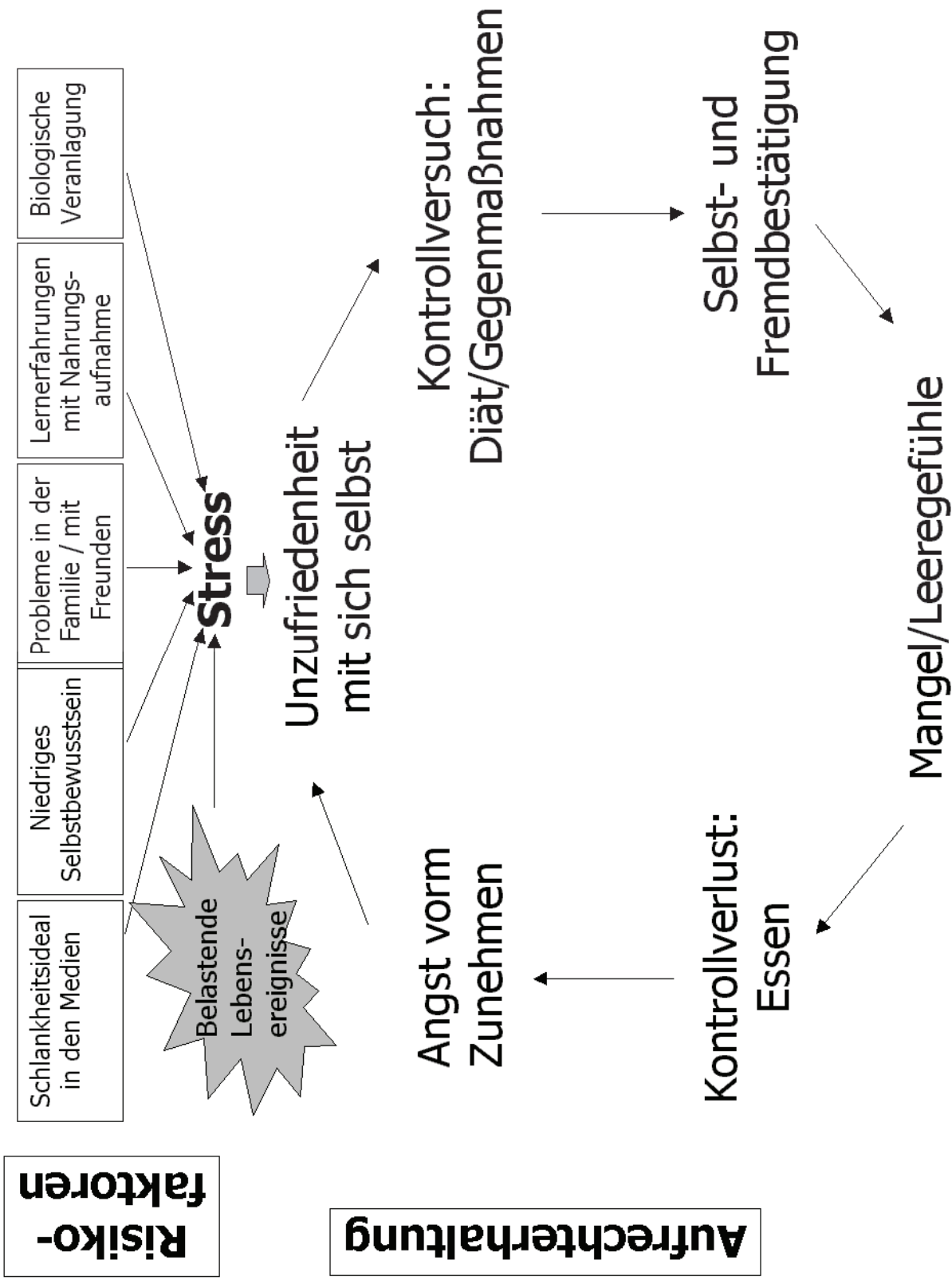
Eine Hilfskraft hat Euch netterweise schon eine schöne Folie erstellt, aber den Vortrag müsst Ihr jetzt noch selber ausarbeiten.

In der Forschung wurde bezüglich der Aufrechterhaltung von Essproblemen ein Teufelskreis entdeckt. Diskutiert die Richtigkeit dieses Teufelskreises! Vielleicht hat die Hilfskraft auch verschiedene Gefühle, Gedanken oder Verhaltensweisen vergessen in den Teufelskreis mit einzufügen, diese könnt Ihr noch ergänzen.

Erarbeitet eine kleine Präsentation, in der Ihr die einzelnen Punkte in dem Teufelskreis genau beschreibt und wie sie auf einander wirken.

Teufelskreis des Essverhaltens





Programmübersicht

Sitzung	Thema
1	➤ Kennen lernen ➤ Schönheitsideal / Medien ➤ Entstehung von Essproblemen
2	
3	➤ Gesunde Ernährung
4	
5	➤ Körperbild
6	
7	
8	➤ Konflikt- und Stressbewältigung
9	
10	

Tipps und Hinweise zum Ausfüllen des Ernährungsprotokolls

- | | |
|--|--|
| Datum / Wochentag | <ul style="list-style-type: none"> • Zuerst bitte immer oben das Datum und den Wochentag eintragen. Für einen Tag können so viele Seiten wie nötig verwendet werden, für einen neuen Tag sollte jedoch immer mit einer neuen Seite begonnen werden. |
| Wo? | <ul style="list-style-type: none"> • Trage ein, wo Du diese Mahlzeit eingenommen hast (z.B. beim Einkaufen, auf dem Heimweg, zu Hause am Küchentisch). |
| Mit wem? | <ul style="list-style-type: none"> • Gib an, mit wem Du die Mahlzeit zu Dir genommen hast (z.B. allein, mit Freunden, Familie, Arbeitskollegen) |
| Anfang / Ende | <ul style="list-style-type: none"> • Trage die Uhrzeit zu Beginn und Ende der Mahlzeit ein |
| Hunger | <ul style="list-style-type: none"> • Schätze auf einer Skala von 0 bis 7 Ihr Hungergefühl vor der Mahlzeit ein • 0 bedeutet „nicht hungrig“, 7 bedeutet „sehr hungrig“ |
| Nahrungsmenge | <ul style="list-style-type: none"> • Notiere die jeweilige Menge der Nahrungsmittel und Getränke so genau wie möglich (z.B. in Stück, Gramm oder Liter). |
| Art der Nahrungsmittel / Getränke | <ul style="list-style-type: none"> • Schreibe genau auf, welche Nahrungsmittel und Getränke Du zu dir genommen hast. |
| Essanfall | <ul style="list-style-type: none"> • Trage hier ein, ob diese Mahlzeit für Dich ein Essanfall war oder nicht. |
| Kontrollverlust | <ul style="list-style-type: none"> • Schätze hier ein, wie stark Du das Gefühl hattest, mit dem Essen aufhören zu können. • 0 bedeutet „Gefühl der vollständigen Kontrolle“, 7 „extrem starkes Gefühl, die Kontrolle über das Essen zu verlieren“. |
| Angst zuzunehmen | <ul style="list-style-type: none"> • Schätze auf einer Skala von 0 bis 7 Deine Angst ein, bei dieser Mahlzeit zuzunehmen. • 0 bedeutet „keine Angst zuzunehmen“, 7 „extreme Angst zuzunehmen“ |
| Gegenmaßnahmen | <ul style="list-style-type: none"> • Trage hier eventuelle Maßnahmen ein, die Du ergriffen hast, um die aufgenommenen Kalorien wieder zu verringern (z.B. Erbrechen, Sport) |

Wie viel wiegst Du? Wie groß bist Du? Bei welcher Frage fällt Dir die Antwort schwerer? Warum?	Hast Du schon mal jemanden zum Zunehmen motiviert?
Bei welchen Gelegenheiten fällt Dir ein, Du müsstest mal wieder abnehmen?	Was fehlt Deiner Meinung nach einer jungen Frau, die, obwohl sie satt ist, mehrmals am Abend in den Kühlschrank greift, um was zu essen?
Bei welchen Gelegenheiten fällt Dir ein, Du könntest ruhig etwas zunehmen?	Isst Du manchmal etwas, nur weil es gesund ist?

Möchtest Du lieber 5 Kilo zu- oder abnehmen?	Erzähle eine Kindheitserinnerung, bei der das Essen große Bedeutung hatte!
Mit welchen Menschen isst Du am liebsten?	Möchtest Du lieber 2 Kilo zu- oder abnehmen?
Bist Du mit Deinem Körpergewicht zufrieden?	Welche Schuhgröße hast Du? Welche Hosengröße hast Du? Bei welcher Frage fällt Dir die Antwort leichter? Warum?

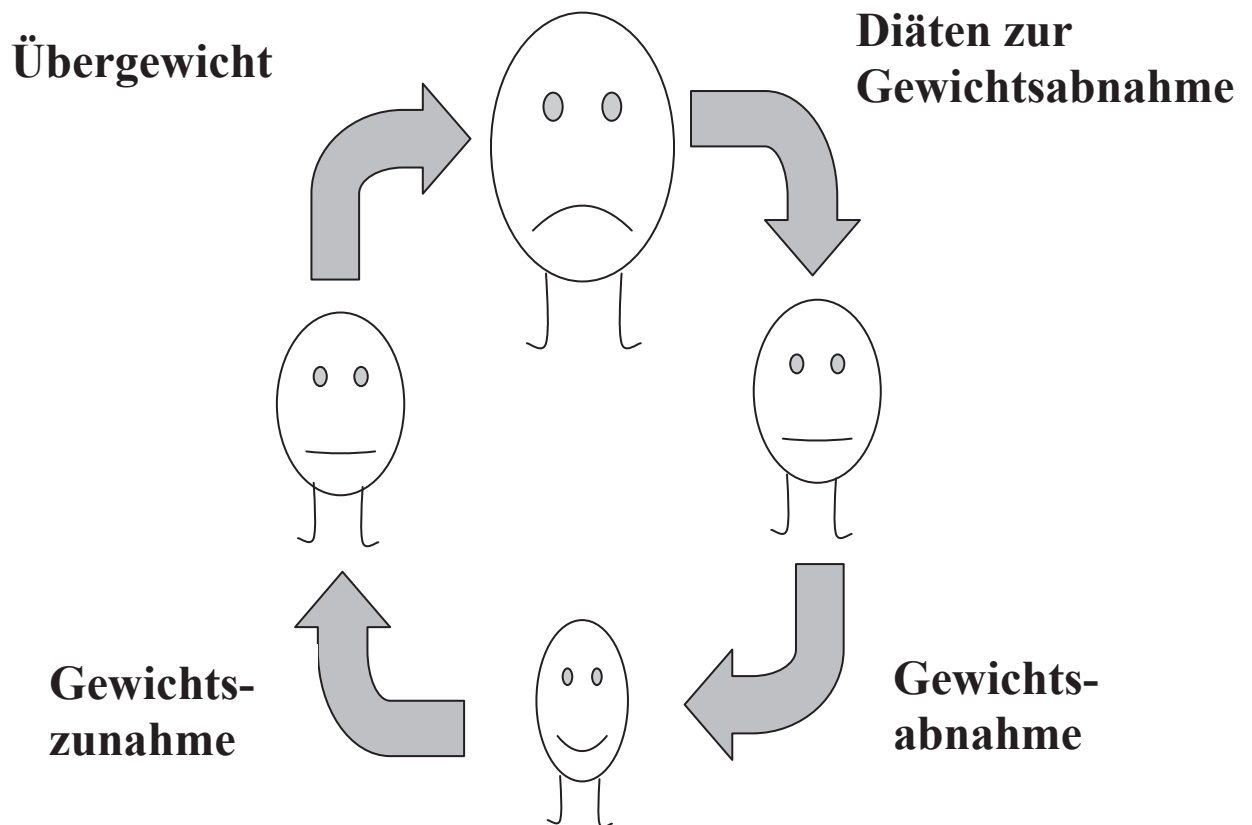
Wie oft wiegst Du Dich?	Isst Du manchmal eine ganze Tafel Schokolade und denkst dabei: „Von 100g Schokolade kann ich nicht mehr als 100g zunehmen?“
Welche Assoziation verbindest Du mit dem Wort ‚mager‘?	Was isst Du am liebsten?
Wie oft gönnst Du Dir Deine Lieblingsspeise?	Hast Du manchmal vor einem Essen Angst?

Würdest Du für Dich alleine eine Mahlzeit mit fünf Gängen kochen?	Was magst Du überhaupt nicht essen? Was könnte Dich dazu bringen, dieses Essen doch zu Dir zu nehmen?
Welche Elternsprüche fallen Dir zum Stichwort ‚Essen‘ ein?	Welche Assoziationen verbindest Du mit dem Wort ‚fett‘?
Ist es für Dich wichtig, Deine Hauptmahlzeiten zu bestimmten Zeiten einzunehmen?	Bekommst Du bei dem Geruch von frisch gebackenem Kuchen soviel Hunger, dass Du ein Stück Kuchen kaufst und es sofort isst?

Welche Assoziationen fallen Dir ein, wenn Du an ‚kotzen‘ denkst?	Hast Du schon mal jemanden zum Abnehmen motiviert?
Hältst Du Deinen besten Freund oder Deine beste Freundin für zu dünn oder zu dick? Wie sagst Du ihm/ihr das?	Dein bester Freund oder deine beste Freundin hat 5 Kilo abgenommen. Welche Gefühle löst das bei Dir aus?
Nimmst Du wahr, wenn dein Freund oder deine Freundin 1 bis 3 Kilo zugenommen hat?	Wie viele Diäten hast Du bereits ausprobiert? Wann hast Du die letzte gemacht? Mit welchem Erfolg?

Welche Gefühle verbindest Du mit Diäten?	Zu welchen Zeiten wird Dir eine Diät wichtig?
Falls Du schon mal eine Diät gemacht hast, mit welchen Misserfolgen hattest Du dabei zu kämpfen?	Zu welchen Gelegenheiten benutzt Du Essen, um Dich zu verwöhnen, um Langeweile zu vertreiben, um Dich zu beruhigen, um Frust abzubauen, als Trost?

Der Jo-Jo-Effekt



Essstörungen

Magersucht (Anorexie)

- Deutlicher Gewichtsverlust durch starkes Diäthalten
- Intensive Angst, an Gewicht zuzunehmen
- Wahrnehmung des eigenen Körpers als zu dick
- Ausbleiben der Menstruationsblutung

Ess-Brech-Sucht (Bulimie)

- Ständiges Diäthalten unterbrochen von Essanfällen (große Mengen an Nahrungsmitteln!)
- Gegenmaßnahmen (Übergeben, Missbrauch von Abführ- o. Diätmitteln, extremes Sporttreiben)
- Starke Angst, zuzunehmen
- Wahrnehmung des eigenen Körpers als zu dick

Ess-Sucht (Binge-Eating-Störung)

- Essanfälle (Gefühl von Kontrollverlust)
- Keine gegensteuernden Maßnahmen wie bei der Bulimie
- Starkes Leiden unter Essanfällen

Gefahren von Zuviel und Zuwenig

Folgen von Diäten → Mangelernährung:

- Niedriger Blutdruck
- Durchblutungsstörungen mit kalten Händen / Füßen
- Trockene Haut und Haarausfall
- Menstruationsstörungen
- Knochenstoffwechselstörungen (Osteoporose)
- Depressionen (wegen verändertem Hormonhaushalt)

Folgen von Essanfällen mit Erbrechen:

- Zahnschädigungen, Entzündungen der Speiseröhre, Schwellungen der Speicheldrüsen
- Schwächegefühle, Konzentrationsschwierigkeiten, Kopfschmerzen
- Herzrhythmusstörungen, Nierenschäden

Folgen von häufigem Überessen / Essanfällen:

- Übergewicht
- Hoher Blutdruck
- Hoher Cholesterinspiegel
- Gelenkerkrankungen
- Atem- und Schlafstörungen

Ein ausgewogener Ernährungstag – ein Beispiel:

morgens:

- 1 Vollkornbrötchen, dünn mit Butter bestrichen
- 2 Teelöffel Marmelade
- 1 Esslöffel Speisequark (10%)
- 2-3 Tassen Kaffee mit Kondensmilch (4%) oder Tee
- 1 Glas Orangensaft

zwischen durch:

- 1 Obstportion, z.B. 1 Apfel
- 1 Tasse Tee

mittags:

- 1 Salatteller
- 1 kleines Schweineschnitzel
- 1 Portion Kartoffeln
- 1 Portion Gemüse
- 1 Glas Saft / Schorle
- 1 Joghurt oder 1 Obstportion, z.B. 1 Birne

zwischen durch:

- 1 Tasse Tee / Kaffee mit Milch
- 1 Obstportion, z.B. 1 Dessertschüssel Trauben
- 2 Schokoladenkekse

abends:

- 2 Scheiben Misch- oder Vollkornbrot
- 1 Scheibe Käse mit Schnittlauch
- 1 Scheibe Wurst / Schinken mit Tomaten
- 1 Portion Quark oder 1 Portion Apfel-Möhren-Salat
- 2 Tassen Früchtetee

über den ganzen Tag verteilt: so viel Mineralwasser, wie man mag
(mindestens jedoch 1,5 - 2 Liter)

Strenge Kontrolle

„Alles oder nichts“

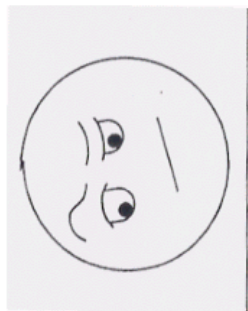
„Ich esse **nie mehr** Schokolade.“

„Ich esse **nur noch** gesunde Vollkornprodukte.“

„**Ab morgen** trinke ich **keine** Cola **mehr**.“

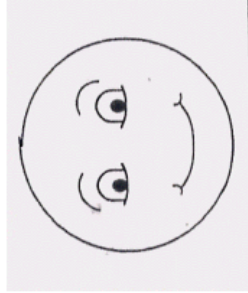
„**Ab sofort** werde ich **immer** auf Fett achten.“

Strenge Kontrolle



**„Ich esse nie mehr
Schokolade.“**

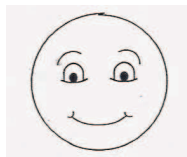
Flexible Kontrolle



**„Nächste Woche
versuche ich mit
zwei Tafeln
Schokolade
auszukommen.“**



Strenge Kontrolle



Flexible Kontrolle

So sehe ich es:

Körperteil	Mag ich sehr	Mag ich	Mag ich einigermaßen	Mag ich nicht	Mag ich überhaupt nicht
Haare					
Augen					
Wangen					
Ohren					
Nase					
Mund/Zähne					
Kinn					
Hals					
Busen					
Bauch					
Schultern					
Oberarme					
Ellenbogen					
Unterarme					
Handgelenke					
Hände/Finger					
Taille					
Po					
Oberschenkel					
Knie					
Waden					
Füße					
Größe					
Gewicht					
Lächeln					

Leitfaden für die Spiegelkonfrontation

Kopf
Wie sehen deine Augen aus? Welche Farbe haben deine Augen? Wirkt dein Blick ernst? Wirkt er verschmitzt? Hast du einen offenen oder verschlossenen Blick? Sehen deine Augen wach oder müde aus? Manche Frauen schminken sich die Wimpern. Sind deine Wimpern geschminkt? Sind deine Wimpern lang? Sind Sie dicht? Oder sind sie spärlich? Was strahlen deine Augen insgesamt aus?
Wie sehen deine Augenbrauen aus? Welche Farbe haben deine Augenbrauen? Sind sie dicht oder schwach behaart? Sind sie geschwungen? Sind sie breit oder schmal?
Wie sieht deine Nase aus? Ist sie groß oder klein? Ist sie breit oder schmal? Ist deine Nase im Profil gerade oder gebogen? Hast du eine Stupsnase? Hast du eine Hakennase? Hast du Sommersprossen?
Wenn du dein Kinn im Profil betrachtest, wie sieht dein Kinn aus? Hast du ein Doppelkinn? Ist es vorstehend? Ist dein Kinn „fliehend“? Ist dein Kinn spitz? Sind Grübchen zu sehen?
Wie sieht dein Mund aus? Sind deine Lippen schmal? Hast du volle Lippen? Sind deine Lippen geschwungen oder eher gerade? Welche Farbe haben deine Lippen? Blass-rot? Kräftig-rot? Sind deine Lippen geschminkt? Ist ein Damenbart erkennbar?
Wie sehen deine Zähne aus? (Frontbereich) Welche Farbe haben deine Zähne? Ist es ein helles Weiß? Sind deine Zähne beim Lächeln sichtbar? Sind im Frontbereich Zahnschäden sichtbar? Sind deine Zähne gerade oder schief gewachsen?

Wie sehen deine Ohren aus?

Sind deine Ohren anliegend oder abstehend?

Trägst du Ohringe?

Sind deine Ohren groß oder klein?

Werden deine Ohren von den Haaren ganz oder teilweise bedeckt?

Wie sehen deine Wangen aus?

Sind deine Wangen schmal? Oder sind sie breit?

Hast du hohe oder flache Wangenknochen?

Zeichnen sich deine Wangenknochen ab? Oder sind deine Wangen voll?

Sind deine Wangen blass? Sind sie gerötet oder gebräunt?

Wie sieht deine Gesichtshaut aus?

Ist dein Teint hell oder dunkel?

Sind dunkle Schatten, wie z.B. Ringe unter den Augen, erkennbar?

Hast du Leberflecke auf der Haut?

Hast du Sommersprossen auf der Haut?

Ist deine Haut feucht-glänzend oder trocken?

Ist deine Haut feinporig oder großporig?

Ist sie rein oder unrein?

Sieht deine Haut stark durchblutet aus?

Ist sie mit Äderchen durchzogen?

Zeichnen sich auf deiner Haut Falten ab?

Sie sehen deine Haare aus?

Welche Farbe haben deine Haare?

Sind deine Haare lang oder kurz?

Sind deine Haare gewellt oder glatt?

Hast du dichtes Haar? Hast du viele oder wenige Haare?

Wie sieht deine Frisur aus?

Wenn du dein Gesicht insgesamt betrachtest, was drückt ein Gesicht aus?

Drückt dein Gesicht eine gehobene oder gedrückte Stimmung aus?

Wirkt dein Gesicht eher unscheinbar?

Drückt dein Gesicht Kontaktbereitschaft aus? Wirkt dein Gesichtsausdruck verschlossen und abweisend?

Rumpf

Wie sieht dein Hals aus?

Ist er dick oder dünn?

Ist er lang oder kurz?

Ist dein Hals faltig?

Ist die Haut gebräunt?

Wie sehen deine Schultern aus?

Sind deine Schultern schmal oder breit?

Wie ist die Haltung der Schultern? Sind die Schultern herabhängend oder hochgezogen?

Sind die Schultern nach vorn gezogen oder nach hinten gestreckt?

Sind deine Schultern eckig oder rund?

Sind deine Schultern muskulös oder knochig?

Wie sieht dein Dekolleté aus? Sind in deinem Dekolleté Knochen sichtbar? Wie ist die Haut beschaffen?
Wie sehen deine Brüste aus? Sind sie groß oder klein? Hängen deine Brüste herab oder stehen sie ab? Sehen deine Brüste prall aus?
Wie sieht deine Taille aus? Hast du eine ausgeprägte Taille oder ist sie kaum sichtbar? Sind Fettpolster erkennbar?
Wie sieht deine Hüfte aus? Ist deine Hüfte schmal oder breit? Stehen Knochen hervor oder sind Fettpolster sichtbar? Hast du eine gerade Hüfte oder ein geschwungenes Becken?
Dreh dich bitte zur Seite. Wie sieht dein Bauch oberhalb und unterhalb der Taille aus? Ist dein Bauch flach? Ist er rund? Sind seine Wölbungen zart? Oder sind sie deutlich hervorgehoben? Ist das Gewebe des Bauches fest oder weich? Ist er schlank oder sind Fettpolster sichtbar?
Dreh dich bitte mit dem Rücken zum Spiegel. Wie sieht dein Rücken aus? Ist er schmal oder breit? Sind Knochen oder Fettpolster sichtbar? Wie ist die Haltung deines Rückens? Ist er gerade oder bildet er ein Hohlkreuz?
Wie sieht dein Po aus? Ist er schmal oder breit? Sieht er straff oder weich aus? Wie sieht dein Po von der Seite aus? Ist er flach oder rund? Hebt er sich wenig oder deutlich von Rücken und Beinen ab?
Gliedmaßen
Wie sehen deine Oberschenkel aus? Sind deine Oberschenkel schmal oder breit? Sind sie dünn? Sind sie dick? Ist das Gewebe fest? Ist es weich? Sind die Oberschenkel muskulös? Sind Fettpolster sichtbar? Wie sieht die Haut an deinen Oberschenkeln aus? Hell? Gebräunt? Sind Adern oder Krampfadern sichtbar? Ist „Orangenhaut“ (Cellulitis) erkennbar? Sind deine Oberschenkel behaart?
Wie sehen deine Knie aus? Stehen sie hervor? Sind die Knie knochig und konturenreich erkennbar? Ist die Kniescheibe groß oder klein?

Wie sehen deine Waden aus?

Sind sie schmal oder breit?

Sind sie dünn oder dick?

Sind sie fest oder weich?

Sind sie muskulös?

Sind Fettpolster sichtbar?

Wie sieht die Haut an deinen Unterschenkeln aus?

Sind Adern oder Krampfadern sichtbar?

Sind deine Unterschenkel behaart?

Wie sehen deine Knöchel aus?

Sind sie schmal oder breit?

Sie sehen deine Füße aus?

Sind sie schmal oder breit?

Wie sehen deine Zehen aus?

Sind Hornhaut, Schwielen, Blasen an den Füßen sichtbar?

Sie sehen deine Zehennägel aus? Kurz? Lang? Breit? Schmal? Eingerissen? Lackiert?

Wenn du deine Beine insgesamt betrachtest, wie sehen sie aus?

Sind sie lang oder kurz?

Sind sie dünn oder dick?

Kann man sie als X- oder O-Beine beschreiben? Oder sind sie gerade?

Beschreibe nun bitte deine Arme. Wie sehen deine Oberarme aus?

Sind sie schmal oder breit?

Sind sie dünn oder dick?

Sind sie fest oder weich?

Sind sie knochig oder muskulös?

Sie sehen deine Ellenbogen aus?

Sind sie spitz oder rund?

Wie sehen deine Unterarme aus?

Sind sie schmal oder breit?

Sind sie dünn oder dick?

Sind sie fest oder weich?

Sind sie knochig? Sind sie muskulös?

Wie sehen deine Handgelenke aus?

Sind sie schmal oder breit?

Sind sie knochig oder dick?

Sei sehen deine Hände aus?

Treten auf dem Handrücken Adern hervor oder sind sie nur schwer erkennbar?

Hast du kleine oder große Hände?

Sind sie schmal oder breit?

Sind sie knochig oder „fleischig“?

Ist die Haut deiner Hände faltig? Glatt? Hell? Gebräunt? Sind Leberflecken, Pigmentflecken, Sommersprossen erkennbar?

Ist die Haut deiner Hände weich? Oder ist sie rau? Trocken? Rissig? Kannst du Schwielen oder Hornhaut in der Innenhand fühlen?

Wie sehen deine Finger aus?

Sind sie lang oder kurz?

Sind sie knochig? Dick? Zierlich?

Wie sehen deine Fingernägel aus?

Sind sie lang oder kurz?

Sind sie geschnitten oder gefeilt, abgebrochen oder eingerissen?

Wenn du deine Arme insgesamt betrachtest, wie sehen sie aus?

Sind sie lang oder kurz?

Sind sie dünn oder dick?

Wie sieht die Haut an deinen Armen aus?

Gesamtbild

Betrachte jetzt bitte noch einmal deinen ganzen Körper und achte auf deine Ausstrahlung.

Wie wirkst du in diesem Augenblick auf dich?

Strahlst du Kontaktbereitschaft aus? Wirkst du verschlossen? In dich gekehrt? Abweisend?

Arrogant? Sympathisch? Interessant?

Bist du ein sportlicher oder eleganter Frauentyp?

Drückt dein Körper aus, dass du in dir ruhst? Mit dir zufrieden bist?

Wirkst du zurückhaltend? Ängstlich? Traurig? Fröhlich?



Positive Gedanken



Negative Gedanken



Ich esse, weil...

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Stress-Situation

Beschreibung der Situation:

Was ist passiert? Wer war beteiligt?

Wie habe ich mich gefühlt?

Was habe ich gedacht?

Wie habe ich mich verhalten?

Problemlösen

1. Was ist eine typische Problemsituation?

2. Was gibt es für Lösungsmöglichkeiten?

3. Beste Lösungsmöglichkeit

4. Schritte und Maßnahmen, um das angestrebte Ziel zu erreichen:
Handlungsplan

5. Erfahrungen mit der Lösungsstrategie

Anhang 4

Evaluationsinstrumente

Anhang 4A: Deckblatt Fragebögen Prätest

Psychotherapeutische Ambulanz der Universität  Siegen
Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie 

Name: _____ Bearbeitungsdatum: _____

Fragebögen zur Diagnostik

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragebögen zum Essverhalten, aber auch zu verschiedenen anderen Lebens- und Problembereichen. Die durch diese Fragebögen erfassten Informationen helfen uns dabei, das Gruppenprogramm individuell auf Sie abzustimmen und später seine Wirksamkeit zu überprüfen.

Wir bitten Sie daher, **alle** Fragen **sorgfältig** und **vollständig** zu beantworten. Sollte es vorkommen, dass keine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auf Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die noch am ehesten Ihrer Einschätzung entspricht bzw. auf Sie zutrifft. Sie können natürlich auch weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen, falls Sie dies wünschen.

Lesen Sie bitte alle Aussagen in Ruhe durch, aber verbringen Sie nicht zuviel Zeit bei den einzelnen Punkten. Ihre erste Antwort ist die beste. Versuchen Sie, Ihre Entscheidung unabhängig von der vorherigen Äußerung zu treffen, lassen Sie sich also nicht durch Ihre vorherigen Antworten beeinflussen.

Es gibt bei diesen Fragen **keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten**. Bitte beantworten Sie die Fragen deshalb **allein**, ohne andere Personen um ihre Hilfe oder ihr Urteil zu bitten.

Bitte kontrollieren Sie nach dem Ausfüllen des Fragebogens nochmals auf jeder Seite, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte tragen Sie in der Kopfzeile dieser Seite das Datum ein, an dem Sie die Fragebögen ausgefüllt haben.

Vielen Dank.

Dipl.-Psych. Grit Köster
Prof. Dr. B. Tuschen-Caffier
St.-Johann-Str. 18 57069 Siegen Tel.: 0271/740-4939 Fax: 0271/740-4940 E-Mail: siegen@christoph-dornier-stiftung.de

Anhang 4B: Deckblatt Fragebögen Posttest

Psychotherapeutische Ambulanz der Universität  Siegen

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie



Name: _____ Bearbeitungsdatum: _____

Gewicht: _____ kg

Wunschgewicht: _____ kg

Fragebögen

Auf den folgenden Seiten findest Du die Fragebögen zum Essverhalten, aber auch zu verschiedenen anderen Lebens- und Problembereichen, die Du schon einmal ausgefüllt hast. Das nochmalige Ausfüllen der Fragebögen hilft uns, später das Gruppenprogramm auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Wir bitten Dich wieder, **alle** Fragen **sorgfältig** und **vollständig** zu beantworten. Sollte es vorkommen, dass keine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auf Dich zutrifft, kreuze bitte diejenige Antwort an, die noch am ehesten Deiner Einschätzung entspricht bzw. auf Dich zutrifft. Du kannst natürlich auch weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen, falls Du dies wünschst.

Lies bitte alle Aussagen in Ruhe durch, aber verbringe nicht zuviel Zeit bei den einzelnen Punkten. Deine erste Antwort ist die beste. Versuche, Deine Entscheidung unabhängig von der vorherigen Äußerung zu treffen, lass Dich also nicht durch Deine vorherigen Antworten beeinflussen.

Es gibt bei diesen Fragen **keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten**. Bitte beantworte die Fragen deshalb **allein**, ohne andere Personen um ihre Hilfe oder ihr Urteil zu bitten.

Bitte kontrolliere nach dem Ausfüllen des Fragebogens nochmals auf jeder Seite, ob Du alle Fragen beantwortet hast.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte trage in der Kopfzeile dieser Seite das Datum ein, an dem Du die Fragebögen ausgefüllt hast.

Vielen Dank.

Dipl.-Psych. Grit Köster

Prof. Dr. B. Tuschen-Caffier

St.-Johann-Str. 18 57068 Siegen Tel.: 0271/740-4939 Fax: 0271/740-4940 E-Mail: siegen@christoph-dornier-stiftung.de

Anhang 4C: Deckblatt Fragebögen Follow-up

Psychotherapeutische Ambulanz der Universität  Siegen

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie



Name: _____ Bearbeitungsdatum: _____

Gewicht: _____ kg

Wunschgewicht: _____ kg

Fragebögen

Auf den folgenden Seiten findest Du die Fragebögen zum Essverhalten, aber auch zu verschiedenen anderen Lebens- und Problembereichen, die Du früher schon mal ausgefüllt hast. Das Ausfüllen der Fragebögen jetzt 6 Monate nach Deiner Teilnahme an dem Programm hilft uns, das Gruppenprogramm auf seine langfristige Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Wir bitten Dich wieder, **alle** Fragen **sorgfältig** und **vollständig** zu beantworten. Sollte es vorkommen, dass keine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auf Dich zutrifft, kreuze bitte diejenige Antwort an, die noch am ehesten Deiner Einschätzung entspricht bzw. auf Dich zutrifft. Du kannst natürlich auch weitere Bemerkungen am Rand hinzufügen, falls Du dies wünschst.

Lies bitte alle Aussagen in Ruhe durch, aber verbringe nicht zuviel Zeit bei den einzelnen Punkten. Deine erste Antwort ist die beste. Versuche, Deine Entscheidung unabhängig von der vorherigen Äußerung zu treffen, lass Dich also nicht durch Deine vorherigen Antworten beeinflussen.

Es gibt bei diesen Fragen **keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten**. Bitte beantworte die Fragen deshalb **allein**, ohne andere Personen um ihre Hilfe oder ihr Urteil zu bitten.

Bitte kontrolliere nach dem Ausfüllen des Fragebogens nochmals auf jeder Seite, ob Du alle Fragen beantwortet hast.

Sämtliche Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Bitte trage in der Kopfzeile dieser Seite das Datum ein, an dem Du die Fragebögen ausgefüllt hast.

Vielen Dank.

Dipl.-Psych. Grit Köster

Prof. Dr. B. Tuschen-Caffier

St.-Johann-Str. 18 57068 Siegen Tel.: 0271/740-4939 Fax: 0271/740-4940 E-Mail: siegen@christoph-dornier-stiftung.de

Anhang 4D: Fragebogen zum Wissen

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihr Wissen bezüglich gesunder Ernährung und Essstörungen. Es gibt jeweils nur **eine richtige** Antwort. Möglicherweise können Sie nicht alle Fragen beantworten. Bitte kreuzen Sie dann die Antwort an, die Sie am ehesten für die **richtige** halten.

1. Was bedeutet gesunde Ernährung?

- ☐ Regelmäßiges Diät halten und Kalorien zählen sind wichtige Bedingungen für eine gesunde Ernährung
- ☐ Was einem am besten schmeckt, ist auch die beste Ernährung
- ☐ Fette und Öle gehören zu einer gesunden und ausgewogenen Ernährung dazu
- ☐ Milchprodukte sollten der Hauptbestandteil einer gesunden Ernährung sein

2. Welche Aussage über Fernsehschauspieler ist richtig?

- ☐ Schauspieler haben genauso Probleme mit ihrem Gewicht wie andere Menschen auch
- ☐ Wer übergewichtig ist, hat beim Fernsehen keine Chance, eine Rolle zu bekommen
- ☐ In allen Serien werden durch Computertechniken die Schauspieler schlanker dargestellt als sie sind
- ☐ Die Schauspieler im Fernsehen sind von Natur aus schöner als andere Menschen

3. Was wird als Jojo-Effekt bezeichnet?

- ☐ Eine Erkrankung der Magenwand, bei der die Betroffenen unter ständigem Schluckauf leiden
- ☐ Wenn man mit jeder neuen Diät langsamer abnimmt und nach Beendigung der Diät schneller wieder zunimmt
- ☐ Wenn eine Frau mit einer Diät beginnt und daraufhin auch ihre Freundinnen damit anfangen
- ☐ Wenn man mit jeder neuen Diät schneller abnimmt, aber nach Beendigung der Diät auch schneller wieder zunimmt

4. Was ist Anorexie?

- ☐ Eine Erkrankung, bei der die Betroffenen ständig an Gewicht verlieren, obwohl sie weiterhin normal essen
- ☐ Eine psychische Erkrankung, bei der die Betroffenen unter einem erhöhten Blutdruck und Appetitlosigkeit leiden
- ☐ Eine Erkrankung des Magendarmtraktes, die zu starkem Appetitverlust führt
- ☐ Eine schwere und manchmal lebensgefährliche Erkrankung, bei der die Betroffenen so wenig essen, dass sie stark an Gewicht verlieren

5. Wie viel Prozent der Bevölkerung werden als Models in Modezeitschriften abgebildet?

- ☐ ca. 10%
- ☐ ca. 3%
- ☐ ca. 0,03%
- ☐ ca. 0,003%

6. Welche Aussage bezüglich des Schönheitsideals ist richtig?

- ☐ Wer dem Schönheitsideal entspricht, ist immer glücklich
- ☐ Was als schön bezeichnet wird, ist sowohl vom Zeitgeschmack als auch vom kulturellen Hintergrund abhängig
- ☐ Ein Mädchen, das dem Schönheitsideal entspricht, hat weniger Beziehungsprobleme
- ☐ Das Schönheitsideal ist schon seit Jahrhunderten an allen Orten der Welt gleich

7. Wie viel Prozent derjenigen, die an einer Essstörung leiden, haben bereits vorher Diäten gemacht ?

- ☐ 57%
- ☐ 65%
- ☐ 80%
- ☐ 90%

8. Wieso treten in Folge von Essstörungen häufig Depressionen auf?

- ☐ Durch die Mangelernährung kommt es zu Hormonveränderungen, die Depressionen auslösen können
- ☐ Die steigenden Preise bei Lebensmitteln sind für Menschen mit Essanfällen nicht mehr tragbar
- ☐ Die Mangelernährung führt zum Absterben von Nervenbahnen, wodurch Botenstoffe nicht weiter übertragen werden können
- ☐ Depressionen sind nie die Folge von Essstörungen, sondern immer die Ursache

9. Wie viele Mahlzeiten am Tag werden von Ernährungswissenschaftlern empfohlen?

- ☐ 3 Hauptmahlzeiten und keine Zwischenmahlzeiten
- ☐ 2 Hauptmahlzeiten und 3 Zwischenmahlzeiten
- ☐ 5 Hauptmahlzeiten
- ☐ 3 Hauptmahlzeiten und 2 Zwischenmahlzeiten

10. Wie viel sollte man täglich trinken?

- ☐ Bis zu $\frac{1}{2}$ Liter
- ☐ Bis zu 1 Liter
- ☐ 1 bis 1,5 Liter
- ☐ 1,5 bis 2 Liter

11. Wie verändert sich der Körper durch die Pubertät?

- ☐ Durch den erhöhten Leistungsdruck, unter dem Jugendliche im Unterschied zu Kindern stehen, kommt es zu Fettabbau und Gewichtsverlust
- ☐ Die Körpergröße und das Körpergewicht nehmen sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen um das 0,4fache zu
- ☐ Im Rahmen der Pubertät kommt es häufig zu Gewichtszunahme und zu einem erhöhten Energiebedarf
- ☐ Während der Pubertät nehmen alle Jugendlichen an Körpergröße zu und an Gewicht ab

12. Was können Essstörungen für körperliche Auswirkungen haben?

- ☐ Bei schweren Formen der Anorexie kann es zur Unfruchtbarkeit kommen
- ☐ Aufgrund der Mangelernährung, die mit Essstörungen verbunden ist, kommt es häufig zu Magengeschwüren
- ☐ Essstörungen gehen häufig mit Migräneanfällen einher
- ☐ Essstörungen sind oft begleitet von Hitzewallungen und Herzrasen

13. Wie nehmen Menschen mit einer Anorexie ihren Körper wahr?

- ☐ Sie nehmen ihren Körper im Vergleich zu anderen Leuten als zu dünn wahr
- ☐ Sie nehmen ihren Körper als normal proportioniert wahr, wollen aber trotzdem abnehmen
- ☐ Sie nehmen ihren Körper als zu dick wahr, egal wie viel sie wiegen
- ☐ Menschen mit Anorexie unterscheiden sich in ihrer Körperwahrnehmung nicht von anderen Menschen

14. Kann sich Stress auf das Essverhalten auswirken?

- ☐ Nein, das Essverhalten eines Menschen hängt nur von seinem individuellen Hungergefühl ab, unabhängig davon, wie viel Stress er erlebt
- ☐ Ja, die meisten Menschen essen mehr, wenn sie unter Stress stehen
- ☐ Ja, viele Menschen reagieren auf Stress, indem sie entweder mehr oder weniger essen als sie es gewöhnlich tun würden
- ☐ Ja, die meisten Menschen essen weniger, wenn sie unter Stress stehen

15. Wie entsteht Fettsucht (Adipositas)?

- ☐ Durch einen Mangel an ausreichender Vitaminversorgung
- ☐ Durch zuviel Bodybuilding
- ☐ Durch eine Erkrankung des Verdauungstraktes
- ☐ Durch übermäßiges fettreiches Essen und erbliche Begünstigung

16. Wie viel Prozent derjenigen, die an einer Essstörung erkranken, sind Jungen oder Männer?

- ☐ 0.5-1%
- ☐ 5-10%
- ☐ 13-15%
- ☐ 17-20%

17. Was ist Bulimie?

- ☐ Eine Essstörung, bei der die Betroffenen immer nur sehr wenig essen und sich anschließend übergeben
- ☐ Eine Essstörung, bei der die Betroffenen unter Heißhungerattacken leiden und sich anschließend häufig übergeben
- ☐ Eine Krankheit, bei der die Betroffenen so viel Gewicht verlieren, dass es jedem auffällt
- ☐ Eine Essstörung, bei der die Betroffenen ständig Süßigkeiten essen müssen

18. Welche der vier Aussagen ist richtig?

- ☐ Menschen essen ausschließlich dann, wenn sie Hunger haben
- ☐ Viele Menschen essen, wenn sie Probleme haben oder sich in schlechter Stimmung befinden
- ☐ Die meisten Menschen essen im Sommer mehr als im Winter, weil die Sonne appetitanregende Prozesse im Körper auslöst
- ☐ Menschen essen im Kreise der Familie mehr, als wenn sie mit Freunden gemeinsam essen

19. Welche Aussage über Süßigkeiten ist richtig?

- ☐ Auf Süßigkeiten sollte grundsätzlich verzichtet werden
- ☐ Im geringem Umfang sind Süßigkeiten normalerweise nicht schädlich
- ☐ Süße Pausensnacks sind genauso vollwertig wie ein Pausenbrot mit Käse
- ☐ Süßigkeiten zwischendurch steigern den Appetit auf die Hauptmahlzeiten

20. Warum sind Kohlehydrate wichtig?

- ☐ Weil Kohlenhydrate die wichtigsten Energiestofflieferanten sind
- ☐ Weil Kohlenhydrate reich an Calcium sind, das die Knochen und Zähne festigt
- ☐ Weil Kohlenhydrate den gesamten Stoffwechsel steuern und im Immunsystem eine wichtige Rolle spielen
- ☐ Weil Kohlenhydrate den Transport von anderen Nährstoffen organisieren

Anhang 4E: Evaluation nach Programmende

 Rückmeldung  Zur Auswertung des Programms ist uns Deine persönliche Meinung sehr wichtig. Bitte beurteile, wie zufrieden Du mit dem Verhalten der Programmleiterinnen sowie der Gestaltung der Stunden und Materialien warst und wie viel die einzelnen Programmbausteine Dir persönlich gebracht haben! Name: _____ Datum: _____					
Wie zufrieden warst Du mit...					
...dem Verhalten der Programmleiterinnen?					
	sehr zufrieden	zufrieden	mäßig zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
	☐	☐	☐	☐	☐
...der Gestaltung der Stunden und Materialien?					
	sehr zufrieden	zufrieden	mäßig zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
Schönheitsideal / Medien	☐	☐	☐	☐	☐
Ernährung	☐	☐	☐	☐	☐
Figur	☐	☐	☐	☐	☐
Problemlösen	☐	☐	☐	☐	☐
...insgesamt mit dem Programm?					
	sehr zufrieden	zufrieden	mäßig zufrieden	wenig zufrieden	gar nicht zufrieden
	☐	☐	☐	☐	☐
Wie viel haben Dir die verschiedenen Programmbausteine persönlich gebracht?					
	sehr viel	viel	mäßig	wenig	sehr wenig
Schönheitsideal / Medien	☐	☐	☐	☐	☐
Ernährung	☐	☐	☐	☐	☐
Figur	☐	☐	☐	☐	☐
Problemlösen	☐	☐	☐	☐	☐
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?					
Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?					
Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme an dem Programm verändert?					

Anhang 4F: Evaluation zum Follow-up-Messzeitpunkt

Psychotherapeutische Ambulanz der Universität  Siegen

Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie 

Name: _____

Datum: _____

Bitte gib auf dieser Seite an, wie Du Dich heute im Vergleich zum Beginn des Gruppenprogramms „Zu Dick, zu dünn“ fühlst.

Im Vergleich zum Beginn des Gruppenprogramms fühle ich mich heute insgesamt:

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
sehr viel	viel	etwas	unver-	etwas	viel	sehr viel
schlechter	schlechter	schlechter	ändert	besser	besser	besser

Die Zufriedenheit mit meiner Figur ist heute im Vergleich zum Beginn des Gruppenprogramms:

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
sehr viel	viel	etwas	unver-	etwas	viel	sehr viel
schlechter	schlechter	schlechter	ändert	besser	besser	besser

Die Zufriedenheit mit meinem Gewicht ist heute im Vergleich zum Beginn des Gruppenprogramms:

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
sehr viel	viel	etwas	unver-	etwas	viel	sehr viel
schlechter	schlechter	schlechter	ändert	besser	besser	besser

Insgesamt ist mein Essverhalten heute im Vergleich zum Beginn des Gruppenprogramms:

1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
sehr viel	viel	etwas	unver-	etwas	viel	sehr viel
schlechter	schlechter	schlechter	ändert	besser	besser	besser

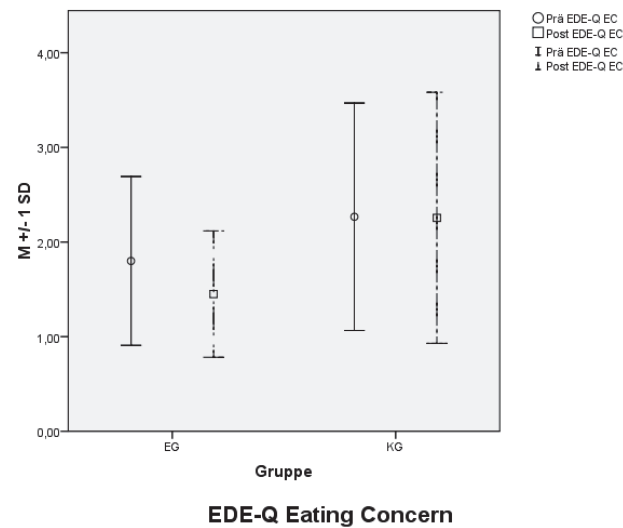
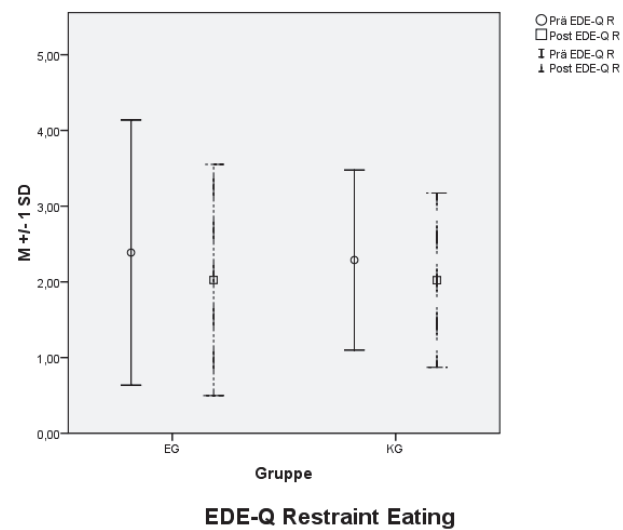
Bitte versuche auf der Rückseite mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:

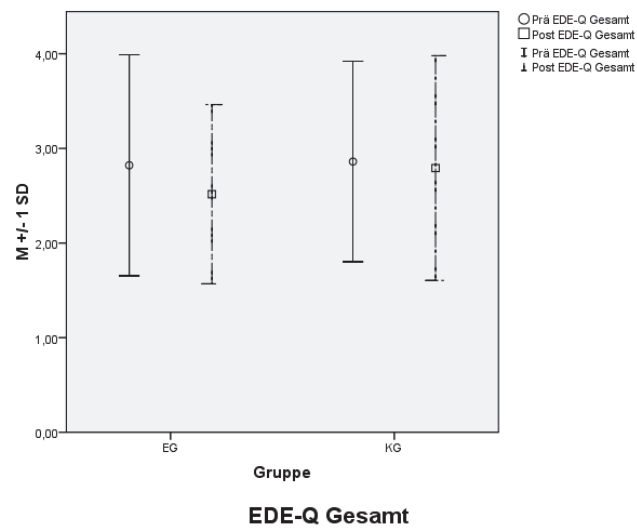
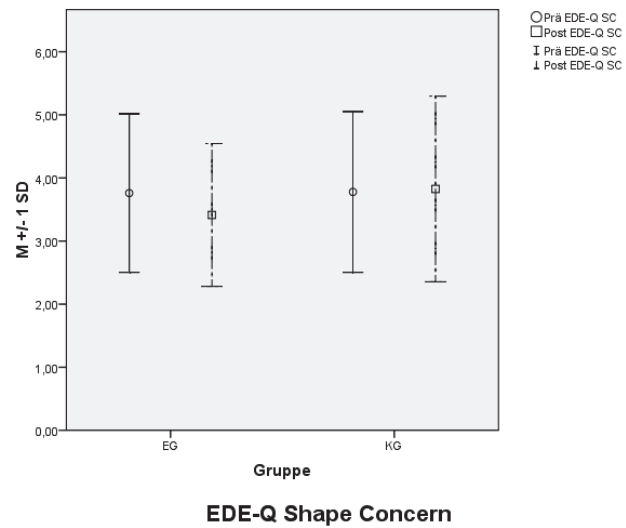
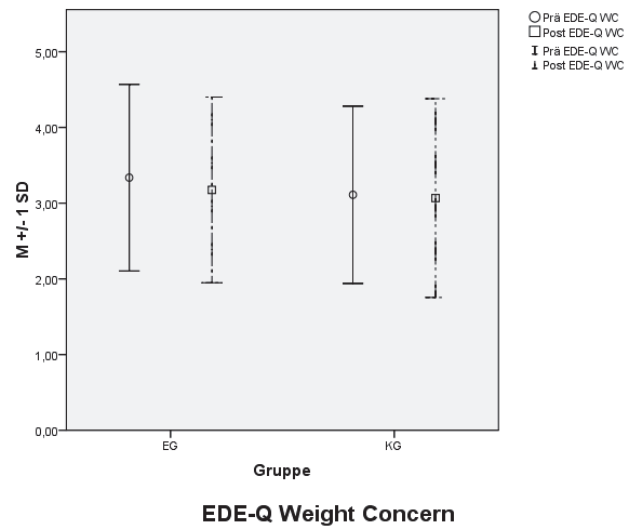
Anhang 5

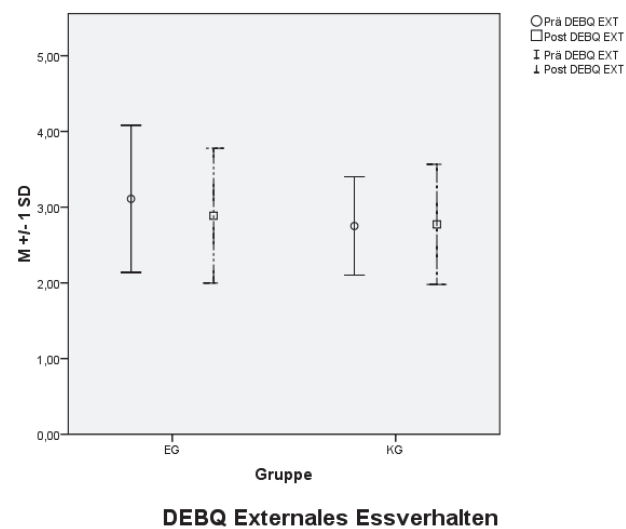
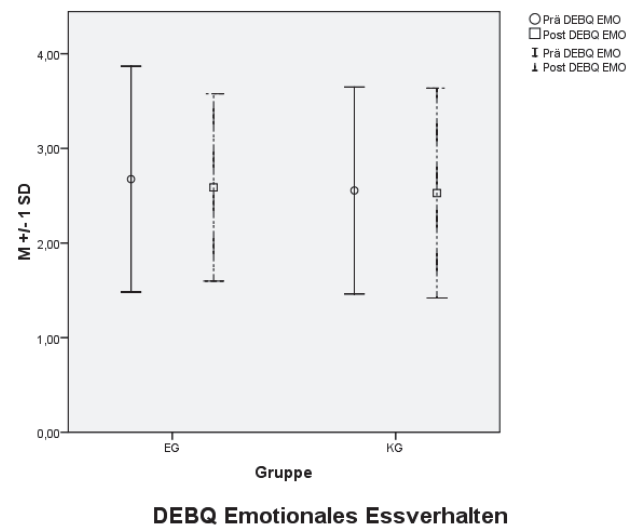
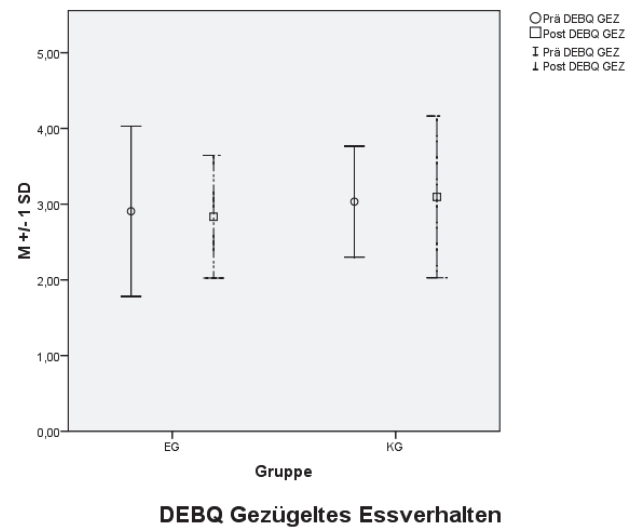
Graphische Darstellung der Ergebnisse zum EG-/ KG-Vergleich und zum Langzeitverlauf

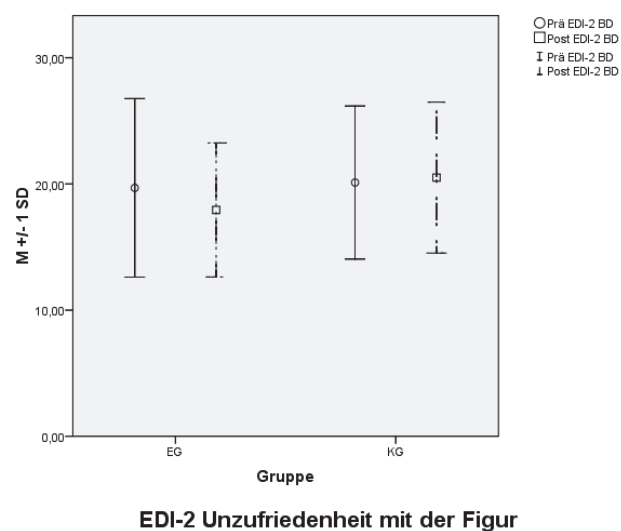
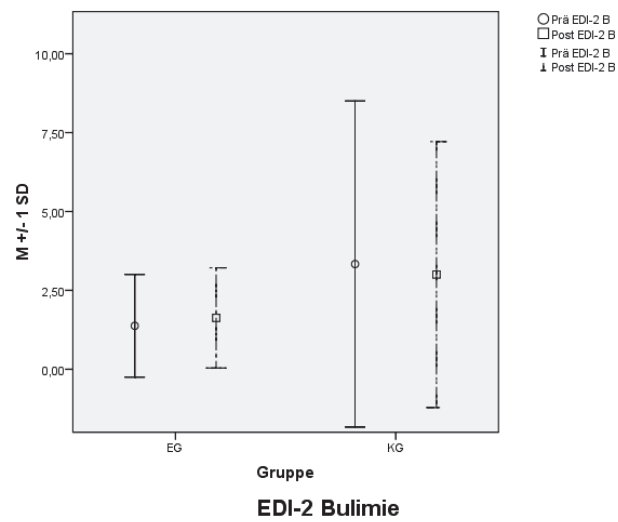
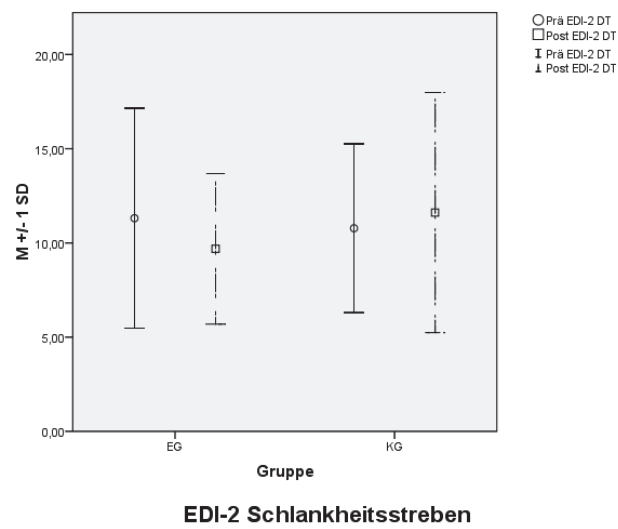
Anhang 5.1: Graphische Darstellung der Ergebnisse zum EG-/ KG-Vergleich

Gruppenunterschiede im Essverhalten und in den Einstellungen zu Gewicht und Figur

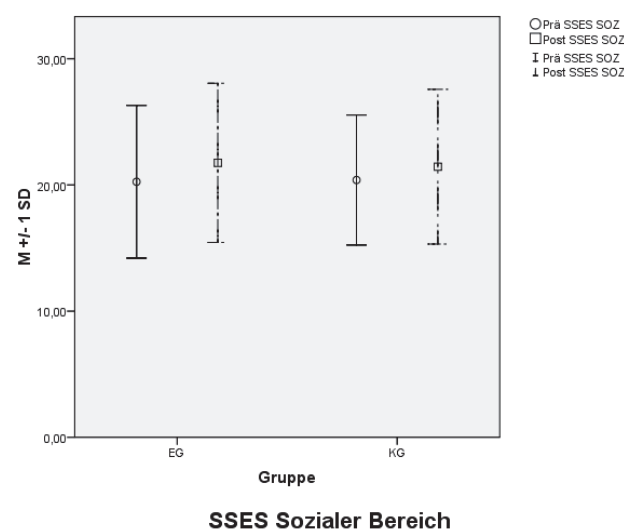
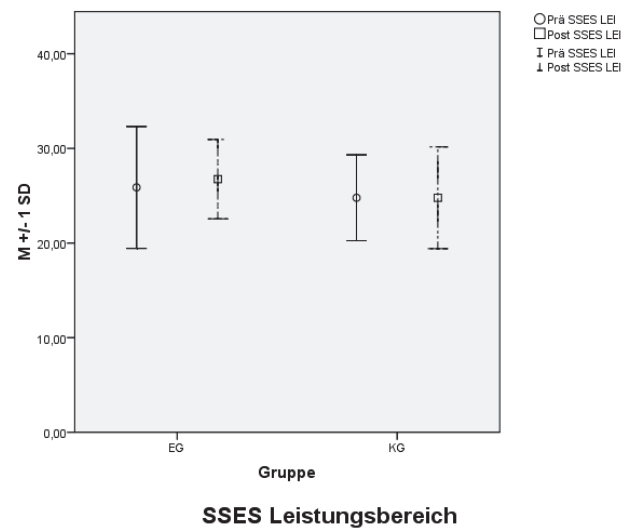
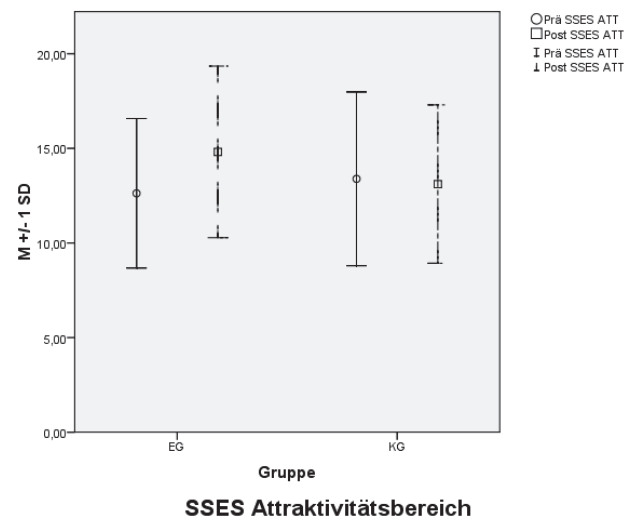


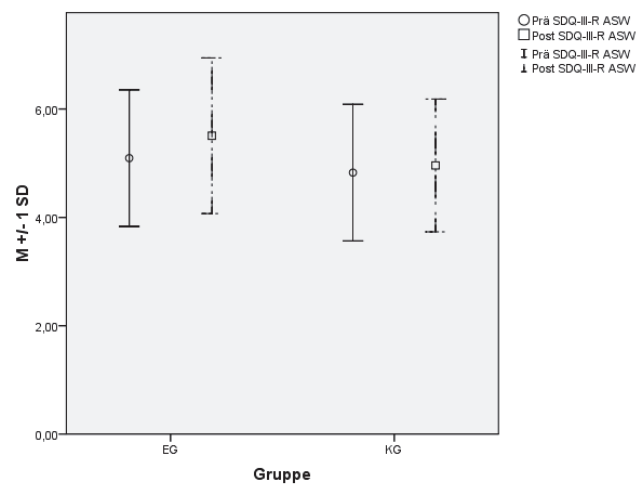
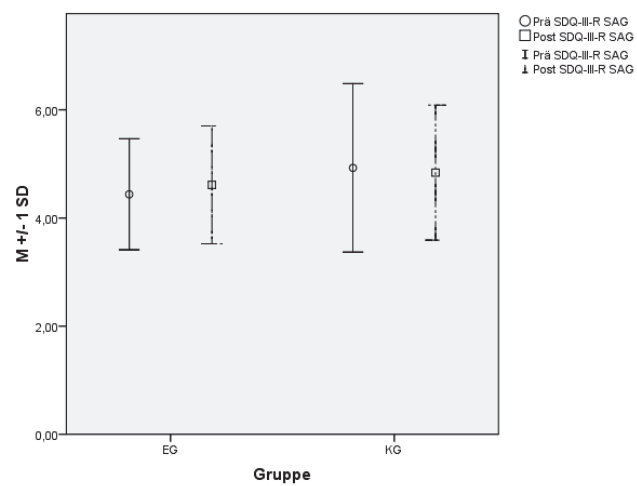
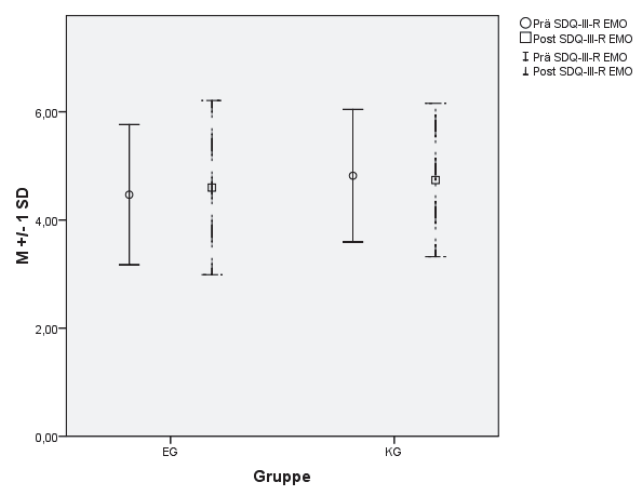


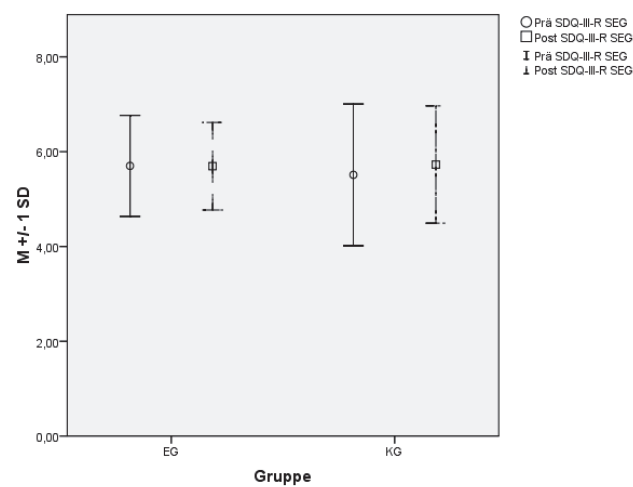
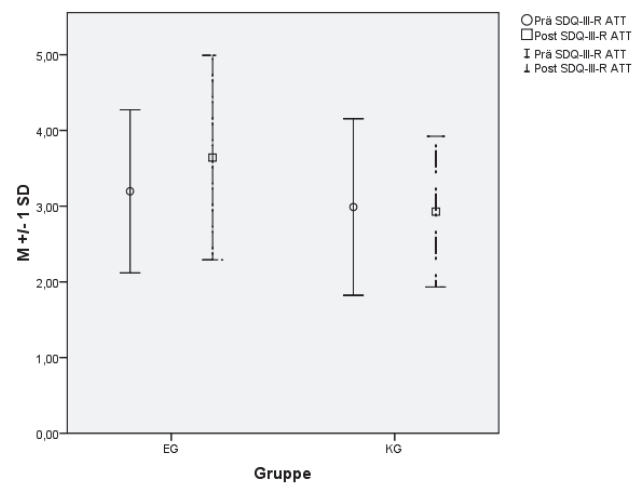
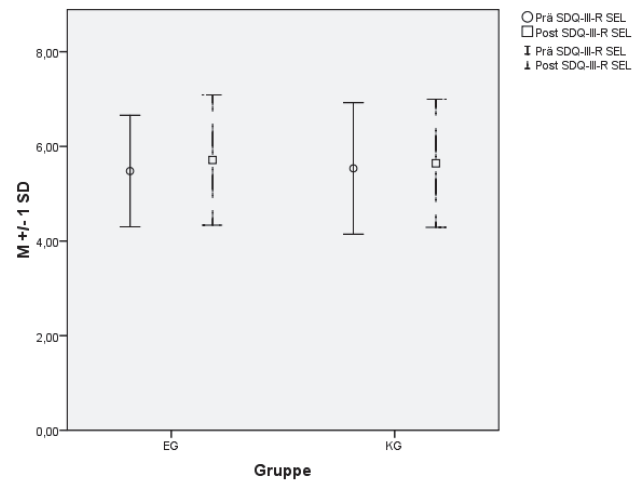


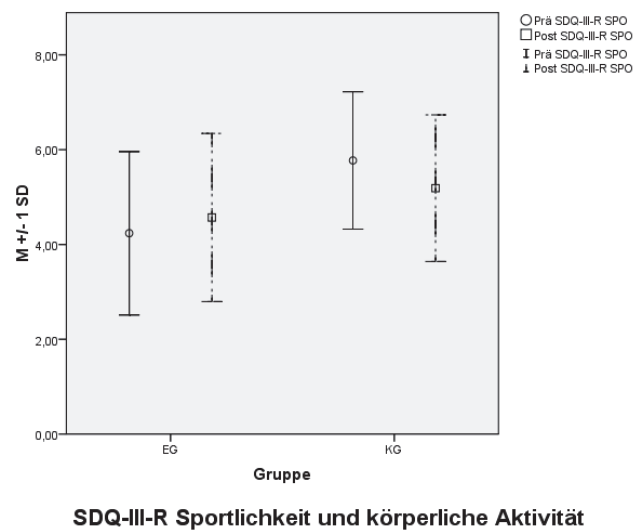


Gruppenunterschiede im allgemeinen und körperlichen Selbstwertgefühl

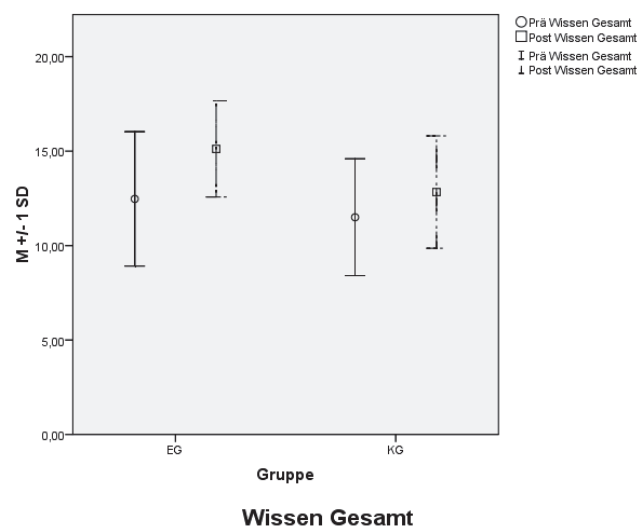


**SDQ-III-R Allgemeines Selbstwertgefühl****SDQ-III-R Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht****SDQ-III-R Emotionales Selbstkonzept**

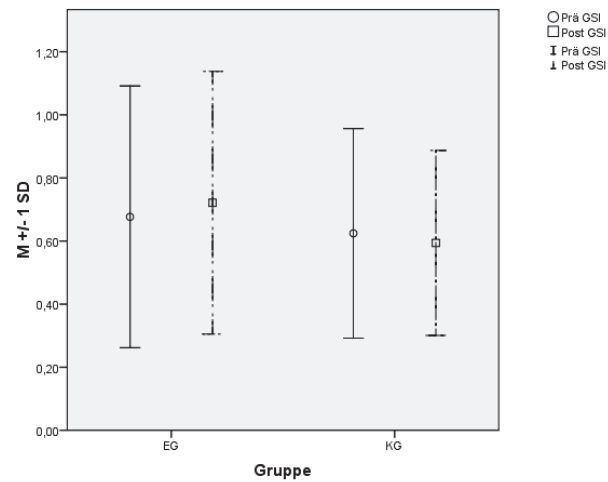




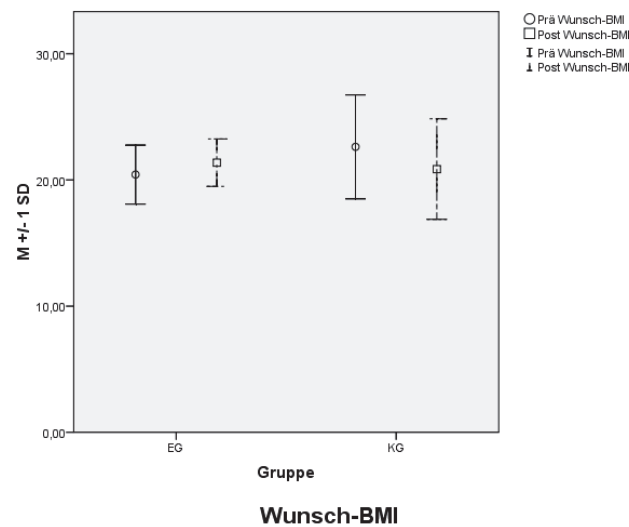
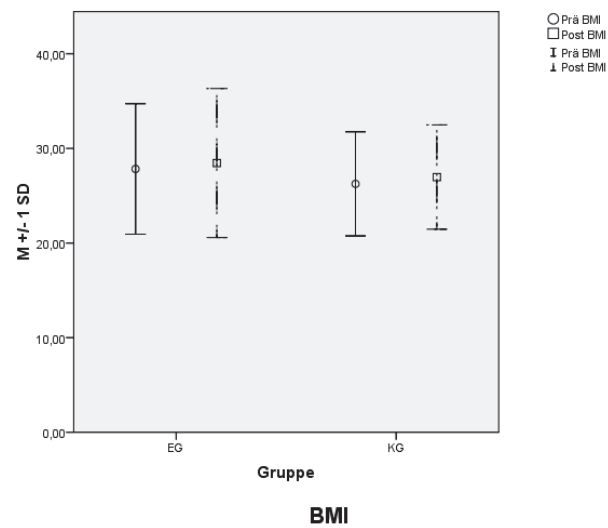
Gruppenunterschiede im Wissen



Gruppenunterschiede in der grundsätzlichen psychischen Belastung

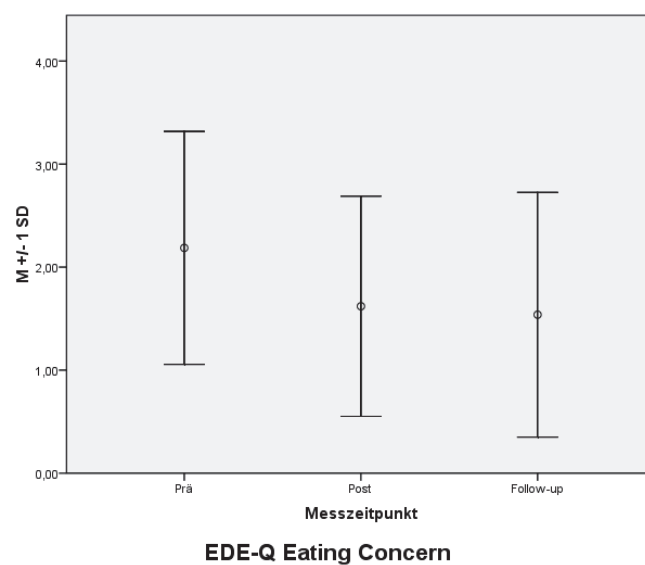
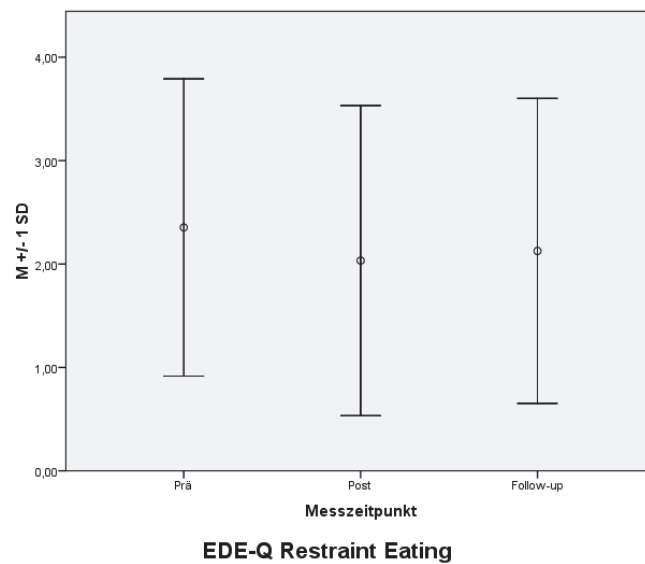


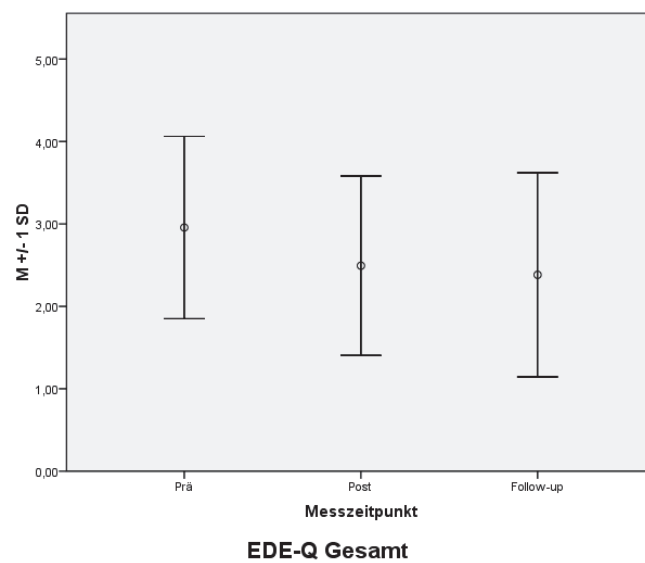
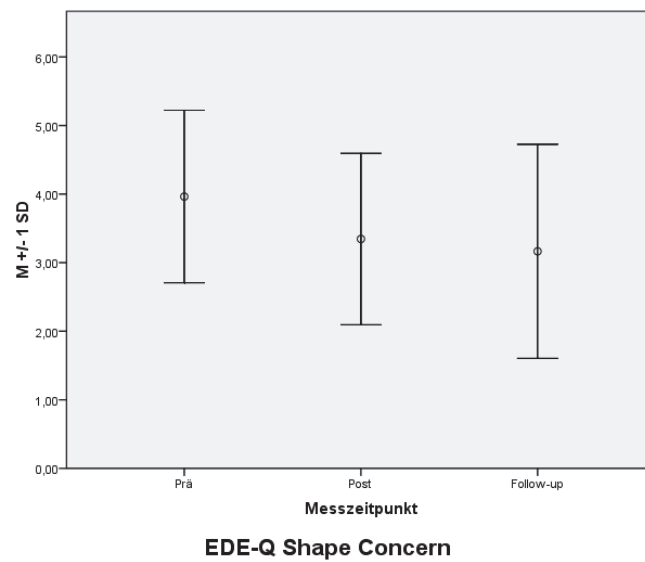
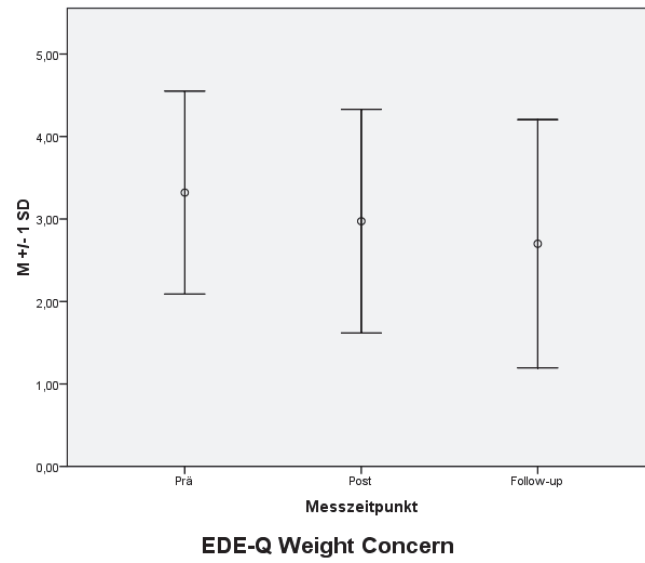
Gruppenunterschiede im BMI und Wunsch-BMI

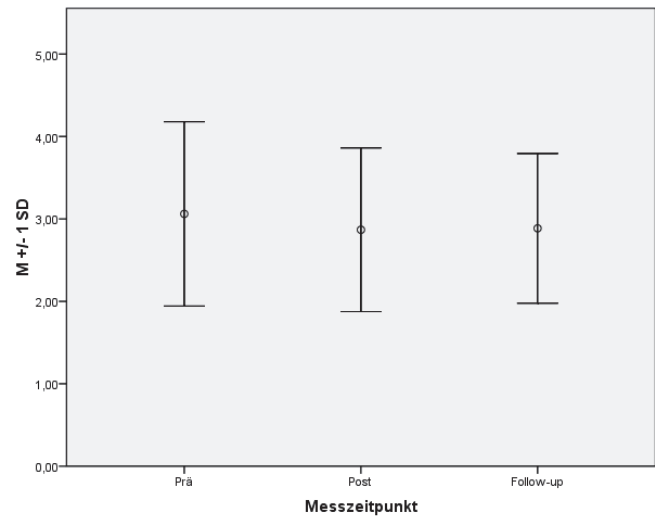


Anhang 5.2: Graphische Darstellung der Ergebnisse zum Langzeitverlauf

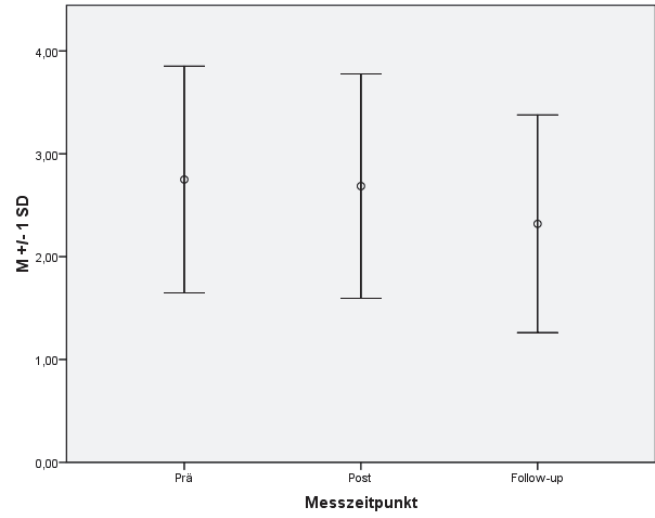
Essverhalten und Einstellungen zu Gewicht und Figur



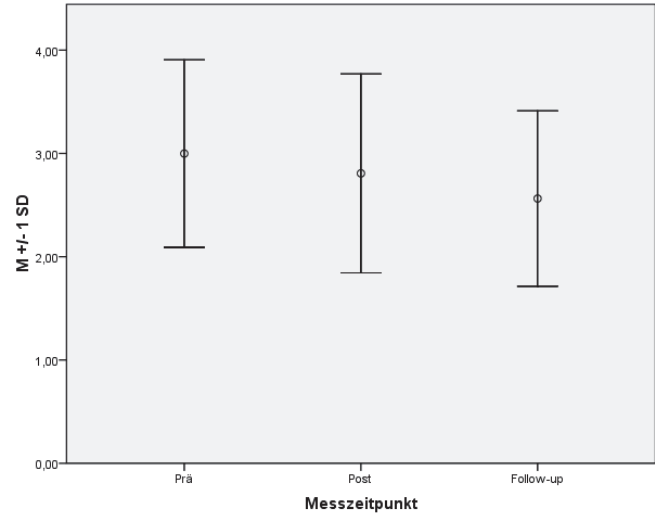




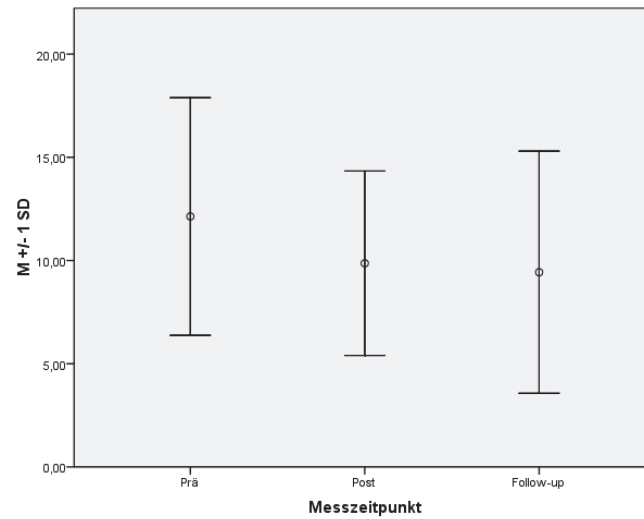
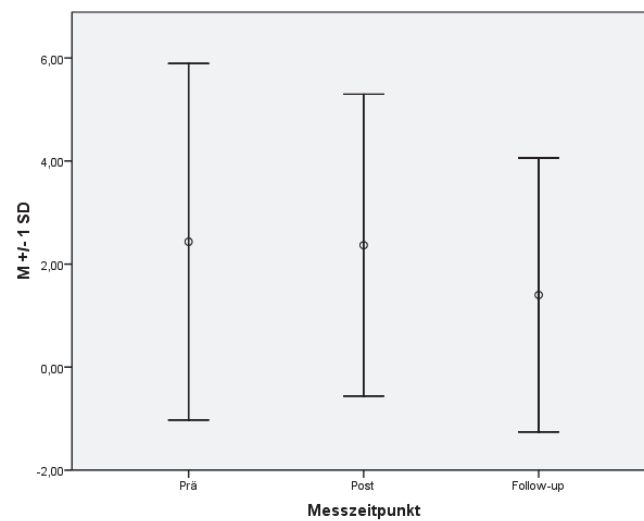
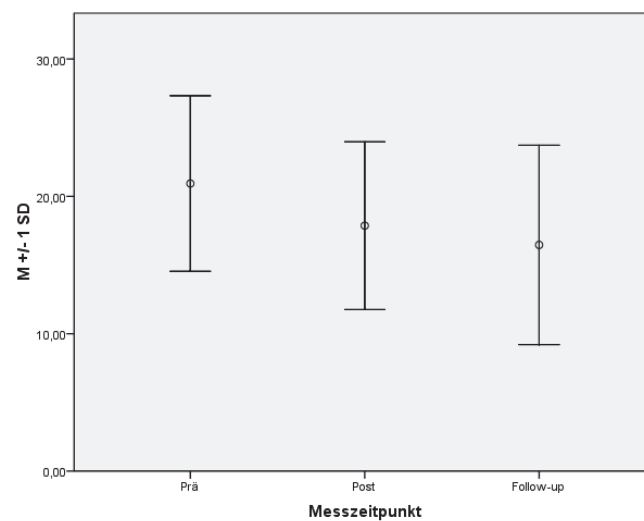
DEBQ Gezügeltes Essverhalten

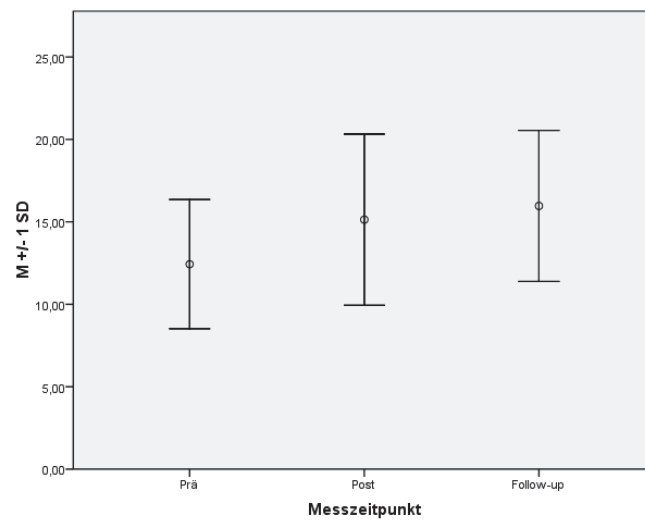
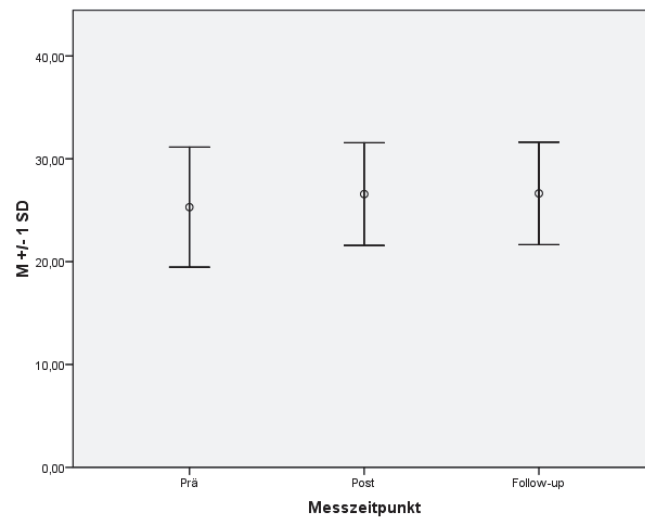
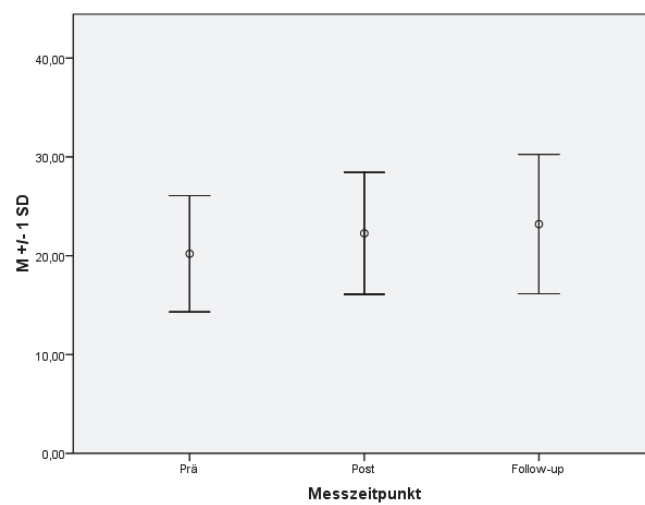


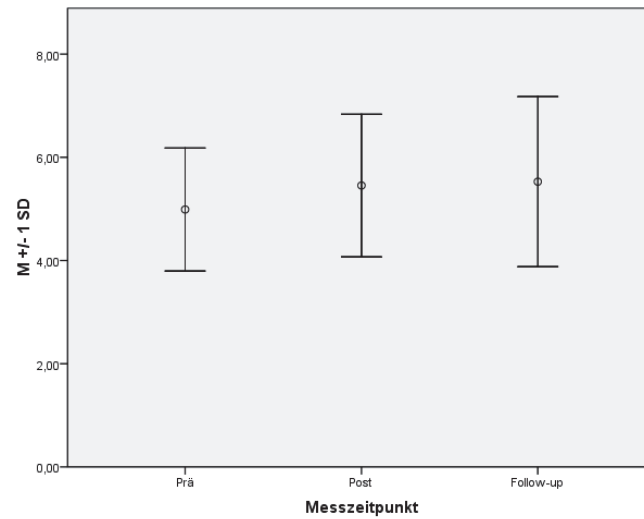
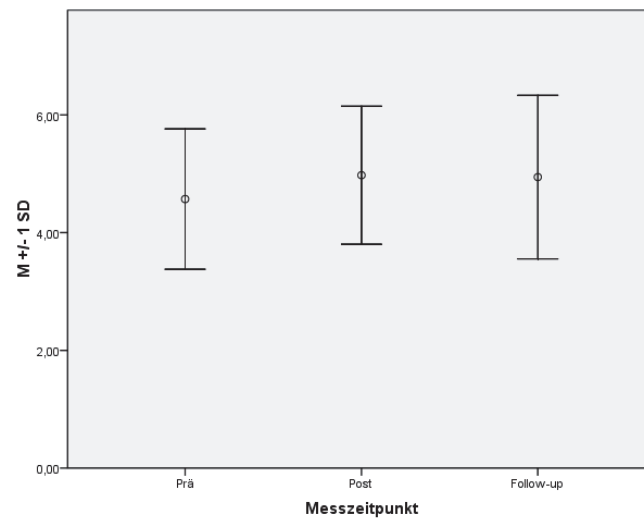
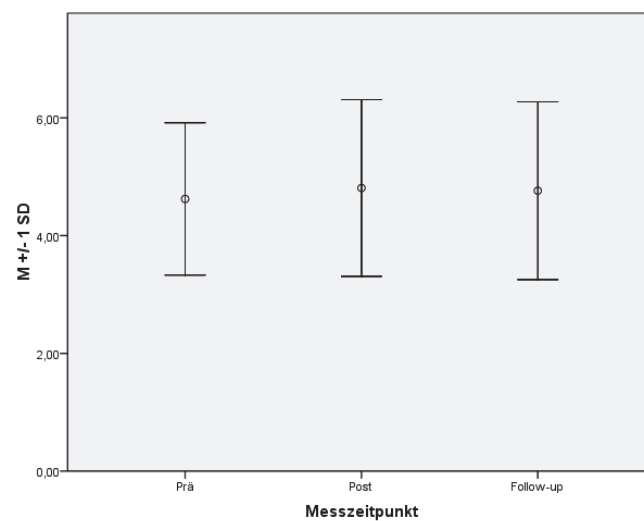
DEBQ Emotionales Essverhalten

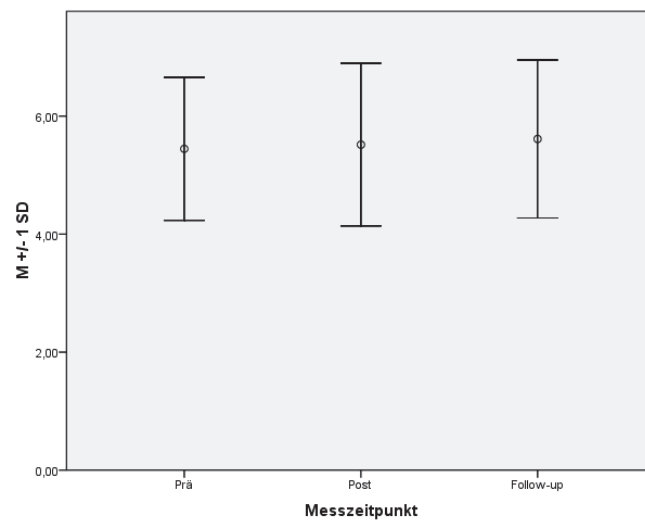
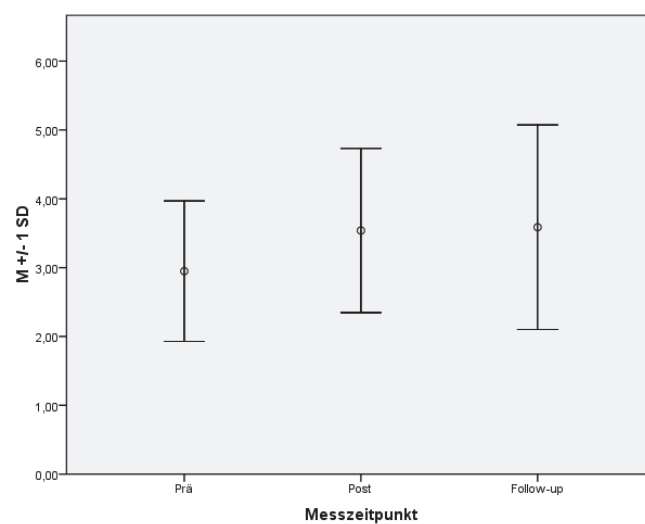
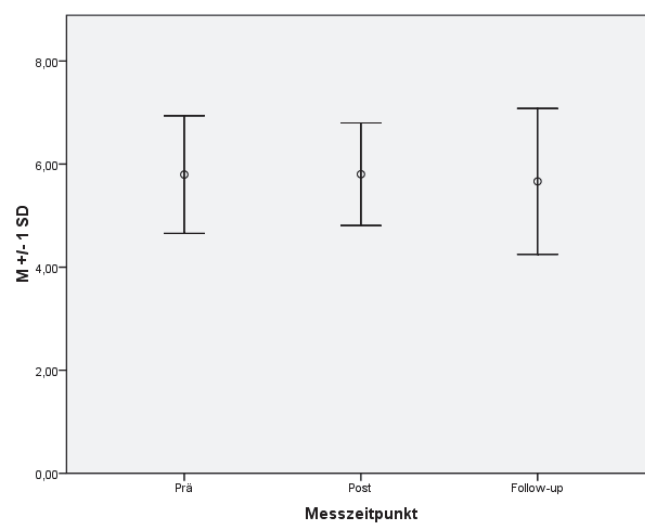


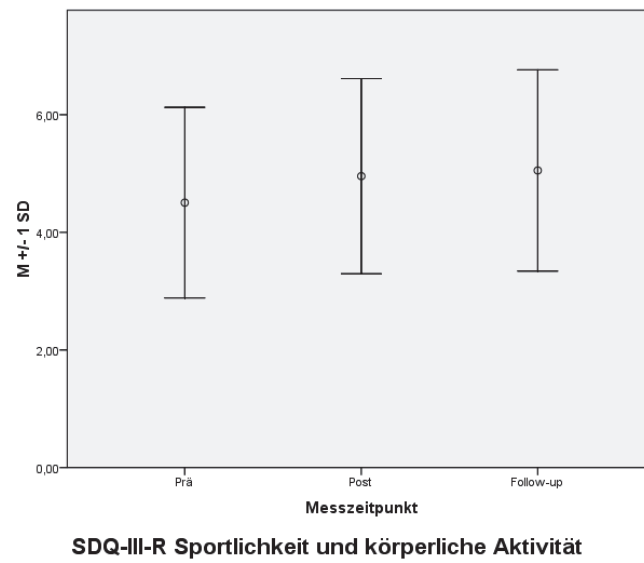
DEBQ Externales Essverhalten

**EDI-2 Schlankheitsstreben****EDI-2 Bulimie****EDI-2 Unzufriedenheit mit der Figur**

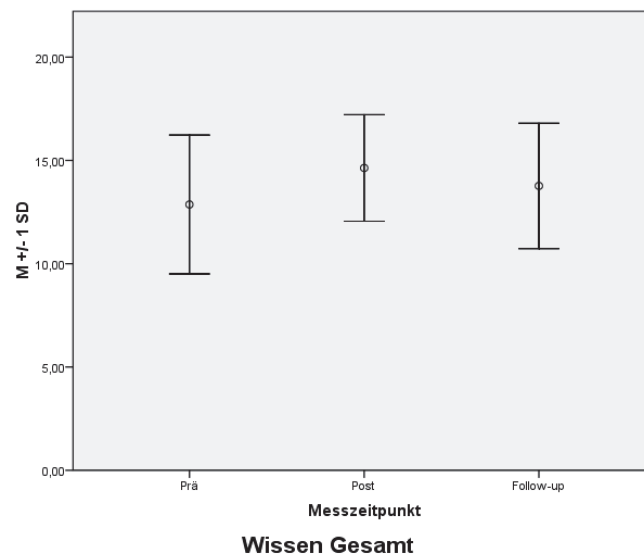
Allgemeines und körperliches Selbstwertgefühl**SSES Attraktivitätsbereich****SSES Leistungsbereich****SSES Sozialer Bereich**

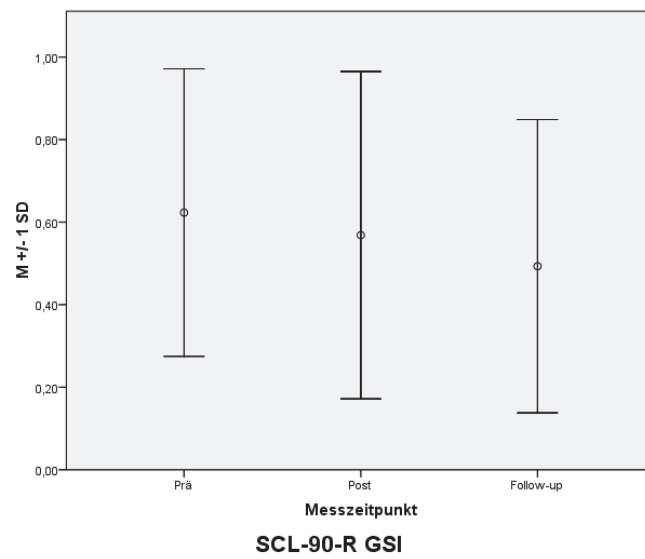
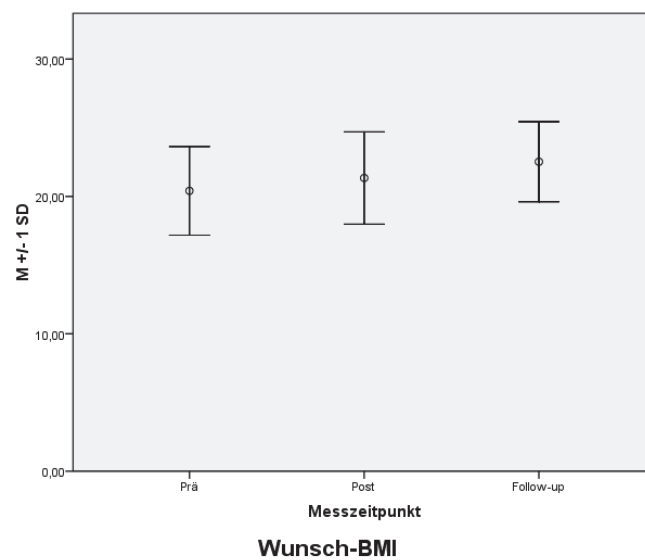
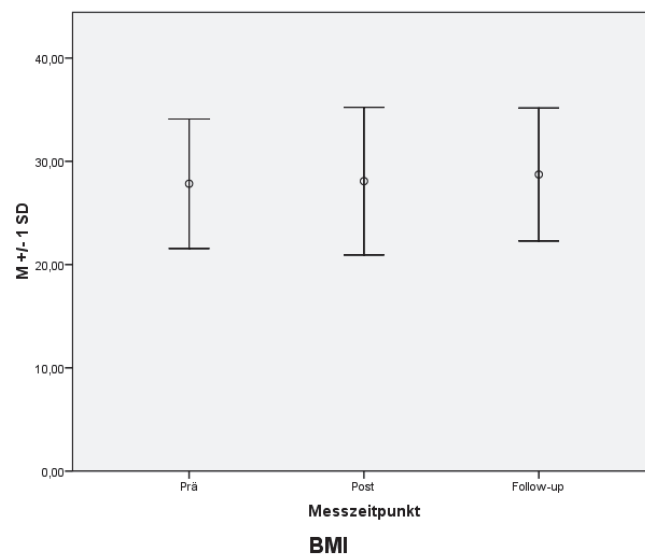
**SDQ-III-R Allgemeines Selbstwertgefühl****SDQ-III-R Soziale Beziehungen zum anderen Geschlecht****SDQ-III-R Emotionales Selbstkonzept**

**SDQ-III-R Soziale Beziehungen zu den Eltern****SDQ-III-R Körperliche Attraktivität****SDQ-III-R Soziale Beziehungen zum eigenen Geschlecht**



Wissen



Grundsätzliche psychische Belastung**BMI und Wunsch-BMI**

Anhang 6

Rückmeldung zu den offenen Fragen der Evaluationsfragebögen zum Post- und Follow-up-Messzeitpunkt

Post			Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:
Die Offenheit der Leute; Der natürliche Umgang mit den verschiedenen Problemen (z.B. Essstörung)	Das Filmen	Ich habe mich angestrengt, mich besser zu ernähren, bin in Bezug auf meine Figur wesentlich selbstbewusster geworden!	In der Gruppe habe ich gelernt, dass Schönheit eigentlich nichts mit dem Gewicht zu tun hat. Das hat mir besonders die „Spiegelübung“ gezeigt. Für mich ist es erstaunlich gewesen, dass eine so simple Übung so eine große und durchaus positive Wirkung auf mich hat, da ich mich ja tausendmal im Spiegel sehe, aber eigentlich nur die negativen Sachen sehe und die positiven Verdränge. Ich bin zwar auch nach wir vor stets bemüht Pfünde zu verlieren, aber es ist nicht mehr die Hauptsache, da ich durchaus (abgesehen vom Gewicht) ein hübscher (auf meiner Art) Mensch bin. Wichtig war mir auch, über meine Essstörung im Kreis von Betroffenen (wenn auch nicht in der Form) zu reden. Im großen und ganzen war es eine sehr schöne Zeit mit der Gruppe. Danke für alles, macht weiter so.
Die Mitglieder waren nett und hatten die gleichen Probleme, man hatte keine „Hemmungen“		Ich esse bewusster (Ernährungsprotokolle); Ich nehme das Schönheitsideal nicht mehr so ernst + bin objektiver mir und anderen gegenüber	
Man hatte Menschen um sich, die dasselbe /das ähnliche Problem haben. Wir mussten im Prinzip Lösungen für unsere Probleme selbst finden; Echt gut!	Von der Ernährungsberaterin habe ich mehr erwartet	Meine Einstellungen zu mir und zu anderen Menschen; Mein Essverhalten nur ein wenig	
Das wir über unsere Probleme gesprochen haben; Wir wurden ernst genommen, es wurde darauf eingegangen	Die ganze Zeit Ernährungsprotokolle zu schreiben, das habe ich immer vergessen	Ich esse gern; dass nicht jeder perfekt sein kann; ich ernähre mich gesünder (ich versuche es zumindest)	Mir hat das Gruppenprogramm auf jeden Fall was gebracht. Ich esse jetzt immer, wenn ich Hunger habe und mich interessiert es dann auch nicht dass ich dann zunehmen könnte. Trotzdem ist mir mein Gewicht zuviel und ich habe auch zugelassen. Durch meinen Freund bin ich auch viel selbstbewusster geworden, weil er mich so liebt(e) wie ich bin!

Post			Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:
			Am meisten hat mir das Gruppenprogramm hinsichtlich meiner eigenen Körperwahrnehmung geholfen. Ich fange an, mich öfter so zu akzeptieren, wie ich bin und mich weniger „überkritisch“ zu betrachten. An manchen Tagen steigert das meine Zufriedenheit und Ausgeglichenheit, an anderen überwiegen aber auch nach wie vor Unzufriedenheit mit meinem Gewicht. Das Programm hat mir aber das nötige Wissen zur Umstellung meiner Ernährung vermittelt. Auch der Tipp, nicht täglich auf die Waage zu steigen war gut. Ich habe in England keine eigene Waage und kontrolliere mein Gewicht nur alle 4-5 Wochen. Das nimmt mir sehr viel Druck und Stress, den ich sonst durch tägliches Wiegen unbewusst aufgebaut habe
Vor allem der Ernährungsplan, weil ich so kontrollieren konnte, was ich gegessen habe! Und wie man eine gesunde Ernährung lernen kann	Als wir uns vor den Spiegel stellen mussten, das hat mir nicht so gut gefallen, vor allem weil ich 2 Tage später angefangen habe, das Essen ausfallen zu lassen	Ich kann mich mittlerweile gut vor den Spiegel stellen und mich akzeptieren. Ich brauche mich nicht mehr jeden Tag auf die Waage stellen!	Ich habe gelernt, das man auch mal etwas über die Stränge schlagen darf beim Essen, man sollte es dann nur wieder mit viel Obst ausgleichen. Anfangs dachte ich, das ich die einzige wäre die Probleme hat, sowohl beim Essen als auch seelisch, das gab mir das Gefühl das man nie allein da steht sondern es auch andere Menschen gibt. Ich habe gelernt mich zu akzeptieren so wie ich bin, auch wenn es manchmal doch sehr schwer ist!
Esspläne schreiben und Auswertung; Die Auswertung war objektiv + gute Tipps + Vorschläge; Es wurde kein Druck ausgeübt; Ich + meine Probleme wurden ernst genommen, ich fühlte mich wohl und meistens verstanden; Fragen wurden beantwortet; Ich hatte die Möglichkeit auch zwischendurch Hilfe zu bekommen	Kamera/keine Anonymität Ich hatte Schwierigkeiten offen zu sein	Ich habe eine konkrete Vorstellung von normalem Essen + konkrete Umsetzungshilfen bekommen; Ich versuche mich mehr danach zu richten	Mir hat das Gruppenprogramm und eure Hilfe total viel gebracht. Ich denke sehr oft auch jetzt noch an euch und die Übungen die wir gemacht haben. Die Esspläne und meine Notizen kann ich sehr gut zur Orientierung gebrauchen. Ich profitiere sehr von meinen Erfahrungen, die ich in der Gruppe gemacht habe. Ich erinnere mich oft daran und mache manchmal auch die Übungen vor dem Spiegel. Insgesamt geht es mir viel besser ("Essmäßig") als zu Beginn der Gruppe. Ich versuche auch mich weiterhin an die gesunden „normalen“ Esspläne zu halten und mich mit Hilfe meiner Notizen und euer Material an alles zu erinnern. So schreib mir immer noch mein Essen auf, auch wenn es mir schwerfällt, dass es nicht von euch „ausgewertet“ wird. Vielen Dank für alles!

Post			Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:
Figur/ Problemlösen war gutes Selbstbewusstseins-training; Durch Rollenspiel wurden eigene Fehler klar	Ernährung, fehlte ich leider mal, 2. ist das Thema nicht so spannend (sollte es aber für mich sein)	Ich habe neue Leute kennen gelernt. Hatte weniger Hemmungen Dinge zu machen, die ich mich sonst nie trauen würde. Konnte einigermassen offen vor mehreren Leuten reden, die ich nicht so gut kenne. Sonst würde ich das nie trauen (z.B. vor der eigenen Klasse)	Die Gruppe war gut für mein Selbstbewusstsein, ich habe eine gute Freundin gefunden.
Das Miteinanderarbeiten in der Gruppe, da ich so offen und ehrlich noch nie in einer Gruppe von Menschen gewesen bin. Das wir gemischt waren, d.h. Mädels mit verschiedenen Essstörungen, da es mir jetzt viel bewusster leichter fällt mit diesen (z.B. „Mollige“) umzugehen. Das wir nicht nur geredet haben, sondern auch viel Praxis hatten	Das es so kurz war, d.h. ich möchte gerne weitermachen Der Spiegel	Ich bin doch etwas bestätigt worden in manchen Dingen. Ich kann besser verstehen, umgehen mit Molligen und sehe mein Problem als Krankheit und nicht einfach als Ekel meinerseits	Habe gemerkt, es kann so nicht weiter gehen, so wollte ich nicht leben, immer die Gedanken an Essen. Jetzt lerne ich, damit umzugehen und bin schon ganz weit gekommen, die Bulimie ist zwar noch manchmal da, aber ich merke von Tag zu Tag, wie es weniger wird. Ich grüße alle ganz dolle!!!!!!!
Die Leute. Ihr zwei wart einfach nett; war super: Bin auch richtig traurig, das es vorbei ist	Am Anfang war alles ein bisschen unangenehm, aber sonst war alles super	Ich esse jetzt eine kleine Mahlzeit mehr	
Die Bausteine Figur + Problemlösung waren gut aber zu kurz		Ich finde jedes Mal ein Stück zu mir selbst. Und dieses Programm hat mir da sehr weiter geholfen	

Post			Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:
Ich fand es sehr vielfältig und die Gruppe war gut.	Ich kann nicht genau sagen warum, aber ich hatte bei manchen das Gefühl nicht so auf den Punkt gekommen zu sein	Ich gehe positiver mit dem Essen und mit mir selbst um und erhalte viel mehr positives Feedback	Es war sehr interessant zu sehen, dass andere die selben oder ähnliche Probleme haben. Die Ausführungen fand ich insgesamt sehr anregend – ich finde es aber sehr schwierig, die Sachen, die man gelernt hat dauerhaft anzuwenden. (Ich esse z.B. immer noch abends nur etwas mit schlechtem Gewissen) Wenn ich abgenommen habe, gehe ich souveräner mit meinem Körper und dem Gegessenem um, als wenn ich etwas 1-2 kg zugenommen habe. Außerdem merke ich, dass sich mein emotionales Befinden auf mein Essverhalten auswirkt. Auch wenn ich mich überfordert fühle und so das Gefühl des Kontrollverlustes z.B. in der Uni habe, kompensiere ich diesen Kontrollverlust durch übermäßiges Kontrollieren und Rechnen des Gegessenen.
Man hat Möglichkeiten vor Augen geführt bekommen, wie man mit gewissen Situationen umgehen kann. Ernährung: Weil ich für mich besser Bescheid weiß, was und wie viel man essen kann/darf	Das eine Person in dieser Gruppe immer nur von sich gesprochen und aus ihrem Leben erzählt hat und wir anderen dadurch etwas gehemmt wurden und kaum zu unseren Sachen Stellung nehmen konnten (phasenweise)	Meine Denkstruktur dem Essen und meiner Figur gegenüber haben sich geändert, meiner Meinung nach zum Besseren	
Das auf die einzelnen Probleme eingegangen wurde; Spiegelübung	Einige Sachen zu ausführlich (Essen, Ideale) andere zu kurz (Problem usw.)	Der Gedanke an die Figur anderer; Das Verhalten zur Menge des Essens	
Mir hat es gefallen, dass man einfach mal gut arbeiten konnte (seine Meinung äußern) ohne dass man gleich kritisiert wurde		Man denkt mehr darüber nach, was man isst und aus welchem Grund	Es hat mir gezeigt, wie man sich verändern kann. Im Essverhalten und in vielem anderen Sachen, wo ich jetzt klarer sehe.

Post				Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:	
Es ist gut, dass so etwas mittlerweile (endlich) angeboten wird. Klärungsbedarf auf jeden Fall vorhanden.	Gefühle werden zu spät aufgewühlt, Angst alleine zu sein. Das Gefühl „am Weg“ stehen gelassen zu werden	Mir ist nun bewusst, dass ich mich mit mir auseinander setzen muss	Ich bin aufmerksamer geworden, wenn ich wieder mal ohne groß nachzudenken, gegessen habe. Habe überlegt, ob ich überhaupt Hunger habe, oder ob ich aus Langeweile esse. Hauptsächlich sind mir aber meine tatsächlichen Probleme und Ängste deutlich geworden, und es ist bald an der Zeit, diese anzugehen. In Bezug auf die Gruppen "Arbeit" ist mir diesmal ganz bewusst geworden, dass ich auch bei fremden Personen sehr gehemmt bin, über meine Gefühle zu sprechen. Weil es sich gerade um fremde Menschen gehandelt hat, hatte ich dieses doch erhofft.	
Eigentlich hat mir alles gut gefallen. Das mit der Ernährungspyramide und den Rollenspielen fand ich am besten. Bei den Rollenspielen konnte man mal sehen wie die anderen so reagieren	Das mit dem Spiegel. Das war halt sehr schwer, sich vor den anderen zu beschreiben. Es war halt ungewohnt und komisch	Ich habe meine Ernährung etwas ungekrempelt, was ich sehr gut finde. Ich trinke z.B. nur noch Wasser/Tee und esse nicht mehr so viel und so viel Süßes.	Mir hat das Gruppenprogramm sehr viel gebracht! Ich habe gelernt, was gesund ist und was alles gut für meinen Körper ist. Ich fand es auch sehr gut, dass ich mit eigenen Augen gesehen habe, dass andere in meinem Alter die gleichen Probleme haben wie ich. Mir hat es auch sehr viel Spaß gemacht, mich in der Gruppe mit den Gruppenleiterinnen über das Thema „Essverhalten“ zu unterhalten. Ich fand die Übung vor dem Spiegel sehr wichtig für mich. Dort konnte ich „öffentlich“ zeigen, wie ich meine Körper sehe. Und es war gar nicht mal so schlimm für mich. Ich fand auch sehr gut, dass wir die Ernährungspyramide durchgenommen haben. So konnte ich sehen was der Körper so braucht. Das Gruppenprogramm hat mir sehr geholfen, mehr auf meine Ernährung zu achten! Danke Ich habe mehr über gesundes Essen gelernt und weiß jetzt, was ich essen darf und was nicht.	
Das wir offen über alles geredet haben, weil dadurch weiß man, dass man nicht nur selber ein Problem hat	Nichts	Ich achte mehr darauf was und wie viel ich esse		

Post			Follow-up	
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:	
Mir hat eigentlich alles gut gefallen, weil es mir viel gebracht hat, das man weiß wie man sich ernähren muss und man sich auch mal von der positiven Seite sehen soll	Das mit dem Spiegel war sehr unangenehm und das mit der Ernährung war an manchen Stellen sehr langweilig, aber es hat was gebracht. Das mit den Ernährungsprotokollen war sehr zeitaufreibend aber auch sehr interessant	Ich weiß mich besser zu ernähren und sehe mich jetzt mehr von der positiven Seite	Ich habe mehr Selbstbewusstsein und weiß wie ich mich am besten ernähren soll.	
Also, es gefielen mir die Sachen, weil es mir geholfen hat, damit klar zu kommen und es wurde gut erklärt	Bei der Figur hat mir alles gefallen, es war nur in engen Sachen unangenehm vor dem Spiegel	Ich ernähre mich besser, komme mit Problemen besser klar und akzeptiere mein Gewicht und meine Figur		
Das wir alle Probleme sehr gut gelöst haben	Das mit dem Problemlösen das war eine gute Idee, aber das war mir irgendwie peinlich. Und ich dachte jetzt immer finden die mich gut oder schlecht	Das ich selbstbewusster bin und das ich mehr Obst esse und das ich weiß das ich nicht nur schlechte Seiten an meinem Körper habe	Ich bin sehr selbstbewusst geworden und ich ernähre mich jetzt richtig, wie ich es bei ihnen gelernt habe, und ich habe sehr viel abgenommen und fühle mich jetzt wohl in meinem Körper. Danke für alles	
Mir hat eigentlich alles gut gefallen nur mir hat nicht alles was gebracht. Darüber reden war leichter als es umzusetzen	Das Thema Schönheitsideal und Ernährung hat mir gut gefallen, aber nicht viel gebracht, da ich mein eigenes Schönheitsideal habe und es umsetzen möchte	Ich habe einiges über Ernährung, Konflikte und meine Figur gelernt. Z.B. sehe ich mir nicht nur die Sachen an die mir nicht gefallen	Ich habe sehr viel über verschiedene Nahrungsmittel und ihre Folgen/Vorteile/Sinn erfahren. Was sind z.B.: Eiweiße/Kohlenhydrate und wofür sind sie gut!?? Zusätzlich habe ich von anderen, die noch schlimmere Probleme haben als ich mehr erfahren, sollte auch etwas positiv zu sehen! Und dass das Gewicht/die Figur nicht das wichtigste im Leben ist!	
Die Figur! weil man an manchen Stellen so vorbeischaut		- Mehr Selbstbewusstsein - Das Essen unter Kontrolle - Die guten Seiten zu sehen	Das ich nicht die einzige bin, mit Sorgen um das Gewicht was ich habe	

Post			Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:
Problemlösen: Probleme nicht auf alles und jeden beziehen, nur auf diese Situation beschränken und nicht alles sofort negativ sehen	Ernährung: wusste das meiste schon, kann jedoch nicht umsetzen	- ich werde nicht an dem zu viel Essen krank - muss noch mehr an mir arbeiten, brauche noch Zeit, um Essanfälle zu verringern oder gar sein zu lassen	Das Gruppenprogramm hat mir gezeigt, dass es Menschen gibt die mehr Probleme mit Figur und Gewicht haben als ich selber. Das, wenn man sich nicht auf das Essen und Nichtessen fixiert, es viel unkomplizierter ist zu essen. Dass es wichtigeres gibt als, dass das Essen an erster Stelle stehen sollte. Das jede von uns mit der richtigen Einstellung zu sich und seinem Körper glücklich sein kann (auch wenn nicht immer, aber überwiegend). Das niemand perfekt ist und es niemals sein kann und wird.
- Erfahrungsaustausch mit „Leidgenossen“ → man ist nicht allein - Körperwahrnehmung → man sieht sich nicht mehr so negativ - positive Regeln → dass man nicht so hart mit sich ins Gericht geht	- Vieles wurde zu positiv gesehen → Ernährungsprotokolle: nicht nur die guten Sachen herausstellen - durch positive Regeln wird man verleitet, auf gar nichts mehr zu achten („ist ja nicht so schlimm“)	- mein Denken über meinen Körper (habe mich lange nicht mehr fett genannt) - setze mich nicht mehr so unter Druck (aber: neige zum Blick durch rosa Brille!)	Mein Essverhalten hat sich nicht verändert, eher im Gegenteil. Ich habe mich nicht mehr kritisch genug gesehen, sondern mich nicht mehr an meiner Figur gestört. Zunahme auf 108.4 Kg. Seit 4 Wochen konsequent auf Essen geachtet (keine Süßigkeiten etc.) Und viel Bewegung.
- Führung der Ernährungsprotokolle zur Selbstkontrolle - Das Näherkommen und persönlicher werden zwischen den Teilnehmern durch einige Übungen		Ich bin mir über die Gründe und Ursachen meines Verhaltens mehr im klaren	Das Programm hat mir ein besseres, realistischeres Bild von meinem Körper verschafft. Ich fühle mich deutlich wohler in meiner Haut und bin nicht mehr so verkleinert unter anderen Menschen. Ich kann mich lockerer geben, denke nicht mehr so viel über meine Figur und meinen Körper nach. Allerdings habe ich (und immer noch) Therapie gemacht, die, denke ich, den größeren Anteil an meinem jetzigen Wohlbefinden hat. Die Essanfälle hatte ich, wenn ich einen „innerlichen Absturz“ hatte, der nach dem Programm trotzdem oft getreten ist. So langsam gelingt es mir aber eine „väterliche Instanz“ in mir aufzubauen und somit Struktur in mein Leben zu bekommen. Ich denke, dass ich jetzt erst richtig bereit bin die Essanfälle für immer zu besiegen.

Post				Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:	
Endlich mal mit Leuten zu sprechen, die ähnliche Probleme haben. Informationen zu bekommen über die man sonst hinweg sieht (z.B. Protokolle und Auswertung; Ernährungspyramide usw.)	Manchmal hätte ich mehr Zeit bei bestimmten Themen gut gefunden: länger Zeit zum Austausch	Sehe mich nicht mehr so negativ und fühle mich nicht mehr so hässlich und vom Essen kontrolliert	Obwohl ich seit Beginn des Programms nicht wirklich abgenommen habe, bin ich viel selbstbewusster, zufriedener und glücklicher mit mir selbst, meiner Figur, meinem Gewicht, in allen Bereichen. Ich habe keine Essanfälle mehr, esse viel regelmäßiger ohne mir Gedanken übers Essen zu machen. Machte mir gar keine Gedanken mehr über ein Wunschgewicht und bin glücklich, so wie ich bin. Habe durch das Programm viel über mich nachgedacht und mache mich selbst nicht am Aussehen oder meinem Gewicht fest. Vielen Dank liebe Nora und Grit, für die Begleitung auf diesem Weg!	
- Mir hat der Austausch mit anderen „Leidensgenossen“ viel gebracht - Der „Figurbereich“ um sich selber akzeptieren zu lernen	Manchmal fand ich Probleme etwas theoretisch angegangen, was ich bei mir nicht so umsetzen ließ	Ich weiß, dass ich mit meinen Problemen nicht alleine bin. Ich habe mehr Bewusstsein über mein Essverhalten und meinen Körper	Durch das Programm ist mir klar geworden, dass ich nicht allein mit meinen „Essproblemen“ bin. Es war gut sich darüber auszutauschen zu können. Mein Bewusstsein für das was gesund ist, ist gewachsen. Im ganzen kann ich mehr akzeptieren, so wie ich bin.	
Das wir nach Lösungen, wie man da wieder rauskommt gesucht haben	? Fällt mir spontan nichts ein?	Das ich mich durch die Ernährungsprotokolle besser kontrollieren kann	Ich finde dass mir das Gruppenprogramm sehr viel gebracht hat. Ich fand es gut, dass man ganz offen reden konnte und wenn andere von sich erzählten habe ich mich total gut wiedergefunden. Sehr gut fand ich die Ernährungsprotokolle, die ich auch heute noch weiterführe, um Kontrolle zu behalten. Am besten war das Problemlösetraining. Obwohl ich heute noch merke, dass ich immer wieder verärgert bin, wenn ich sehr wenig esse wieder stolz und glücklich bin. Trotz das wir beim Problemlösetraining vereinbart hatten, dass ich auch wenn ich für mich zu viel gegessen habe, es als okay anzu sehen, klappt das leider nicht immer.	

Post				Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:	
Die Möglichkeit, sehr schnell offen seine Probleme anzusprechen → gute Atmosphäre		(Fast) Regelmäßigkeit beim Essen, Hilfe zur (eigentlichen) Problemlösung	Die regelmäßigen Treffen/Gespräche haben mir damals sehr geholfen und mich auch weiter gebracht. Zur Zeit befinde ich mich leider wieder in einer absoluten Stresssituation. Ich bin umgezogen, habe eine anstrengende Arbeit & das wichtigste, meine Beziehung geht kaputt. Ich habe Angst vor der Zukunft. So treten halt wieder die alten Muster auf. Ich hungrige, kriege Fress-Kotzanfälle, Hunger, Ich hoffe, das hat irgendwann mal ein Ende	
Themen wurden veranschaulicht; man sollte selbst mit arbeiten	Das Spiegelprojekt	Mehr Selbstbewusstsein		
Das man über alles reden konnte, weil die anderen auch das Problem haben bzw. die Probleme. - Zuzuhören und lernen	Schönheitsideal, fand ich nicht so hilfreich. Aber interessant war es doch zu erfahren wie wenig Menschen das Schönheitsideal haben.	Eine ganz anderer Erfahrung zu dem Essen, Figur und auch zu Problemlösungen		
Ich fand gut, dass wir jedes Thema so genau durchgegangen sind		Das man auch, wenn man dick ist, schön sein kann. Und nicht unbedingt ein Model sein muss.	Durch das Gruppenprogramm habe ich etwas mehr Selbstvertrauen erhalten. Ich fühle mich jetzt wohler, wenn ich Fremden gegenüber stehe. Und ich kann auch die dummen Sprüche der anderen überhören. Außerdem ziehe ich jetzt eher figurbetonte Sachen an. Ich esse auch mehr gesunde Sachen (Obst, Gemüse).	
Mir hat gefallen, dass man die andere Seite mal kennen lernt.		Mein Selbstbewusstsein Meine Einstellung zu mir selber	Das Gruppenprogramm hat mir gesagt, dass mir eine Diät nichts bringt!! Deshalb muss ich es in kleinen Schritten machen! Auch wenn ich wieder zugenommen habe, werde ich es noch einmal mit kleinen Schritten probieren!	
Die vielen nette Leute. Alle hatten das selbe Problem.	Habe zu wenig gelernt was ich besser machen kann	Nichts wesentliches		
Die Lösungen, weil man es zuhause nachmachen kann	Die 1. Spiegelübung, weil ich dachte man blamiert sich	Das Gewicht; die Ernährung		

Post			Follow-up
Was hat Dir an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat Dir nicht so gut an dem Programm gefallen? Warum?	Was hat sich bei Dir durch die Teilnahme am Programm verändert?	Bitte versuche mit eigenen Worten zu beschreiben, was das Gruppenprogramm Dir persönlich gebracht hat:
Das wir viele Dicke waren, da alle die gleichen Probleme haben oder kennen	Es war oft langweilig, da wir viel schreiben mussten oder das Thema mir schon bekannt war (Ernährung)	Ich nasche nach dem Mittagessen nicht mehr so viel	Um ehrlich zu sein nur, das ich mich ein bisschen besser leiden und akzeptieren kann. Die Infos über richtige Ernährung wusste ich schon alle.
Schönheitsideal hat mir am besten gefallen, weil wir uns die Person aussuchen konnten, die uns gefiel	Mir hat Ernährung nicht so gut gefallen, weil wir da so viel geschrieben haben!	Das ich weiß wie man sich gesund ernährt! Und wir unser Problem lösen!	
Mir hat der letzte Baustein sehr gefallen, da ich gerne Rollenspiele spiele	Mir hat das Protokoll-Ausfüllen keinen Spaß gemacht, weil es langweilig war	Ich habe mein Gewicht gehalten!	Ich habe neue Leute kennen gelernt und habe damals auch etwas abgenommen, aber danach alles wieder zugenommen!!!