Evangelische Hochschule Nürnberg

Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B. A.)

„Peer-Arbeit als Ergänzung bestehender Therapieansätze bei Essstörungen. Erforderlich und wünschenswert - oder doch überflüssig?!“

"Peer work as supplement to existing therapeutic approaches for eating disorders. Necessary and desirable - or unnecessary?!"

Nadine Götz

Erstgutachter: Prof. Dr. Michael Bayer

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Gertraud Müller

Abgabetermin: 8. Februar 2019

Abkürzungsverzeichnis

AN	Anorexia nervosa
APA	American Psychiatric Association
ASH	angeleitete Selbsthilfe(-gruppe)
BES	Binge-Eating-Störung
BMI	Body-Mass-Index
BN	Bulimia nervosa
CBT-E	erweiterte kognitiv-behavioral Therapie für Essstörungen
CMA	chronisch-mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte
DBT	Dialektisch Behaviorale Therapie
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
ED	Eating Disorder(s)
ES	Essstörung(en)
EX-IN	Experienced Involvement
FT	Familientherapie
FTP	fokal-psychodynamische Therapie
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Edition
IHK	Industrie- und Handelskammer
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LM	Lebensmittel
PP	Psychodynamische Psychotherapie
RSH	reine Selbsthilfe(-gruppe)
SH	Selbsthilfe
SNRI	Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
STA	Soziotherapeutischer Assistent

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	A Spiral Model of the Stages of Change
Abbildung 2	Bio-psycho-soziales Bedingungsmodell der Essstörung
Abbildung 3	Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Übersicht Behandlungssettings
Tabelle 2	Übersicht angewandter Therapieverfahren bei Essstörungen
Tabelle 3:	Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren nach Fairburn und Harrison
Tabelle 4	Übersichtsarbeiten zu Peer-Arbeit seit 2010
Tabelle 5	Positive und negative Effekte der Peer-Arbeit auf Nutzer, Peers und Kollegen
Tabelle 6	Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa
Tabelle 7	Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa
Tabelle 8	Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung
Tabelle 9	Diagnostik der atypischen Essstörungen
Tabelle 10	Ausführliche Übersicht angewandter Therapieverfahren

Danksagung

Mein Interesse am Thema Essstörungen bestand bereits vor Aufnahme des Studiums der Sozialen Arbeit. Meine persönliche Betroffenheit hat den Wunsch in mir geweckt meine Erfahrungen an andere Betroffene weiterzugeben, sie in der Bewältigung ihrer Erkrankung zu unterstützen und zu begleiten sowie einen Beitrag zur Aufklärung und Prävention zu leisten. Aufgrund dessen ist mir die Wahl des Bachelor-Themas sehr leicht gefallen.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die mich während der Anfertigung dieser Bachelor-Arbeit unterstützt und motiviert haben. Ein besonderer Dank gilt hierbei Frau Danielle Osório.

Mein Dank gilt auch Frau Brigitte Hartig vom Gesundheitsamt Erlangen-Höchstadt, die wesentlich zur Entstehung des Themas beigetragen hat. Sie ermöglichte es mir dieses über das Netzwerk des Bundesfachverbandes für Essstörungen publik zu machen und mit verschiedenen Facheinrichtungen in Austausch zu kommen.

Auf diese Weise entstand der Kontakt zu ANAD e.V. und Michael Thiem. Ich danke Herrn Thiem, der mir einen Einblick in die Laufer Mühle gewährt hat und alle Fragen zu der von ihnen praktizierten Peer-Arbeit kompetent und umfassend beantwortet hat. Außerdem spreche ich meinen Dank Frau Veronika Eder und Frau Stefanie Telle von ANAD e.V. für ihre Zeit und Mühe als Korrekturleserinnen, ihre konstruktive Kritik sowie die kompetente Betreuung aus.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. Michael Bayer, der mich richtungsweisend und mit viel Engagement während meiner Arbeit begleitet hat. Durch stetig kritisches Hinterfragen und konstruktive Kritik verhalf er mir zu neuen Impulsen und unterstützte mich bei aufkommenden Fragen. Vielen Dank für die Zeit und Mühe, die Sie in meine Arbeit investiert haben.

Ein herzliches „Dankeschön!“ geht auch an Astrid Kathrein, Maike Kreutz, Christian Weiß und Alice Raffel für ihre Zeit und Mühe als Korrekturleser/-in, die konstruktive Kritik und die motivierenden Worte.

Der größte Dank gilt meinen Eltern und meinem Freund für Euren motivierenden Beistand während meines gesamten Studiums!

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis I
Abbildungsverzeichnis II
Tabellenverzeichnis II
Danksagung III
Inhaltsverzeichnis IV
Hinweise zum Sprachgebrauch V
Zusammenfassung VI
Abstract VII
1. Einleitung 1
2. Theoretische Grundlagen 2
2.1. Definition und Klassifikation von Essstörungen 2
2.1.1. Anorexia nervosa 3
2.1.2. Bulimia nervosa 4
2.1.3. Binge-Eating-Störung 5
2.1.4. Atypische/ andere bzw. nicht spezifizierte Essstörungen 6
2.2. Therapie von Essstörungen 7
2.2.1. Behandlungsvoraussetzungen 7
2.2.2. Behandlungssetting 11
2.2.3. Angewandte Therapieverfahren 16
2.2.4. Zum aktuellen Stand der Forschung über Therapien 20
3. Einfluss von Peer-Beziehungen auf die Entwicklung von Essstörungen 23
4. Ansätze der Peer-Arbeit und ihre praktische Umsetzung 25
4.1. Definition der Peer-Arbeit 26
4.2. Grundlagen der Peer-Arbeit 26
4.2.1. Trialog 27
4.2.2. Empowerment 27
4.2.3. Recovery 29
4.3. Effekte der Peer-Arbeit 30
4.4. Ausbildung zum Genesungsbegleiter im Rahmen des EX-IN Kurses 33
4.4.1. Hintergrund von EX-IN 34
4.4.2. Teilnahmebedingungen 35
4.4.3. Kursinhalte 35
4.5. Laufer Mühle – Soziotherapeutische Suchteinrichtung 36
4.5.1. Ausbildung zum Soziotherapeutischen Assistenten 37
4.5.2. Zielsetzung der Maßnahme 37
4.5.3. Teilnahmevoraussetzungen 38

4.5.4. Kursinhalte 39
5. Kritische Würdigung der Peer-Konzepte und deren Implikationen für die Anwendbarkeit der Peer-Arbeit im Bereich Essstörungen 41
6. Ausblick 49
Literaturverzeichnis 52
Anhang 66
Erklärung 90

Hinweise zum Sprachgebrauch

Aus Gründen der Lesbarkeit und Länge wird in dieser Arbeit auf die Verwendung der Genderschreibweise verzichtet und überwiegend die weibliche, teilweise jedoch auch die männliche Form verwendet. Ich schließe darin alle Menschen mit weiblichen, männlichen, anderen oder keinen Geschlechterzuordnungen mit ein.

Zusammenfassung

Essstörungen (ES) stellen schwerwiegende psychosomatische Erkrankungen dar, die überwiegend Mädchen und junge Frauen, zunehmend jedoch auch Männer betreffen. Eine Behandlung ist in der Mehrzahl der Fälle aufgrund der psychischen und physischen Begleitsymptomatik erforderlich und kann in vier unterschiedlichen Settings (ambulant, teilstationär, vollstationär oder in therapeutischen Wohngruppen) stattfinden. Hierfür existieren verschiedenen psychotherapeutische Verfahren bzw. Richtungen, deren Wirksamkeit hinsichtlich der drei Hauptessstörungsformen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa bzw. Binge-Eating-Störung) wissenschaftlich untersucht wurden. Der Erfolg der Behandlung ist dabei auch von bestimmten Voraussetzungen, wie der Veränderungsmotivation Betroffener, abhängig. Aus der Systematisierung angewandter Therapieverfahren geht einerseits die Notwendigkeit zur Ergänzung und Weiterentwicklung bereits bestehender Verfahren hervor. Andererseits zeigt sich auch die bislang kaum vorhandene Einbeziehung von sogenannten Experten aus eigener Erfahrung, d. h. Menschen, die selbst an einer ES leiden bzw. litten, in die Behandlung Betroffener.

Die vorliegende Arbeit befasst sich daher mit der Frage, ob Peer-Arbeit als Ergänzung bestehender Therapieansätze bei ES erforderlich und wünschenswert ist, oder doch eher überflüssig ist. Hierzu zog die Verfasserin zwei Peer-Konzepte aus dem psychiatrischen (Experienced-Involvement) bzw. Suchtbereich (Soziotherapeutischer Assistent) heran und analysierte deren Übertragbarkeit auf den Bereich der ES. Ferner stand sie im Austausch mit Fachkräften aus spezialisierten ES-Einrichtungen sowie (ehemals) Betroffenen. Es zeigen sich auf der einen Seite positive Effekte der Peer-Arbeit auf Betroffene (Rollenvorbilder, größere Hoffnung) und Peers (größeres Selbstbewusstsein) in den untersuchten Bereichen. Auf der anderen Seite allerdings weist die Analyse vorhandener Konzepte auf ihre nur bedingte Eignung für die Behandlung von ES hin. Eine Übertragbarkeit bedarf daher sowohl einer Überarbeitung bzw. Ergänzung dieser Konzepte hinsichtlich essstörungsspezifischer Aspekte als auch weiterer Forschung zur Wirkung der Peer-Arbeit bei ES, zu notwendigen Ausbildungsvoraussetzungen bzw. -inhalten und zum Interesse auf Seiten der Betroffenen sowie der Therapieeinrichtungen.

Abstract

Eating Disorders (ED) are serious psychosomatic disorders affecting mainly girls and young women, but increasingly also men. In the majority of cases, treatment is necessary due to the psychological and physical accompanying symptoms and can take place in four different set-tings (outpatient, day-care inpatient, full inpatient or in therapeutic residential groups). There are various psychotherapeutic methods or directions for this purpose, the effectiveness of which has been scientifically investigated with regard to the three main forms of disorder (anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge eating disorder). The success of the treatment also depends on certain prerequisites, such as the motivation of the affected person to change. The systematization of applied therapy methods on the one hand leads to the necessity of supplementing and further developing existing methods. On the other hand, the involvement of so-called experts from personal experience, i. e. people who themselves suffer or suffered from an ED, in the treatment of affected persons is also evident.

The present study therefore deals with the question of whether peer work is necessary and desirable as a supplement to existing therapeutic approaches in ED, or whether it is rather unnecessary. For this purpose, the author used two peer concepts from the psychiatric (Experienced-Involvement) or addiction field (sociotherapeutic assistant) and analysed their transferability to the field of ED. She also had exchanges with experts from specialised ED institutions and (former) stakeholders. On the one hand, there are positive effects of peer work on those affected (role models, greater hope) and peers (greater self-confidence) in the areas examined. On the other hand, however, the analysis of existing concepts points to their limited suitability for the treatment of ED. Transferability therefore requires both a revision or addition of these concepts with regard to aspects specific to eating disorders, further research on the impact of peer work in ED, on the necessary training prerequisites and contents, and on the interest of those affected and the therapy institutions.

1. Einleitung

„Nichts ist Zeitverschwendung, wenn du die Erfahrung weise nutzt." (August Rodin)
„Der Schlüssel zum Verstehen ist immer die persönliche Erfahrung." (R. D. Laing)

Essstörungen (ES) erleben in den vergangenen Jahren eine zunehmende mediale Präsenz sowie gesellschaftliche Aufmerksamkeit. Diese Popularität steht jedoch in Diskrepanz zu dem wissenschaftlichen Interesse am Thema ES, insbesondere hinsichtlich der Möglichkeiten von Genesung (Feistner, 2018, S. 17). Die Erforderlichkeit entsprechender Forschungsarbeiten wird bei einem Blick auf das Alter der Betroffenen deutlich: In der Altersgruppe der 11 bis 17-jährigen zeigen etwa ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen Symptome einer ES, wie Unzufriedenheit mit Figur oder Gewicht. Im Alter von 15 Jahren haben mehr als die Hälfte der Mädchen und ein Fünftel der Jungen bereits Diäterfahrungen gesammelt (bzga.de). Die Dunkelziffer dürfte bei beiden Geschlechtsgruppen aufgrund bestehender Schamgefühle für die Betroffenheit allerdings deutlich höher liegen. Diese Annahme in Verbindung mit dem Wissen um den hohen physischen und psychosozialen Leidensdruck und um den Krankheitsverlauf, der bei Betroffenen oft langwierig, von Höhen und Tiefen geprägt ist sowie mehrere Behandlungssettings umfasst, verdeutlicht die Notwendigkeit weiterer Forschung.

Ein Schwerpunkt der Forschung sollte nach Ansicht der Verfasserin auf die Optimierung, Weiterentwicklung und Ergänzung vorhandener Therapieverfahren in der Behandlung von ES gelegt werden. Darüber hinaus gilt es Faktoren für einen erfolgreichen Therapieverlauf, unter besonderer Berücksichtigung der Sichtweise von (ehemals) betroffenen ES-Patientinnen, zu erforschen und zu belegen. Aus diesem Grund wird im Rahmen dieser Forschungsarbeit das Potential der Peer-Arbeit, bei der die Integration von Personen mit Essstörungserfahrungen ins Therapiekonzept erfolgt, näher betrachtet.

Die eingangs erwähnten Zitate von Rodin und Laing weisen bereits auf einen zentralen Aspekt des Ansatzes hin: Erfahrung als Ressource für die eigene Entwicklung sowie für die Unterstützung von anderen Betroffenen. Diesen Erfahrungsschatz machen sich die Konzepte von Experienced Involvement (EX-IN) und Laufer Mühle schon seit längerem zunutze und qualifizieren Menschen mit Psychiatrieerfahrung sowie ehemals suchtkranke Menschen zu Peers, um sie anschließend in der Betreuung und Begleitung Betroffener einzusetzen. Trotz der wissenschaftlich belegten positiven Effekte dieses Ansatzes in unterschiedlichsten Bereichen hat die Peer-Arbeit in die Behandlung von ES noch keinen Eingang gefunden, wie aus einer Übersicht zur Systematisierung angewandter Therapieverfahren deutlich wird (siehe Anhang A 9.). Dabei führten (ehemals) Betroffene den Austausch mit anderen Erkrankten als hilfreich für die eigene

Krankheitsbewältigung an, da diese sich oft besser als ein Therapeut in die Gedanken, Gefühle und Ängste hineinversetzen können.

Die vorliegende Arbeit befasst sich daher mit der Frage, ob Peer-Arbeit eine wünschenswerte und sinnvolle Ergänzung bestehender Therapieansätze darstellt oder doch als überflüssig angesehen werden kann.

Zunächst wird in Kapitel 2 ein Überblick über die verschiedenen Ausprägungen der Essstörung gegeben. Anschließend folgt eine Vertiefung in die Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung: Welcher Voraussetzungen bedarf es hierfür? Welche Settings werden angewandt und nach derzeitigem Stand der Forschung empfohlen? In Kapitel 3 wird der Einfluss von Peers auf die Entwicklung einer ES aufgezeigt um anschließend in Kapitel 4 auf die Peer-Arbeit als Begriff sowie auf deren Entwicklung und Effekte einzugehen. Daran anknüpfend werden zwei Peer-Konzepte, das eine aus der psychiatrischen Praxis und das andere aus dem Suchtbereich, ausführlich erläutert. Diese stellen die Grundlage für eine kritische Würdigung (Kapitel 5) hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die Behandlung von ES dar. Hierbei sollen auch mögliche positive wie negative Effekte der Peer-Arbeit auf Betroffene, Peers und Einrichtungen, in denen solche Peers Teil des Behandlungsteams sind, beleuchtet werden. Darüber hinaus fließen in diesem Kapitel die gewonnenen Erkenntnisse der Autorin aus Gesprächen mit Fachkräften essstörungsspezifischer Einrichtungen sowie mit Betroffenen von ES, über deren Meinungen und Ansichten zur Peer-Arbeit, ein. Die Arbeit schließt sodann mit einem Ausblick ab.

2. Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel erfolgt zunächst eine allgemeine Definition von ES auf der Basis international anerkannter Klassifikationssysteme, bevor anschließend die unterschiedlichen Formen von ES anhand deren störungsspezifischer Symptomatik ausführlicher erläutert werden. Darauf aufbauend sollen wichtige Therapievoraussetzungen sowie die im Rahmen der verschiedenen Behandlungssettings angewandten Therapieverfahren und der aktuelle Stand der Forschung über Therapien dargestellt werden.

2.1. Definition und Klassifikation von Essstörungen

ES werden den psychosomatischen Erkrankungen zugerechnet und weisen einen erheblichen Suchtcharakter auf (Wunderer, 2015, S. 30). Zentrales Kennzeichen dieses Krankheitsbildes sind die auffälligen Veränderungen des Essverhaltens, die sich sowohl in einem pathologischen Umgang mit Nahrung, als auch einer übermäßigen Beschäftigung mit den Themen Figur, Nahrung und Gewicht durch die Betroffenen zeigt (Legenbauer und Vocks, ^{2}2014, S. 4).

Hilde Bruch (1982, S. 16 f.) beschreibt drei gemeinsame Merkmale, die für alle Arten von ES charakteristisch sind:

1. Störungen des Körperbildes
2. Gestörte Wahrnehmung innerer und äußerer Reize
3. Lähmendes Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht.

Im Anhang A 1. befindet sich eine Zusammenstellung weiterer grundlegender Merkmale von ES hinsichtlich Essverhalten und Gewicht, zwanghaftem Verhalten, Kontakt mit anderen Personen und körperlicher Symptome.

In den internationalen Klassifikationssystemen der American Psychiatric Association (APA), dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (ebd., [5]2013) sowie der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dem International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (Dilling et al., 2000), werden vier Formen unterschieden: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), Binge-Eating-Störung[1] (BES) und atypische/andere bzw. nicht spezifizierte ES[2]. Nach einer repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) leiden 1,4 Prozent der Frauen und 0,5 Prozent der Männer unter einer der drei Hauptformen (AN, BN, BES) von ES (Jacobi et al., 2013, S. 80). Im Folgenden sollen die genannten vier Formen ausführlicher dargestellt werden, da deren genauere Kenntnis für das Verständnis der nachfolgenden Inhalte, insbesondere des Behandlungssettings sowie der Therapieverfahren, grundlegend ist.

2.1.1. Anorexia nervosa

Die AN ist eine sehr auffällige ES, da der selbst herbeigeführte Gewichtsverlust und das damit in aller Regel einhergehende massive Untergewicht für Außenstehende augenscheinlich ist. Die Nahrungsaufnahme unterliegt dabei starken Einschränkungen und das Körpergewicht ist signifikant niedrig, d. h. es liegt unter einem minimalen Normalgewicht. Trotz des zumeist niedrigen Gewichts wirken Betroffene auf eine kontinuierliche weitere Abnahme hin. Zu diesem Verhalten trägt einerseits die Angst vor einer Gesichtszunahme und andererseits die Störung des Körperbildes bei (Wunderer, 2015, S. 34-36; Biedert, 2008, S. 11).

Hinsichtlich der Herbeiführung des Gewichtsverlustes lassen sich zwei Subtypen der AN unterscheiden. Menschen mit einer *restriktiven AN (asketische Form)* schränken die Nahrungsaufnahme ein, verzichten allerdings auf andere Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, z. B. Erbrechen, Abführmittel oder Diuretika. Bei einer AN des *Binge-/Purging-*

[1] Die Binge-Eating-Störung ist bislang nur im DSM-5 als eigenständige Form aufgeführt.
[2] Im ICD-10 wird von atypischen ES, im DSM-5 von anderen bzw. nicht spezifizierten ES gesprochen.

Typus (bulimische Form)[3] hingegen kommt es zu regelmäßigen Essanfällen und den eben beschriebenen kompensatorischen Verhaltensweisen (Teufel und Zipfel, [2]2015, S. 17). Eine ausführliche Darstellung der diagnostischen Kriterien befindet sich im Anhang A 2. (Wunderer, 2015, S. 35, 36).

Die Inzidenzrate (Neuerkrankungen pro 100.000 Personen pro Jahr) der AN ist, entgegen der öffentlichen Wahrnehmung, seit den 1980er Jahren relativ konstant geblieben. In der am häufigsten betroffenen Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen Mädchen und jungen Frauen liegt die Inzidenz bei 0,2 Prozent. Demgegenüber steht eine 12-mal geringere Betroffenheit bei Männern (de Zwaan, 2016, S. 26). Wie bereits thematisiert besteht jedoch Grund zu der Annahme, dass die Dunkelziffer für beide Geschlechte deutlich höher ist (DHS, [5]2015, S. 26, 27). Eine Studie aus dem Jahr 2007 (Hudson et al.) geht von einer Lebenszeitprävalenz bei Frauen von 0,9 Prozent sowie bei Männern von 0,3 Prozent aus. Ein Blick auf den Verlauf einer AN zeigt, dass ca. 50-70 Prozent der Betroffenen remittieren, 30 Prozent eine Verbesserung ihres Zustandes erreichen und bei bis zu 20 Prozent eine Chronifizierung auftritt (Wunderer, 2015, S. 42). Besonders hervorzuheben ist jedoch die Tatsache, dass etwa jede zehnte AN Patientin früher oder später an der Erkrankung verstirbt. Die AN weist demzufolge das höchste Sterblichkeitsrisiko auf (Birmingham et al. 2005).

2.1.2. Bulimia nervosa

Der augenfälligste Unterschied der BN im Vergleich zur AN liegt im äußeren Erscheinungsbild der Betroffenen. Die Patientinnen sind überwiegend normalgewichtig, sodass die Erkrankung länger unerkannt bleibt als eine AN. Das wichtigste diagnostische Kriterium (vgl. Anhang A 3.; Wunderer, 2015, S. 45, 46) der BN, anders als bei der restriktiven AN, sind regelmäßig auftretende Essanfälle mit Kontrollverlust, die mit kompensatorischen Maßnahmen einhergehen. Dabei verschlingen die Betroffenen große Mengen an Nahrung, die sie anschließend meist wieder erbrechen. Der erlebte Kontrollverlust ist mit großen Schamgefühlen verbunden, die ein frühzeitiges Aufsuchen von Hilfe verhindern. Ähnlich wie bei anorektischen Patientinnen bestehen Ängste vor einer Gewichtszunahme, rigide Regeln bezüglich des Essverhaltens, eine Körperschemastörung sowie eine hohe Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht für die Selbstbewertung. Darüber hinaus zeigen Betroffene häufig ein geringes Selbstwertgefühl (de Zwaan, 2016, S. 28-31; Teufel und Zipfel, [2]2015, S. 17-19). Der große Nahrungsmittelverbrauch bei einer BN kann zu erheblichen finanziellen Problemen führen, aus denen sich weitere soziale Folgen und Probleme entwickeln können (DHS, [5]2015, S.12).

[3] Diagnose der BN darf bei gleichzeitig bestehendem Untergewicht nicht mehr gestellt werden (Jacobi et al., [3]2008, S. 12).

Im Vergleich zur AN ist die Lebenszeitprävalenz bei der BN deutlich höher. Diese liegt bei Frauen zwischen 0,9 und 1,5 Prozent und bei Männern zwischen 0,1 und 0,5 Prozent. Zudem liegt auch die Zahl der Neuerkrankungen bei der BN deutlich über denen der AN (de Zwaan, 2016, S. 25). Diese beträgt 12 Neuerkrankungen gegenüber 8 Neuerkrankungen einer AN pro Jahr bezogen auf 100.000 Einwohner (Jacobi et al. [3]2008, S. 22). Da die BN im Unterschied zur AN wesentlich leichter verheimlicht werden kann, besteht auch hier Grund zur Annahme einer deutlich höheren Zahl an Betroffenen (Legenbauer und Vocks, [2]2014, S. 13). Hoek (2016) liegen dennoch Hinweise vor, dass die Inzidenz der BN in den letzten Jahren weniger häufig ist, dafür jedoch die BES häufiger geworden ist. Ein weiterer Unterschied zeigt sich in der Vorgeschichte der Betroffenen einer BN, da ca. 25 bis 30 Prozent eine diagnostizierte AN aufweisen. Der umgekehrte Verlauf ist dagegen sehr viel seltener (de Zwaan, 2016, S. 30). Die BN betrifft, wie auch die AN, vor allem jüngere Frauen (DHS, [5]2015, S. 28). Hinsichtlich des Verlaufs einer BN ergeben sich kaum Unterschiede zu dem einer AN: ca. 50 bis 70 Prozent der Betroffenen sind symptomfrei, bis zu 30 Prozent remittieren partiell und bei bis zu 20 Prozent kommt es zu einer Chronifizierung (Wunderer, 2015, S. 47-48). Allerdings ist die Mortalitätsrate der BN mit 0,4 Prozent niedriger als die der AN (van Hoeken et al., [2]2003, S. 21).

2.1.3. Binge-Eating-Störung

Während die BES im DSM-5 bereits als eigenständige diagnostische Kategorie angeführt wird (vgl. Anhang A 4.), zählt sie im ICD-10 nach wie vor zu den atypischen ES (Wunderer, 2015, S. 50; Wunderer et al. 2008, S. 27). Im Vergleich zu BN Patienten greifen BES Patienten nach Essanfällen zu keinen regelmäßigen gegenregulatorischen Maßnahmen, um ihr Gewicht zu halten. Infolgedessen leiden die Betroffenen meist unter Übergewicht oder Adipositas, auch wenn die Essanfälle in der Regel kleiner sind als bei der BN und sich zudem als kontinuierliche, über den Tag verteilte Nahrungsaufnahme ohne geregelte Mahlzeiten manifestieren können (de Zwaan und Mühlhans, [2]2015, S. 23, 24; de Zwaan, 2016, S. 30). Darüber hinaus enthalten die diagnostischen Manuale keine Hinweise auf das Vorliegen einer Körperbildstörung, wie es bei einer AN oder BN der Fall ist (Wunderer, 2015, S. 50). Wunderer widerspricht in diesem Punkt Bruch, die bei allen ES-Formen von einer Körperbildstörung ausgeht (siehe 2.1.). Gemeinsam ist ihnen hingegen die Unzufriedenheit mit Körper und Gewicht sowie ein erniedrigtes Selbstwertgefühl (de Zwaan und Friederich, 2006, S. 531). Im Vergleich zu AN und BN Patientinnen sind sich BES Patientinnen ihrer Problematik häufig nicht bewusst und suchen insbesondere Hilfe zur Gewichtsreduktion (DHS, [5]2015, S. 15). Weitere Unterschiede zu bulimischen Patienten bestehen darin, dass Betroffene einer BES sich vor allem nach dem Essanfall unwohl fühlen und auch kein restriktives Essverhalten

zwischen den Essanfällen zeigen. Außerdem wird die BES im Durchschnitt erst später diagnostiziert und geht seltener mit komorbiden psychischen Störungen einher. Die Betroffenen einer BES weisen, im Gegensatz zu Patientinnen einer BN, eine größere Homogenität im Hinblick auf soziodemographische und psychopathologische Merkmale auf (zusammenfassend Munsch, 2003).

Bereits die Lebenszeitprävalenz der BES von 1,9 bis 3,5 Prozent bei Frauen und 0,3 bis 2,0 Prozent bei Männern verdeutlicht, dass es sich hierbei um die häufigste Form von ES handelt. Ähnlich wie bei AN und BN sind überwiegend Frauen betroffen. Dennoch liegt das durchschnittliche Erkrankungsalter eher im mittleren Altersbereich (40-65 Jahre) und der Geschlechtsunterschied ist mit einem Verhältnis von 3:2 weniger ausgeprägt (de Zwaan, 2016, S. 25, 26; Wunderer, 2015, S. 50). Im Gegensatz zur AN und BN hat die behandelte BES eine vergleichsweise gute Prognose. Rund 70 bis 90 Prozent der Betroffenen remittieren und 10 bis 30 Prozent leiden weiterhin an einer ES. Allerdings bleiben bei vielen Patientinnen Übergewicht sowie die Gefahr von Rückfällen bestehen (Wunderer, 2015, S. 52, 53).

2.1.4. Atypische/ andere bzw. nicht spezifizierte Essstörungen

Neben den bereits vorgestellten Formen von ES beinhalten beide Klassifikationssysteme eine weitere Diagnosekategorie, die in keine der bestehenden Kategorien eingeordnet werden können (vgl. Anhang A 5.). Hierbei handelt es sich um „Atypische“ (ICD-10) oder „Nicht näher bezeichneten Essstörungen“ (DSM-5) bei denen die Patienten nicht die vollen Kriterien einer klassischen ES erfüllen, wie das Night-Eating-Syndrom oder die Purging-Disorder (de Zwaan und Mühlhans, ^{2}2015, S. 22). Allerdings scheinen diese Arten von ES klinisch nicht weniger schwerwiegend zu sein wie die AN, BN oder BES (Biedert, 2008, S. 72).

Ein Blick auf die Prävalenzrate zeigt außerdem, dass bis zu 50 Prozent der Patientinnen nicht unter die Kriterien einer klassischen ES fallen (de Zwaan, 2016, S. 22) und atypische ES die häufigste Form von ES darstellen (Biedert, 2008, S. 72).

Demzufolge kann der Aussage von de Zwaan und Mühlhans (^{2}2015, S. 22), dass „eine Einteilung der diagnostisch breitgefächerten Essstörungen in einheitliche Kategorien […] eine Herausforderung [bleibt]“, uneingeschränkt zugestimmt werden. Fairburn (2012, S. 13) geht noch einen Schritt weiter und stellt die bislang angewandte Differenzierung in die genannten ES-Formen in Frage, da deren Gemeinsamkeiten hinsichtlich der bestehenden Symptomatik die Unterschiede überwiegen. Er fordert stattdessen eine Kategorisierung in „spezifische“, die nur bei ES auftreten, und „allgemeine“ Komponenten, die auch bei anderen psychischen Störungen auftreten (ebd.). Auch Feistner (2018, S. 29)

fordert aufgrund der „überwiegend […] künstlich[en] und praxisfern[en]“ Unterscheidung ein grundsätzliches Überdenken der bisherigen Differenzierung. Diese Forderung sollte ihrer Ansicht nach auf der Basis übergreifender Therapieziele sowie bestehender Ähnlichkeiten zwischen den ES mit Nachdruck verfolgt werden (ebd., S. 31).

2.2. Therapie von Essstörungen

Die Therapie von ES erfolgt in verschiedenen Behandlungssettings mit unterschiedlichen Verfahren und Ansätzen. Diese Vielzahl spiegelt sich auch in der Literatur wider, sodass eine wichtige Aufgabe dieser Arbeit in einer ersten Systematisierung liegt. Zunächst soll daher auf grundlegende Behandlungsvoraussetzungen eingegangen werden. Anschließend werden vier Behandlungssettings (siehe Kap. 2.2.2.) mit den jeweiligen notwendigen Bedingungen in Abhängigkeit von den von den ES-Formen AN, BN und BES aufgezeigt sowie deren Vor- und Nachteile erörtert. Im nächsten Schritt wird mithilfe einer Tabelle (siehe Tab. 2, Kap. 2.2.3.) eine Übersicht der bekanntesten Therapieverfahren gegeben.

2.2.1. Behandlungsvoraussetzungen

Eine Therapie ist, unabhängig von der Diagnose, im Wesentlichen von zwei Aspekten - der Therapiemotivation sowie der therapeutischen Beziehung - abhängig. In der Behandlung von ES kommt den Anforderungen an die Therapeutin hinsichtlich ihrer Einstellung zum eigenen Körper sowie zum Essen eine zentrale Bedeutung zu (Feistner, 2018, S. 203). Demzufolge stellen die genannten Faktoren die Grundlage jeglicher Intervention dar und nehmen einen starken Einfluss auf den weiteren Behandlungsverlauf. Daher sollen diese im Folgenden näher erläutert werden.

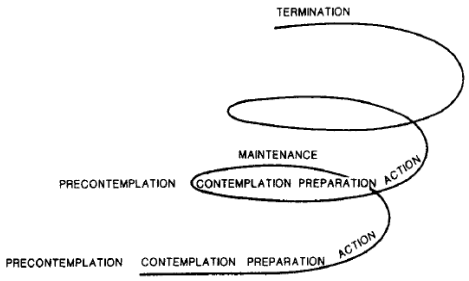
Aufbau von Therapiemotivation

Eine zentrale Herausforderung stellt hierbei die ambivalente Motivationshaltung der Betroffenen gegenüber Veränderungen dar, die insbesondere für anorektische Patientinnen charakteristisch ist, da sie selten aus eigenem Antrieb eine Behandlung aufsuchen. Die bestehende Ambivalenz der Patientinnen zeigt sich deutlich in der eingeschränkten Bereitschaft, bestimmte Verhaltensweisen wie Essanfälle aufzugeben. Solche Verhaltensmuster loszulassen ist oft schwierig und wird mitunter sogar als bedrohlich erlebt, da diese für die Betroffenen eine hohe Funktionalität, bspw. die erlebte Kontrolle über das Essverhalten, haben. „Die Essstörung ist [daher] wie eine gute Freundin, von der man weiß, dass sie nicht gut tut, die jedoch so vertraut ist, dass man sie nicht missen möchte“ (Wunderer, 2015, S. 189). Ferner liegt häufig auch ein ambivalentes Bestreben vor, mit der Therapeutin über Gedanken und Gefühle in Bezug auf die ES zu sprechen. So kann es AN Patientinnen schwer fallen, den Stolz über ihr niedriges Gewicht zu

thematisieren, während BN oder BES Patientinnen durch ihre Schamgefühle gehindert werden. Darüber hinaus bestehen Ängste der Betroffenen, ob sie tatsächlich angenommen werden und die Unterstützung hilfreich und verlässlich sein wird. Weitere Problematiken liegen in der Schwankung der Motivation über den gesamten Therapieverlauf hinweg sowie in einer sich in Phasen entwickelnden Motivation. Prochaska und Prochaska (2009) sprechen deshalb auch vom „spiral pattern of change“ (zit. nach Wunderer, 2015, S. 192). Infolgedessen stellt die Förderung einer Änderungsmotivation auf Seiten der Patientin eine zentrale Aufgabe der Therapeutin dar (Wunderer, 2015, S. 189-191; Legenbauer und Vocks, [2]2014, S. 88, 89; Fairburn et al., 2012, S. 63; Jäger et al., 2011, S. 38).

Als besonders hilfreich hat sich dabei das im Suchtbereich verbreitete und auf ES übertragene (Dray und Wade, 2012) *Transtheoretische Modell*[4] von Prochaska und DiClemente (1983) erwiesen, welches fünf Stufen des Veränderungsprozesses umfasst (Prochaska, DiClemente und Norcross, 1992). Anfangs gingen die Autoren noch von einem linearen Verlauf des Veränderungsprozess aus, mussten dann jedoch feststellen, dass dies ein sehr seltenes Phänomen bei Süchten darstellt. Betroffene erleiden immer wieder Rückfälle, innerhalb derer sie auf eine vorhergehende Stufe zurückfallen. Prochaska und DiClemente erkannten, dass sich Veränderung demzufolge vielmehr als eine Art Spirale (Abb.1) vollzieht (ebd., S. 1104):

Abbildung 1: A Spiral Model of the Stages of Change (Prochaska, DiClemente und Norcross, 1992, S.1104)



1. **Absichtslosigkeit/Präkontemplation (precontemplation)**
   Betroffenen auf dieser Stufe fehlt das Problembewusstsein. Demzufolge wird die ES noch nicht als Problemverhalten erkannt, und es besteht keine Veränderungsabsicht. Ein beträchtlicher Teil der Personen mit Magersucht suchen infolge des Drucks durch Familienmitglieder oder FreundInnen Unterstützungsangebote auf.
2. **Absichtsbildung/Kontemplation (contemplation)**
   Die Betroffenen entwickeln ein erstes Problembewusstsein und beginnen über das Problem nachzudenken. Es fehlt jedoch (noch) an der Bereitschaft zur Veränderung.

[4]Konzept zur Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Beeinflussung von intentionalen Verhaltensänderungen

3. **Vorbereitung (preparation)**
   Erstmals besteht die Absicht, etwas zu unternehmen. Allerdings wird diese noch nicht in größerem Ausmaß umgesetzt.
4. **Aktion/Handlung (action)**
   Es findet eine Veränderung der Verhaltens- oder Erlebensweisen bzw. des Umfeldes statt, um das Problem zu lösen.
5. **Aufrechterhaltung (maintenance)**
   Die erzielten Erfolge sollen aufrechterhalten und stabilisiert sowie Techniken zur Rückfallprophylaxe etabliert werden.

Der Beginn des Unterstützungsprozesses findet überwiegend auf der Stufe der Präkontemplation oder Kontemplation statt, wobei die Verweildauer je nach Entwicklung der Betroffenen zwischen wenigen Monaten und mehreren Jahren andauern kann (Golan, 2013). Überdies können sich Patientinnen, abhängig vom jeweiligen Problembereich, auf unterschiedlichen Stufen befinden (Treasure et al., 1999). Dementsprechend sind je nach Stufe unterschiedliche Vorgehensweisen hilfreich. Freeman und Dolan (2001) sowie Waller (2012) kritisieren jedoch, dass das Transtheoretische Modell nicht geeignet ist, die Prozesse komplexer Psychopathologien zu beschreiben. Darüber hinaus erachten sie die Bezeichnung „Stufen“ als unpassend und sprechen sich stattdessen für „Phasen/Zustände“ aus, da die Motivation der Betroffenen im Verlauf der Therapie schwankt, sodass auch ein Rückfall in frühere Phasen nicht ausgeschlossen werden kann. Für den Bereich der ES ergänzen sie die bisherigen fünf Stufen um eine sechste, die sogenannte „Anti-Kontemplation“. Hierbei wehren sich Patientinnen massiv gegen Veränderungen und Einmischungen von außen - gewissermaßen also eine „Phase 0“.

Aufbau einer therapeutischen Beziehung

Hilde Bruch (1973, S. 388) beschreibt die therapeutische Beziehung mit „true collaborators in the search of unknown facts“ sehr treffend. Demnach ist die Vorstellung der wissenden Therapeutin einerseits und der kranken Patientin andererseits nicht richtig. Beide stehen gemeinsam vor einer großen Verwirrung und begeben sich gemeinsam auf die Suche nach dem Unbekannten, um diese Verwirrung aufzulösen. Mit dieser Haltung sowie dem Wissen über die vorwiegend ambivalente Einstellung der Patientinnen gegenüber der Therapie, erwächst die Notwendigkeit des einfühlenden Verstehens, der Akzeptanz, der Wärme und Echtheit auf Seiten der Therapeutin. Dementsprechend sollte sie eine „empathische, wertungsfreie, nicht vorwurfsvolle Haltung gegenüber den Schilderungen […] [der] Probleme“ der Patientin einnehmen (Jäger et al., 2011, S. 38). Miller und Sanches (1994) haben hierfür das eingängige Akronym „FRAMES“ gebildet:

Feedback	-	Rückmelden (besonders motivationsverstärkender Aussagen)
Responsibility	-	Eigenverantwortung (der Patientin betonen)
Advice	-	Rat (wenn sie etwas ändern möchte, aber nicht weiß wie)
Menu	-	Auswahl (verschiedener Wege zum Ziel anbieten)
Empathy	-	Einfühlung (in die Lage der Patientin)
Self-efficacy	-	Erfolge den Bemühungen der Patientin zuschreiben

Ferner ist insbesondere zu Beginn der Therapie der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Arbeitsbeziehung und der Behandlungsmotivation in den Vordergrund zu stellen, soweit der körperliche und/oder psychische Zustand keinen akuten Handlungsbedarf erfordert. Jäger et al. (2011, S. 39-41) schildern hierfür aus der Perspektive der Verhaltenstherapie sowie aus der der tiefenpsychologischen Psychotherapie konkrete Vorgehensweisen, auf die an dieser Stelle verwiesen wird.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung ist sowohl aus Sicht der APA (2013) als auch aus jener der Patientinnen entscheidend für das Ergebnis einer erfolgreichen ES Therapie (Franke, ^{3}2011, S. 126). Wichtige Bestandteile einer positiven therapeutischen Beziehung sind dabei nach McGilley und Szablewski (2010) sieben Bereiche:

- nicht in Besitz nehmende, warmherzige und unbedingte Aufmerksamkeit
- aktives und wertschätzendes Engagement
- verkörperte Echtheit und Menschlichkeit
- Einfühlungsvermögen und Vertrauen
- Geduld und Frustrationstoleranz
- Bescheidenheit und Transparenz
- professionelle Selbstfürsorge

Hilfreich ist zu betonen, dass die Patientin wichtige Therapieentscheidungen trifft und ihr ein Höchstmaß an Eigenverantwortung überlassen wird. Der Therapieprozess erfordert jedenfalls ihren Veränderungswunsch und ihre Kooperationsbereitschaft (Jäger, 2011, S 38; Feistner, 2018, S. 204).

Anforderungen an die Therapeutin

Neben den Voraussetzungen, die eine Patienten mitbringen soll, und den Merkmalen einer unter-stützenden therapeutischen Beziehung sind auch konkrete Anforderungen an die Therapeutin zu nennen. Bleckwedel (2006) beschreibt diese wie folgt*:*

„Wirksame Therapeuten vermitteln den Klienten Wertschätzung für sich selbst und das Vertrauen in die eigene Lösungskompetenz: sie sind in KONTAKT mit ihren Klienten, sie geben Klienten in Krisensituationen HALT, sie KLÄREN gemeinsam mit Klienten Zustände und Situationen, sie VERSTEHEN gemeinsam mit Klienten Entwicklungen und

Zusammenhänge, sie BEARBEITEN gemeinsam mit Klienten Konflikte und Probleme, sie MOTIVIEREN Klienten für Veränderungen und sie AKTIVIEREN Potenziale und Ressourcen."

Hierfür ist auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung zum Essen, zum Körper, dem „Frauenbild und frauenspezifischen Themen sowie die Fähigkeit und Bereitschaft der Auseinandersetzung mit heiklen Affekten und Motiven (z. B. Scham, Ekel, Macht)" notwendig (Feistner, 2018, S. 203). Diese Notwendigkeit ergibt sich insbesondere aus dem Wissen um bestehende Wechselwirkungen innerhalb eines Systems, aufgrund derer eine gegenseitige Beeinflussung der Akteure stattfindet. Dabei kommt dem Aussehen der Therapeutin eine wichtige Rolle zu, wenn beide gleichen Geschlechts und ähnlichen Alters sind, da die Patientin die Figur anderer Personen sehr bewusst wahrnimmt. Das Aussehen der Therapeutin hat zudem Einfluss darauf, ob diese ein „glaubwürdiges oder unglaubwürdiges Modell" für die Patientin darstellt (ebd.). Dabei sehen Patientinnen sehr schlanke bzw. übergewichtige Therapeuten als unglaubwürdiges Modell an und könnten sich „kritisch über Essgewohnheiten und Gewicht" bei sehr schlanken Therapeuten äußern bzw. eine negative Einstellung gegenüber übergewichtigen Therapeuten haben (Fairburn, 2012, S. 37). Im Hinblick auf die Integration von Peers in die Arbeit von ES-Fachkräften sieht die Autorin hier einen Vorteil der Peers. Aufgrund ihrer eigenen Betroffenheit könnten diese ein glaubwürdigeres Modell verkörpern, solange sie stabil und normalgewichtig sind, ein normales Essverhalten haben und die Schilderungen der Betroffenen nicht als Trigger[5] wirken. Weiterhin ist der Aspekt einer eigenen Betroffenheit oder Vorgeschichte bedeutsam, die sich auf das Wohlbefinden der Betroffenen, sowie der Therapeutin auswirken könnte. So kann ein sichtbares Untergewicht des Therapeuten bei der Patientin zu der Vermutung führen, dass dieser selbst an einer ES leidet. Auf Seiten der Therapeutin kann sich eine Selbstbetroffenheit möglicherweise auf die Objektivität auswirken, die Beschäftigung mit den Themen Essen, Figur und Gewicht wird weiter aufrechterhalten und verhindert somit die Erweiterung des eigenen Horizonts (ebd., S. 37, 38). Demzufolge ist es erforderlich, dass die Therapeutin mit sich selbst und ihrem Leben im Einklang ist, um als gesundes Vorbild dienen zu können (ebd., S. 169, 203; Fairburn et al., 2012, S. 37).

2.2.2. Behandlungssetting

Für die Therapie der genannten Formen von ES bestehen grundsätzlich vier verschiedene Behandlungssettings: ambulant, teilstationär (tagesklinisch), stationär und in therapeutischen Wohngruppen. Im Folgenden wird daher zunächst auf die Vor- und

[5] Auslöser (Mechanismus i. S. v. Vorgang, Reiz, Substanz), der eine Reaktion oder einen Vorgang auslöst (trigger)

Nachteile der unterschiedlichen Settings eingegangen. Anschließend sollen grundlegende Probleme und offene Fragen in der Behandlung aufgezeigt werden. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Bedingungen und Ziele der einzelnen Settings.

Vor- und Nachteile der einzelnen Behandlungssettings sind im konkreten Einzelfall sorgfältig abzuwägen und mit der Patientin zu besprechen sind. So liegen die *Vorteile* der *teilstationären* gegenüber der ambulanten Therapie in der höheren Intensität des Behandlungsangebots und der Möglichkeit eines multimodalen Behandlungsprogramms (Zeeck, ²2015, S. 294; Jacobi et al., ³2008, S. 99).

Im Vergleich zu einem stationären Aufenthalt bietet eine Tagesklinik die Gelegenheit, bestehende Sozialkontakte aufrechtzuerhalten sowie Angehörige intensiver in die Therapie einzubinden. Darüber hinaus können Patientinnen neu erlernte alternative Verhaltensweisen in ihrem meist konfliktbeladenen sozialen Umfeld erproben, sodass ein zeitnaher Transfer von therapeutischen Inhalten in den Alltag erfolgt (von Wietersheim et al., 2005, S. 80). Dies kann einerseits eine Überforderung bewirken, da die Betroffenen selbst für die Strukturierung der Zeit außerhalb der Klinik verantwortlich sind sowie Probleme aus dem häuslichen Umfeld immer wieder den Therapiealltag beeinflussen. Andererseits besteht so die Möglichkeit zu erleben, dass Veränderungen auch aus eigener Kraft erreicht werden können (Zeeck, ²2015, S. 295, 296) und Patientinnen in der Lage sind, Verantwortung für sich selbst zu tragen (Herzog und Zeeck, ²2004, S. 84). Dies ermöglicht bei Entlassung einen besseren Übergang in den Alltag (ebd.).

Ein *Nachteil* der *tagesklinischen Behandlung* liegt in der Gefahr, dass Betroffene problematische Verhaltensweisen, wie bspw. das Verbergen von Schwierigkeiten, leichter aufrechterhalten können (Zeeck, ²2015, S. 296). Zudem sind Loyalitätskonflikte zwischen Therapie und Familie nicht auszuschließen (Herzog und Zeeck, ²2004, S. 84). Ferner geht die Therapie mit hohen Anstrengungen und Anforderungen aufgrund fehlender Rückzugsmöglichkeiten ins eigene Zimmer, intensiven Gruppenprozessen und dicht gestaffeltem Therapieprogramm einher (von Wietersheim et al., 2005, S. 80)[6]. Weiterhin finden die Veränderungen im tagesklinischen Setting langsamer statt als während eines stationären Aufenthalts und erfordern ein „Mindestmaß an Krankheitseinsicht, […] Motivation sowie tägliche Eigeninitiative“ (Herzog und Zeeck, ²2004, S. 84, 85).

Die *Vorteile* einer *stationären* gegenüber einer tagesklinischen Behandlung sind in der 24-stündigen Anwesenheit von Fachpersonal, der Vorgabe einer geregelten Tages- und

[6] Ein detailliert beschriebenes tagesklinisches Programm beschreiben Zeeck et al. (2002) am Beispiel des Behandlungsprogramms der Freiburger Tagesklinik der Universität Freiburg.

Tabelle 1: Übersicht Behandlungssettings[7]

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	Binge-Eating-Störung
Empfehlungen allgemein	• störungsorientierte und -spezifische Behandlung unter Berücksichtigung der körperlichen Erkrankungsaspekte • frühzeitige Behandlung zur Vermeidung einer Chronifizierung • langfristiger Heilungsprozess von mehreren Monaten oder auch Jahren (Sicherstellung einer Behandlungskontinuität und Absprachen zwischen den Behandlern) • Rückfallrisiko bei Übergängen zwischen den Settings berücksichtigen (vor allem in weniger intensive Settings) • regelmäßige Verlaufsuntersuchungen in Abhängigkeit des körperlichen Zustandes • Ernährungsberatung nicht als alleinige Behandlung	• vorwiegend ambulante Behandlung • frühzeitige Behandlung zur Vermeidung einer Chronifizierung • (teil-)stationäre Behandlung in erfahrenen Einrichtungen mit störungsspezifischen Therapieprogrammen • ggf. angeleitetes Selbsthilfeprogramm auf Basis der KVT ausreichend • Pharmakotherapie mit Fluoxetin	• Vorliegen von Essanfällen erfragen • SSRI und SNRI wirksam • angeleitete, manualisierte Selbsthilfe auf Basis der KVT wirksam
Ambulant	• kein ausgeprägtes Untergewicht: BMI > 15 kg/m² • Compliance der Patientin zur Gewichtszunahme • keine schwerwiegende Komorbidität (Depression, Zwänge, Selbstverletzung) • keine akute Suizidalität • ausreichende Unterstützung im sozialen Umfeld vorhanden • Mitarbeit der Familie bei jüngeren Patientinnen	• kein ausgeprägtes Untergewicht: BMI > 15 kg/m² • Compliance der Patientin zur Gewichtskonstanz • keine schwerwiegende Komorbidität (Depression, Zwänge, Selbstverletzung) • keine akute Suizidalität • ausreichende Unterstützung im sozialen Umfeld vorhanden • Mitarbeit der Familie bei jüngeren Patientinnen	
Empfehlungen ambulant	• erste Wahl: evidenzbasierte Psychotherapie, da derzeit kein Wirksamkeitsnachweis für ein konkretes Verfahren vorliegt • Klärung der Rahmenbedingungen (Wiegen, Vorgehen bei Gewichtsabnahme, ggf. Kontakte zu Hausarzt) • Überprüfung der Wirksamkeit der Therapie mit kontinuierlichen Gewichtsmonitoring, als eines mehrerer Indizien (Archonti, 2016) (Zunahme ca. 200 - 500g/Woche) zur Vermeidung einer iatrogenen Chronifizierung • Erwägung der Eingrenzung des Sportunterrichts und Schulbesuchs bei Jugendlichen aufgrund eingeschränkter Ernährungssituation • Nach Therapieabschluss: regelmäßige Folgetermine über mind. 1 Jahr zur Rezidivprophylaxe und Aufrechterhaltung des Therapieergebnisses	• erste Wahl: KVT- Psychotherapie • Therapiedauer von mindestens 25 Sitzungen auch bei unkomplizierten Fällen • Frequenz von mind. 1 Therapiestunde pro Woche • bei komplexerem Verlauf sind eine längere Behandlungsdauer und häufigere wöchentliche Therapiestunden erforderlich	• erste Wahl: KVT-Psychotherapie • Förderung des Transfers von Behandlungsmaßnahmen in den Alltag (Stimulus-, Reaktionskontrolle)
Teilstationär	• kein extremes Untergewicht: BMI 14,5 – 17,5 kg/m² • chronische Verläufe mit wiederholten stationären Aufenthalten in der Vorgeschichte, wenn das Ziel in einer Verbesserung der sozialen Einbindung und der Tagesstrukturierung besteht • gut motivierten Patientinnen ohne Komorbidität und nur mäßigem Untergewicht, bei denen sich eine ambulante Therapie als nicht ausreichend erweist (Intensivierung ambulanter Therapie) • zur Vorbereitung auf die ambulante Situation im Anschluss an den stationären Aufenthalt (Transfer der erreichten Veränderungen in die Alltagssituation, „Step-down-Approach“) • bei Kindern und Jugendlichen, bei denen die Familie engmaschig in den Behandlungsprozess mit eingebunden werden kann	• Umsetzen der Veränderungsziele im Umfeld	

[7] eigene Darstellung in Anlehnung an Archonti, 2016; Herpertz, 2011; Jacobi et al. [3]2008; Wunderer, 2015; Zeeck, [2]2015

Stationär	• rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20Prozent über sechs Monate) • gravierendes Untergewicht (BMI < 15 kg/m²; bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der 3. Perzentile) • fehlender Erfolg einer ambulanten Behandlung • anhaltender Gewichtsverlust oder unzureichende Gewichtszunahme über drei Monate (bei Kindern und Jugendlichen früher) trotz ambulanter oder tagesklinischer Behandlung • soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung) • ausgeprägte psychische Komorbidität • schwere bulimische Symptomatik (neben anorektischer) oder exzessiver Bewegungsdrang, die ambulant nicht beherrscht werden können • körperliche Gefährdung oder Komplikationen • geringe Krankheitseinsicht • Überforderung im ambulanten Setting, da diese zu wenig strukturierte Vorgaben (Mahlzeitenstruktur, Essensmengen, Motivationsbildung) bieten kann • Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie) • unzureichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten	• ausgeprägte psychische bzw. physische Komorbidität (z. B. Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit) • hoher Krankheitsschweregrad der ES (erheblich entgleistes Essverhalten) • Scheitern einer ambulanten oder tagesklinischen Behandlung • unzureichende Veränderung in ambulanter Behandlung • fehlen ausreichender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort der Patientin • erhebliche Konflikte im sozialen und familiären Umfeld der Patientin • Notwendigkeit der Behandlung durch multiprofessionelles Team mit krankhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie)	• ausgeprägte somatische Komorbidität • ausgeprägte psychische Komorbidität • starke Ausprägung der Erkrankung • therapieverhindernde Faktoren der Patientin (z. B. niedriges Körpergewicht lässt ambulante Behandlung nicht zu) • Möglichkeit für ambulante Therapie fehlt oder ungenügende Wirksamkeit • fehlende Behandlungsmöglichkeit in Wohnortnähe • Notwendigkeit der Behandlung durch multiprofessionelles Team mit krankhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie) • soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)
Therapeutische Wohngruppen	• für Jugendliche und junge Erwachsene, wenn die Unterstützung in der häuslichen Situation nicht ausreichend oder nicht gesundheitsförderlich ist • bei einer chronifizierten ES, die zu einer ausgeprägten sozialen Isolation geführt hat und/oder Probleme in der Bewältigung des Alltags bestehen		
Behandlungsziele (störungsspezifisch)	• Normalisierung des Körpergewichts und Essverhaltens • Bewältigung psychischer Schwierigkeiten • Behandlung psychischer und physischer Folgeerkrankungen • besonders bei Kindern und Jugendlichen: Vermeidung einer Chronifizierung • Hilfen zur Bewältigung alterstypischer Entwicklungsaufgaben	• Normalisierung des Essverhaltens • Bewältigung zugrundeliegender oder parallel existierende psychische Probleme • Behandlung psychischer und physischer Folgeerkrankungen	• Behandlung der Symptome (Essanfälle, Übergewicht/Adipositas, essstörungsspezifische Psychopathologie) • Behandlung weiterer psychischer Beschwerden (Selbstwert-, Schamproblematik, Affektregulation) • Behandlung komorbider psychischer Störungen (Depression, soziale Angst) • Prävention bzw. Rückfallprophylaxe (Vermittlung von Metawissen)

Mahlzeitenstrukturen sowie einer umfassenden medizinischen Begleitung des körperlichen Zustandes zu sehen. Überdies kann sich die räumliche Trennung zum bisherigen sozialen Umfeld positiv auf den Gesundungsprozess auswirken (Zeeck, ²2015, S. 295).

Der größte *Nachteil* einer *stationären Therapie* liegt in der „versorgenden und schützenden“ Struktur, die es Betroffenen nach einer Rückkehr in das alltägliche Leben erschwert, den dortigen Belastungen und Anforderungen wieder gerecht zu werden[8] (ebd.).

Ein über alle Behandlungssettings hinweg vorhandenes Problem stellt der oft chronische und langwierige Verlauf von ES dar, innerhalb dessen verschiedene Settings, teilweise auch mehrmals, durchlaufen werden (Zeeck, ²2015, S. 294). Die damit einhergehenden nahtlosen Übergänge sind in der Praxis allerdings nur in wenigen Fällen möglich und weisen daher deutlich die Grenzen der gegenwärtigen Versorgungslandschaft im Bereich der ES auf (DHS, 2013, S. 50). Im Rahmen dieser Übergänge bestehen zahlreiche offene Fragen, die bislang nur auf der Basis zugrundeliegender Einstellungen und Erfahrungen der Behandler zu lösen sind, bspw. (Jacobi et al., ³2008, S. 94, 95):

- Wie lange sollte man ambulant behandeln, bevor man sich zur (teil-)stationären Behandlung entschließt?
- Aufgrund welcher Kriterien sollte entschieden werden, wie lange eine Patientin stationär behandelt wird und wann sie aus der Klinik entlassen werden kann?
- Wie häufig sollte eine Patientin stationär behandelt werden?
- Welche Zeiträume sollten zwischen zwei stationären Aufenthalten liegen?

Während die Behandlung von BN (meist aufgrund selbstverletzenden oder suizidalen Verhaltens) und BES in der Regel eher selten stationär erfolgt, ist für die AN überwiegend eine stationäre Behandlung erforderlich (Treasure und Schmidt, 2003). Hierbei sollte Wert darauf gelegt werden, dass die Patientinnen genügend Zeit zur Erreichung eines angemessenen Gewichts haben, um die Gefahr von Rückfällen zu senken (Zeeck, ²2015, S. 294). Treasure und Schmidt (2003) weisen jedoch auch darauf hin, dass ein niedriges Gewicht nicht allein ausschlaggebend bei der Wahl des Settings sein sollte: Bei einer schwächer ausgeprägten Symptomatik zeigte die ambulante oder tagesklinische Behandlung keinen Nachteil gegenüber der stationären. Die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung sollte sich außerdem, nach Aussagen von Fachkräften aus der Praxis, nicht ausschließlich aus der Diagnose AN, BN, BES oder atypische ES ableiten, sondern vielmehr aus deren Schweregrad.

[8] Ein operantes stationäres Behandlungsprogramm beschreiben Jacobi et al. (³2008, S. 104-108) am Beispiel der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt.

In Tabelle 1 sind die Bedingungen eine ambulante, teilstationäre, stationäre oder therapeutische Wohngruppe in Anbetracht der jeweiligen ES-Form zusammengefasst. Darüber hinaus wird ein Überblick über grundsätzliche Empfehlungen sowie störungsspezifische Behandlungsziele gegeben(Jacobi et al., 2011; Vocks et al. 2011; Zeeck et al., 2011). Freie Felder in der Tabelle weisen auf fehlende bzw. keine eindeutige Evidenz hin.

Neben den störungsspezifischen Behandlungszielen der teilstationären bzw. stationären Therapie werden außerdem nachstehende allgemeingültige Ziele verfolgt (Zeeck, [2]2015, S. 295):

- körperliche Stabilisierung
- Normalisierung des Essverhaltens (Essensstruktur, Mahlzeitenzusammensetzung)
- Erarbeitung einer ausreichenden Motivation
- Herausarbeiten zentraler psychischer Problembereiche
- Verbesserung der psychischen Begleitsymptomatik (z. B. Depressivität, Ängste, Selbstverletzungen)
- Arbeit an zentralen dysfunktionalen Beziehungsmustern
- Unterstützung bei Problemen im sozialen Umfeld

Ein zentraler Kritikpunkt stellt auch hier, wie laut Feistner (2018, S. 31) bei der Einteilung in verschiedene ES-Formen, die Auswahl der Behandlungsmethode in Abhängigkeit von der vorliegenden Form dar. Ihrer Ansicht nach bedarf es eines grundlegenden Behandlungsverfahrens. Hierzu entwickelte sie ein „integrative[s] ambulante[s] Therapiekonzept“, das sich primär an den Bedürfnissen statt an den Diagnosen der Betroffenen orientiert. Einzelne störungsspezifische Differenzierungen in der Behandlung schließt sie dabei jedoch nicht aus, sondern führt sie innerhalb des integrativen Konzeptes durch.

2.2.3. Angewandte Therapieverfahren

Zur Behandlung von ES werden in der Praxis zahlreiche unterschiedliche Verfahren angewendet. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erkennt lediglich psychoanalytisch begründete Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) sowie Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren an und übernimmt daher auch nur für diese die Kosten. Alle darüber hinaus bestehenden Verfahren stellen keine voll erstattungsfähigen Psychotherapieverfahren im Sinne der Richtlinie dar, obwohl bspw. im Fall der IPT vergleichbare Wirkungen wie mit der KVT erzielt werden (Psychotherapie-Richtlinie). Lediglich für die Ernährungsberatung erstattet die GKV gemäß § 20 I, III Nrn. 4 und 5 SGB V in begrenztem Umfang die Kosten.

Aufgrund der Vielzahl an Verfahren und der damit einhergehenden Unterschiede stellt Tabelle 2 eine komprimierte Übersicht der bekanntesten Verfahren dar. Im Anhang A 7. befindet sich eine ausführlichere Darstellung verschiedener Therapieansätze mit den entsprechenden Quellenangaben auf die an dieser Stelle verwiesen werden soll. Die von der Autorin gebildeten Kategorien Grundannahme, Behandlungselemente, Ziele und Wirksamkeit sollen eine bessere Vergleichbarkeit ermöglichen und zentrale, charakteristische Aspekte der einzelnen Ansätze herausstellen. Im Verlauf der Zeit entwickelten sich im Rahmen der VT Integrative Techniken, die der sogenannten „dritten Welle“ der VT angehören, wozu auch die DBT und IPT sowie weitere Verfahren zählen (Brakemeier und Jacobi, 2017, S. 6, 7). Darüber hinaus existieren noch weitere spezifische Behandlungsverfahren wie bspw. Entspannungstherapie, Konzentrative Bewegungstherapie sowie Gestaltungstherapeutische Verfahren (Herzog et al., [2]2004), die häufig Bestandteil teilstationärer bzw. stationärer Therapie sind (Zeeck, [2]2015, S. 297). Die Autorin beschränkt sich auf die verbreitet angewandten Formen, da eine ausführlichere Vertiefung nicht Gegenstand der Arbeit ist.

Die angewandten Therapieansätze basieren auf jeweils spezifischen Vorstellungen des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren, die an der Entwicklung einer ES beteiligt sind. Demzufolge sind ES multifaktoriell bedingt und erfordern die Berücksichtigung biologischer, individuell-psychologischer sowie sozialer Einflüsse. Es wird hierbei von einem „bio-psycho-sozialen Bedingungsmodell der Essstörung“ gesprochen (Wunderer, 2015, S. 70), welches Abbildung 2 grafisch darstellt.

Abbildung 2: Bio-psycho-soziales Bedingungsmodell der ES (Wunderer, 2015, S. 70)

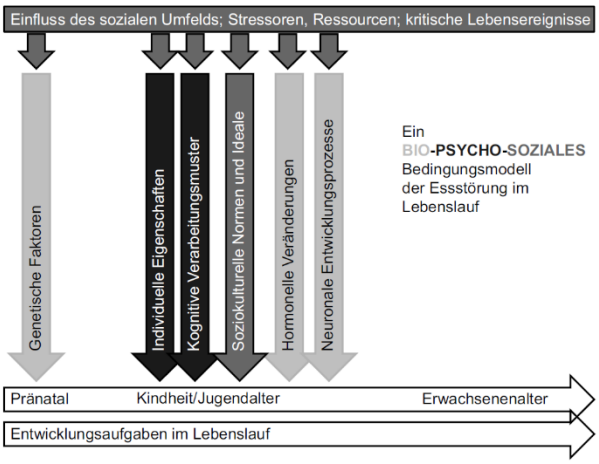


Tabelle 2: Übersicht angewandter Therapieverfahren bei Essstörungen

	KVT	IPT	PP	DBT	FT	Pharmakotherapie	SH	EB	Körperbildtherapie
Grundannahme	Multifaktorielles Model mit 3 wesentlichen Ursachen • prädisponierend • auslösend • aufrechterhaltend	Interpersonelle Probleme sind wesentlich an der Entstehung und Aufrechterhaltung beteiligt	Tiefenpsychologische Konzepte verstehen ES als Folge konflikthafter Objektbeziehungen	Emotionsregulationsstörung als zentrales Problem	Entstehung von ES als Systemprozess aufgrund des Einflusses familiärer Beziehungen	Veränderung des Serotoninhaushalts bei ES, der zur Regelung des Hunger-Sättigungs-Haushaltes beiträgt	• niederschwelliges Angebot während der Wartezeit auf eine Therapie oder begleitend zur Therapie • Wartezeitüberbrückung • gute Verfügbarkeit	• Störung natürlicher Hunger- und Sättigungsmechanismen	• hohe Relevanz eines gestörten Körperbildes auf Entstehung und Aufrechterhaltung einer ES
Behandlungselemente	• Normalisierung des Essverhaltens • Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Maßnahmen • kognitive Arbeit • Emotionsarbeit • Körperarbeit	• Vermittlung von Störungs-/Behandlungswissen • Beziehungsanalyse • Zielvereinbarung • Erarbeitung und Implementierung von Lösungsstrategien • Rückfallprophylaxe	• Erarbeitung der subjektiven, lebensgeschichtlichen Bedeutung der Symptome • Arbeit an symptomatischer Besserung • Arbeit an persönlichkeitsimmanenten intrapsychischen Konflikten	Strategien • akzeptanzbasiert • veränderungsbasiert • dialektisch • strukturell Einsatz verschiedener Materialien • Diary-Card • Fertigkeitenprotokoll	• Aufklärung • Zugang zum Familiensystem • Stabilisierung und Festigung des Essverhaltens • Bearbeitung wesentlicher familiärer Konflikte • Festigung der Veränderungen familiärer Beziehungen	Gabe von • Antidepressiva • Neuroleptika zur Unterstützung der Behandlung	• Informationen über Erkrankung • Vermittlung spezifischer Fertigkeiten (Skills) zum Lösen und Umgang mit Gesundheitsproblemen • persönliche, telefonische sowie E-Mail-Begleitung • bedarfsorientierte Weitervermittlung	• Ernährungsanamnese • Essprotokoll • Aufbau geregelter Mahlzeitenstruktur • Gewichtskontrollen/-vereinbarungen • Integration verbotener LM • Information über Entstehung von Essanfällen • Exposition • Nahrungsmittelkonfrontation	• Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells • Modifikation dysfunktionaler körperbezogener Kognition • Körperkonfrontation • Expositionsübungen zur Reduktion körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens • Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten • Imaginationsübungen • Abtast- und Zeichenübungen • Modellierübungen
Ziele	• kurzfristige Veränderung des Essverhaltens	• Identifikation des Problems • Symptombewältigung	• Symptomverbesserung	• Herstellung dialektischer Verhaltensweisen	Veränderung interpersoneller Beziehung	• Unterstützung des Therapieprozesses	• Austausch mit anderen Betroffenen • Erlernen eines Umgangs mit ES	• Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur	• Abbau negativer körperbezogener Emotionen

	• langfristige Behandlung zugrundeliegender Problembereiche	• Bearbeitung störungsrelevanter Problembereiche • Konsolidierung des Erreichten • Vorbereitung eigenständiger Arbeit an Problemen	• Verbesserung persönlichkeitsimmanenter intrapsychischer Konflikte	• Einstellen von Essanfällen und allen gegenregulatorischen Maßnahmen • Training funktionaler Fertigkeiten der Emotionsregulation		• Rückfallprophylaxe • Verbesserung essstörungsspezifischer Symptomatik	• Ergänzung der PT (nicht Ersatz!!) • Überbrückung der Wartezeit • Unterstützung vor, während und nach der Therapie	• Normalisierung des Körpergewichts • Aufheben des Verbots bestimmter LM • Reduktion von Essanfällen und Purging-Verhalten • Essen mit Genuss und ohne Reue • Aufbau von Selbstkontrolle	• Überwindung körperbezogenen Vermeidungsverhaltens • Korrektur der verzerrten mentalen Repräsentation des eigenen Körpers • Reduktion der defizitorientierten Betrachtungsweise des eigenen Körpers
Wirksamkeit	• wenig aussagekräftige Wirksamkeitsstudien für AN vorhanden → Wirkung anzunehmen • Methode der Wahl bei BN • Verbesserung einzelner Symptome bei BN • weniger gute Ergebnisse für kognitive Aspekte bei BN →Verstärkung der Ansätze zur Emotionsregulation • Behandlungserfolge bei BES mit BN vergleichbar	• Wirksamkeitsnachweise für BN und BES • langfristig kein Unterschied zur KVT bei allen ES-Formen • Reduktion essstörungsspezifischer Symptomatik bei BN und BES	• Wirksamkeitsnachweise für alle ES-Formen	• vielversprechende Effekte bzgl. der Abstinenzrate von Essanfällen und Erbrechen	• hohe Wirksamkeit bei jugendlichen AN Patientinnen • aktive Auseinandersetzung und Einbeziehung der Eltern führt zu besseren Ergebnissen bei AN • kaum Studien für BN	• Fluoxetin bei BN zugelassen • kein Medikament für AN und BES Therapie zugelassen • keine (AN) bzw. nur geringe (BES) positive Effekte • häufiges Auftreten von Nebenwirkungen	• Weg zu intensiverer Behandlung bei BN wird erleichtert • Verkürzung konventioneller PT bei BN • Wirksamkeit bei AN und BES kaum untersucht • schnellere Symptomreduktion und geringere Kosten der ASH bei Adoleszenten im Vergleich zur FT • größere Akzeptanz der ASH bei Adoleszenten • ASH bei AN als gute therapiebegleitende Unterstützung, aber nicht als alleiniger Ansatz ausreichend	• langsame Gewichtszunahmen zeigten sich erfolgreicher und stabiler als schnelle Gewichtszunahmen	• Interventionen führen in nahezu allen Bereichen zu Verbesserungen • keine signifikante Veränderung der Einschätzung körperlicher Dimensionen hin zu realistischerer Wahrnehmung

2.2.4. Zum aktuellen Stand der Forschung über Therapien

Eine tabellarische Übersicht (Tab. 3) der empirischen Wirksamkeitsprüfung verschiedener Therapieverfahren liefern Fairburn und Harrison (2003, S. 413).

Tabelle 3: Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren nach Fairburn und Harrison (2003, S. 413)

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Binge-Eating-Störung	
Therapieform	**Wissenschaftliche Befundlage**	**Wirksamkeit**	**Wissenschaftliche Befundlage**	**Wirksamkeit**	**Wissenschaftliche Befundlage**	**Wirksamkeit**
Psychotherapie						
Kognitive Verhaltenstherapie	Mäßig	+	Überzeugend	+++	Mittelmäßig	+++
Dialektisch-behaviorale Therapie	Fehlt		Mäßig	++	Mäßig	++
Exposition mit Reaktionsverhinderung	Fehlt		Mittelmäßig	++	Fehlt	
Interpersonelle Therapie	Fehlt		Mittelmäßig	++	Mäßig	+++
Kognitiv-analytische Therapie	Mäßig	+	Fehlt		Fehlt	
Psychodynamische Psychotherapie	Mäßig	+	Mäßig	+	Fehlt	
Familientherapie bei Jugendlichen	Mittelmäßig	+++	Fehlt		Fehlt	
Psychoedukative Selbsthilfeansätze	Fehlt		Mittelmäßig	+	Mittelmäßig	++
Ernährungsberatung	Mäßig	0	Mäßig	+	Fehlt	
Pharmakotherapie						
Antidepressiva (Behandlung im Akutstadium)	Mäßig	0	Beachtlich	++	Mäßig	++
Antidepressiva (Rückfallprophylaxe)	Mäßig	+	Mäßig	+	Fehlt	
Antipsychotika	Mäßig	0	Fehlt		Fehlt	
Appetitzügler	Fehlt	--	Mäßig	0	Mäßig	++

Bewertung der wissenschaftlichen Befundlage: keine = keine Studien vorhanden; mäßig = weniger als vier Studien (keine von hoher Qualität); mittelmäßig = mindestens vier Studien oder zwei Studien von hoher Qualität; beachtlich = zwischen mittelmäßig und überzeugend; überzeugend = mindestens 10 Studien und mindestens fünf Studien von hoher Qualität. Wirksamkeit: 0 = kein; + = leichter; ++ = mäßiger; +++ = mittelmäßiger; ++++ = deutlicher positiver Effekt (substanziell und anhaltend)

Therapieforschung bei Anorexia nervosa

Die Therapieforschung zur AN ist durch einen Mangel an aussagekräftigen, kontrollierten Studien sowie vieler methodischer Probleme, wie hoher Abbruchraten und geringer Fallzahlen, geprägt. Infolgedessen ist die Effektivität der Therapiemethoden nur eingeschränkt beurteilbar und die Überlegenheit eines konkreten Verfahrens konnte daher bislang nicht bestätigt werden. Allerdings weisen die wenigen vorhandenen Studienergebnisse auf eine Überlegenheit spezifischer Behandlungsansätzen (bspw. KVT) gegenüber unspezifischen Maßnahmen (bspw. Ernährungsberatung) hin (Zeeck et al., 2011, S. 66). Jedoch zeigt sich, dass PT die Methode der Wahl ist (Tuschen-Caffier und Svaldi, 2017, S. 584). Weiterhin ist eine Fokussierung körperlicher Aspekte der Erkrankung sowie eine störungsorientierte Behandlung empfehlenswert (ebd.). In einer der größten Multicenter-Studien[9] aus dem Jahr 2014 untersuchten Zipfel et al. verschiedene Therapieverfahren (fokal-psychodynamisch (FTP), kognitiv-behavioral (CBT-E), „treatment as usual“) hinsichtlich ihrer Behandlungseffekte. Auch hierbei bestätigte sich die fehlende Überlegenheit eines der untersuchten Verfahren. Allerdings wiesen die

[9] Klinische Studie, die in mehreren klinischen Zentren von unterschiedlichen Untersuchern durchgeführt wird.

Untersuchungen auf behandlungsspezifische Verbesserungen hin. So zeigten sich bei Patientinnen der FTP-Gruppe langfristig bessere Ergebnisse hinsichtlich störungsspezifischer Verhaltensweisen sowie der zugrundeliegenden Problematik, während bei CBT-E Patientinnen eine schnellere Gewichtszunahme und eine Veränderung des damit einhergehenden Verhaltens beobachtet werden konnte. Patientinnen der „treatment as usal“ Gruppe befanden sich im Vergleich zu FTP und CBT-E Patientinnen mit 41 Prozent deutlich häufiger in stationärer Behandlung. Im Hinblick auf das bemängelte Problem hoher Abbruchraten wiesen FTP-Patientinnen mit 23 Prozent im Unterschied zu CBT-E Patientinnen mit 35 Prozent ein deutlich geringeres Ausmaß auf. Die Ergebnisse der ANTOP-Studie (Anorexia Nervosa Treatment of OutPatients) lassen auf eine langfristige Überlegenheit der FTP, mit deren Fokus auf interaktionelle Störungen, Emotionsregulation und dem Einbezug der therapeutischen Beziehung, schließen (Archonti, 2016, S. 43, 44).

Die Gabe von Psychopharmaka zeigt hinsichtlich einer Gewichtssteigerung ebenfalls keinen zusätzlichen Nutzen (Attia et al., 1998). Lediglich für Fluoxetin liegen Hinweise vor, dass dieses die Gefahr eines Rückfalls zu reduzieren scheint (Kaye et al., 2001). Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass sich Pharmakotherapie bei AN-Patientinnen nicht als alleinige Therapieform eignet, da hierdurch weder das Gewicht ansteigt, noch eine Veränderung spezifischer Einstellungen zu Körper und Gewicht bzw. der Stimmung beobachtet werden konnte (Jacobi et al., [3]2008, S. 38).

Therapieforschung bei Bulimia nervosa

Im Gegensatz zur mangelhaften Datenlage bei AN ist die Zahl der Studien zur Behandlung der BN deutlich umfangreicher. Einschränkend muss jedoch deren überwiegende inhaltliche Begrenzung auf verhaltenstherapeutische oder pharmakologische Ansätze erwähnt werden. Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf eine sehr gute Wirksamkeit von KVT-Methoden hin, da hierdurch die wesentlichen Kernsymptome der BN (Essanfälle, Erbrechen) langfristig reduziert wurden und sich die allgemeine Psychopathologie (Depressivität) ebenfalls verbesserte. Daher gilt die KVT bei BN als die Therapie der ersten Wahl (Jacobi et al., 2011, S. 168). So legten Steinhausen und Weber (2009) dar, dass es im Rahmen der KVT bei 45 Prozent der Patientinnen zu einer vollständigen Remission kam, 27 Prozent in ihrer Symptomatik eine deutliche Besserung feststellen konnten und 23 Prozent einen chronischen Verlauf aufwiesen. Trotz der dargestellten Überlegenheit kognitiv-behavioraler Ansätze sprechen dennoch ca. ein Viertel der Betroffenen nicht auf diese Behandlung an (Legenbauer und Vocks, [2]2014, S. 42, 43). Im Hinblick auf die Wirksamkeit der IPT liegen widersprüchliche Aussagen vor. Jacobi et al. (2011, S. 169) berichten von einer Reduktion der Essanfälle um 21 Prozent sowie einer

Reduktion des Erbrechens um 13Prozent, womit die Effekte deutlich geringer ausfallen als jene anderer psychotherapeutischer Verfahren. Im Unterschied dazu spricht Archonti (2016, S. 45) der IPT eine „hinreichend gute“ Wirksamkeit zu und vertritt damit die verbreitete Ansicht einer vergleichbaren Wirksamkeit von IPT und KVT. Einigkeit besteht demgegenüber hinsichtlich der Effekte der DBT, die beide Autoren für ermutigend bzw. „hinreichend gut“ befanden.

Die Wirksamkeit der Pharmakotherapie im Rahmen der BN-Behandlung ist ähnlich schwach wie die bei AN. Nach Abschluss der Behandlung waren 16 Prozent der Patientinnen symptomfrei bzgl. Essanfälle und Erbrechen. Im Gegensatz zur AN liegt jedoch eine Behandlungsempfehlung für das SSRI Fluoxetin in Kombination mit PT vor, obwohl auch dessen Wirksamkeit auf die Kernsymptomatik der BN relativ schwach ist. Dies zeigt sich insbesondere hinsichtlich des Erbrechens, da die KVT den SSRI hier signifikant überlegen ist. Im Falle einer medikamentösen Behandlung sind in erster Linie SSRIs indiziert. Insgesamt ist die Therapie mit Psychopharmaka der PT nach wie vor unterlegen. Untersuchungen zu Kombinationsbehandlungen aus PT und Pharmakotherapie mit Antidepressiva zeigten ebenfalls nur eine mäßige Wirksamkeit. (Jacobi et al., 2011, S. 171, 173, 177).

Therapieforschung bei Binge-Eating-Störung

Wie im Hinblick auf BN liegen auch für die BED vorwiegend verhaltenstherapeutische oder pharmakologische Studien vor. (Jacobi et al., [3]2008, S. 37). Die Ergebnisse zeigen eine Reduktion der Essanfallshäufigkeit sowie der Tage mit Essanfällen im Rahmen der KVT. Daher gilt diese in der Behandlung der BES ebenfalls als überlegen und folglich als Methode der Wahl. Darüber hinaus liegen Hinweise auf die Wirksamkeit der IPT sowie verschiedener Gruppen(psycho)therapien vor, die jedoch noch weiterer Forschung bedürfen (Vocks et al., 2011, S. 211). Im Unterschied zu AN und BN kommt der Gewichtsreduktion in der BES-Therapie eine bedeutende Rolle zu. Hierfür eignen sich die Verfahren aus der Adipositasbehandlung, die bereits in unterschiedlichen Studien bei BES-Patientinnen untersucht wurden (Jacobi et al., [3]2008, S. 42). Allerdings ließen sich hierbei keine unterschiedlichen Effekte zwischen der Adipositasbehandlung und der gängigen BES Behandlung nachweisen (de Zwaan, 2002).

In Deutschland ist, ebenso wie in der Therapie der AN, kein Medikament für die Behandlung der BES zugelassen. Verschiedene Studien weisen bei 48,7 Prozent der Patientinnen mit Psychopharmakotherapie eine vollständige Remission der BES-Symptomatik nach. Dieses Ergebnis stellt einen signifikanten Unterschied zur Placebogruppe dar. Im Rahmen der Therapie erwiesen sich insbesondere SSRIs und SNRIs als wirksam.

Aufgrund fehlender Informationen über mögliche Langzeiteffekte von Psychopharmaka kann eine langfristige Verordnung nicht empfohlen werden. Untersuchungen zu Kombinationsbehandlungen aus Pharmakotherapie und KVT zeigen keine zusätzlichen Effekte auf die ES-Symptomatik (Vocks et al. 2011, S. 211-216).

Dass PT positive Wirkungen hat, kann somit in zahlreichen Studien belegt werden. Doch wie ist es um die Frage der Wirkungsweise bestellt? Diese ist bislang weitgehend offengeblieben, da es derzeit an einer systematischen Modellierung und Erfassung der Wechselwirkungen zwischen potenziellen Wirkfaktoren (z. B. die therapeutische Beziehung) und deren Wirkungsweise fehlt (Feistner, 2018, S. 205).

3. Einfluss von Peer-Beziehungen auf die Entwicklung von Essstörungen

Wie bereits in Kapitel 2.2.3 erwähnt, wird ein bio-psycho-sozialen Bedingungsmodell angenommen, dessen einzelne Faktoren die Entwicklung einer ES begünstigen (Wunderer, 2015, S. 85). Peer-Beziehungen sind dabei den sozialen Einflussfaktoren zuzurechnen und sollen daher im Folgenden aufgrund des inhaltlichen Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit auf Peer-Arbeit näher betrachtet werden. Deren Bedeutsamkeit zeigt sich darüber hinaus auch in der hohen Prävalenz von ES in der westlichen Welt. In anderen Kulturkreisen mit einem geringeren Einfluss der Globalisierung ist das westliche Schlankheitsideal noch nicht derart verbreitet, obwohl auch hier bereits erste Tendenzen hin zu einem schlankeren Körperbild erkennbar sind (Legenbauer und Vocks, ^{2}2014, S. 26).

ES gehen einerseits nachweislich mit erheblichen psycho-sozialen Einschränkungen und Belastungen für die Betroffenen einher, die sich negativ auf deren soziale Beziehungen auswirken (Wunderer, 2015, S. 85). Andererseits können Peers, die dem sozialen Umfeld der Erkrankten angehören, zur Entwicklung von Körperunzufriedenheit und Sorgen rund um Essen und Gewicht beitragen, wenn sie bspw. restriktives Essverhalten vorleben, Druck bzgl. Aussehen und Gewicht ausüben und/oder abweichende Körperformen als Zielscheibe für Hohn und Spott nutzen (Field und Kitos, 2010; Keel et al., 2013). Quiles Marcos et al. (2013) berichten außerdem, dass das Diätverhalten von Peers einen stärkeren Einfluss auf Mädchen auszuüben scheint, als auf Jungen und auch bulimische Verhaltensweisen von Peers übernommen werden. Demzufolge liegt Crandalls Schlussfolgerung, hierbei von einer „social contagion“ also einer „sozialen Ansteckung“ zu sprechen, nahe (Quiles Marcos et al., 2013, S. 205). Allerdings ist der Einfluss des Freundeskreises bislang noch nicht ausreichend erforscht. Man geht daher aktuell davon aus, dass Persönlichkeitsmerkmale die Auswahl der Peers beeinflussen und die daraus entstehende Ähnlichkeit innerhalb der Peer-Gruppe die Entwicklung einer ES begünstigen kann (Keel und Forney, 2013).

Ein weiterer sozialer Risikofaktor, der zu einer BN oder BES führen kann, liegt in einem geringen Selbstwert aufgrund mangelnder förderlicher sozialer Umweltfaktoren in der Familie und der Peer-Gruppe. Die Betroffenen versuchen, diesen über das Einhalten strikter Diäten sowie dem Streben nach einer dem Schönheitsideal entsprechenden Figur zu kompensieren (Jacobi et al., 2011, S. 165). Damit einher gehen eine erhöhte Ängstlichkeit vor negativer Bewertung durch andere in sozialen Situationen (Obeid et al., 2013) sowie ein Gefühl der Unterlegenheit und angepasstes Verhalten anderen gegenüber, um sie nicht zu enttäuschen und ihren Ansprüchen zu genügen (Troop et al., 2014). AN wird deshalb auch als „disease to please" (Jane Fonda nach Noordenbos, 2013, S. 9) bezeichnet, da Betroffene ihre eigenen Bedürfnisse für sich behalten und hinten anstellen, während die der anderen einfühlsam erspürt und zu erfüllen versucht werden. Für die AN liegen bislang jedoch noch keine ausreichenden Nachweise vor, dass ein niedriges Selbstwertgefühl und ein negatives Selbstkonzept zur Ausbildung einer ES führen können (Zeeck et al., 2011, S. 53).

Soziale Vergleiche und ein daraus resultierender Druck unter Peers stellen einen zusätzlichen sozialen Einflussfaktor dar. Die Pubertät geht mit Entwicklungen einher, die einerseits zu einer sichtbaren Veränderung des Körpers führt und in der andererseits eine „Internalisierung kultureller Ideale bezüglich der körperlichen Attraktivität" gelernt wird. Sie gilt aus diesem Grund auch als kritische Phase in der Entwicklung. Jugendliche neigen in dieser Zeit zu häufigen Vergleichen mit Gleichaltrigen, die aus ihrer eigenen, subjektiven Sichtweise nachteilig für sie selbst ausfallen. In der Folge können diese Vergleiche zu einer erhöhten Körperunzufriedenheit führen und ein Risiko für die Entwicklung einer ES-Symptomatik darstellen (Brunner und Resch, [2]2015, S. 11). Speziell für Mädchen, die bereits unzufrieden mit ihrem Körper sind, ist der Einfluss von Peers zentral (Rayner, et al., 2013). Zudem sind Gewicht, Essverhalten und Diäten wichtige Gesprächsthemen in Mädchengruppen, die im Ergebnis zu einer Anpassung an deren Ideale und Normen führt (Hill, 2007, S. 40, 41). Doch auch Jungen vergleichen sich mit gleichgeschlechtlichen Altersgenossen und streben nach deren attraktivem Aussehen. Im Gegensatz zu Mädchen möchten sie diese jedoch nicht übertreffen (Brunner und Resch, [2]2015, S. 11). Besonders hervorzuheben ist, dass übergewichtige Kinder bereits in der Grundschule oft gehänselt sowie als faul, dumm, gemein und hässlich bezeichnet werden (Hill, 2007, S. 40, 41).

Die steigende Popularität des Internets führte dazu, dass dieses immer häufiger für den Austausch unter Betroffenen genutzt wird. Dieser ist jedoch nicht nur von konstruktiven Ratschlägen geprägt, sondern führt auch zu einer gegenseitigen Bestärkung in den gestörten Verhaltensweisen (Wunderer, 2015, S. 95). So diskutierten Nutzerinnen rege

über die sogenannte „Thigh Gap‘, die Lücke, die zwischen den Oberschenkeln bleibt, wenn man aufrecht steht“ (ebd., S. 96). Bereits seit einigen Jahren existieren Pro-ANA- (Magersucht) bzw. Pro-MIA-Foren (Bulimie) im Internet, die ES verherrlichen und verharmlosen (ebd., 2007). Betroffene finden dort sowohl Tipps zum Abnehmen, Erbrechen und Verheimlichen ihrer Symptome wie auch Fotos ausgemergelter magersüchtiger Menschen, die ihnen als Inspiration zum Dünn sein dienen sollen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, [4]2011). Userinnen schätzen die erfahrene soziale Unterstützung und die gegenseitige Selbstoffenbarung innerhalb der Gemeinschaft und fühlen sich zudem in ihrem Selbstwert bestärkt (Tong et al., 2013).

Die bisherigen Ausführungen belegen nach Ansicht der Autorin eindrucksvoll die Rolle, die Peers bei der Entwicklung einer ES-Symptomatik einnehmen können sowie deren umfassenden Einfluss auf Gleichaltrige. Dabei nehmen Peers, die selbst betroffen sind, eine noch gewichtigere Rolle ein als gesunde Freunde, da sie die mit der ES einhergehenden Gedanken und Gefühle teilen. Diese Verbundenheit kann sich, wie die Pro-ANA und Pro-MIA Bewegungen zeigen, negativ auswirken. Sie kann sich jedoch auch in einer positiven, verstehenden sowie unterstützenden Haltung ausdrücken. Renate Feistner, eine erfahrene ES-Therapeutin, hat auf ihrer Internetseite www.maedchen-an-alle.de Beiträge geheilter Patientinnen zusammengestellt, in denen u. a. die Frage gestellt wird, was Betroffenen bei ihrer Genesung geholfen hat (2018, S. 251). Eine immer wieder genannte Antwort ist die Unterstützung durch andere Betroffene. Dennoch konnte die Autorin durch eine Systematisierung der angewandten Therapieverfahren (Tab. 2) aufzeigen, dass nach wie vor ein blinder Fleck im Bereich der Einbeziehung von Peer-Beziehungen über die reine Feststellung eines krankheitsbeitragenden Einflusses hinaus besteht. Dieser Mangel spiegelt sich auch in der geringen Anzahl von Forschungsarbeiten über die Sicht von Patientinnen in Bezug auf den Heilungsprozess wieder (Feistner, 2018, S. 251). Tabelle 2 verdeutlicht daher die meist untergeordnete Bedeutung von Peers im Rahmen der Behandlung noch einmal eindrucksvoll. Lediglich in der SH findet ein Austausch zwischen Betroffenen statt. Es stellt sich daher unweigerlich die Frage, weshalb der Patientensicht bei ES bisher so wenig Beachtung in Forschung und Behandlung geschenkt wurde und ob über eine entsprechende Beteiligung von Peers die Wirksamkeit bisheriger Verfahren gesteigert werden kann? In Kapitel 4 sollen hierzu zwei praktizierte Konzepte zur Integration Betroffener in die Arbeit von Fachkräften aus dem psychiatrischen sowie dem Suchtbereich vorgestellt werden.

4. Ansätze der Peer-Arbeit und ihre praktische Umsetzung

Im Folgenden soll zunächst der Begriff der Peer-Arbeit, dem eine zentrale Bedeutung in der vorliegenden Arbeit zukommt, definiert werden, um anschließend dessen

Entwicklung aus den drei grundlegenden Ansätzen Trialog, Empowerment- und Recovery-Bewegung aufzuzeigen. Ferner sollen mögliche positive wie negative Effekte der Peer-Arbeit auf Betroffene, Peers sowie Einrichtungen, die Peers beschäftigen anhand von empirischen Daten dargestellt werden. Abschließend erfolgt eine ausführliche Vorstellung der Peer-Konzepte Experienced Involvement (EX-IN) sowie des Soziotherapeutischen Assistenten (STA), die bereits in der Praxis Anwendung finden.

4.1. Definition der Peer-Arbeit

Die Unterstützung Betroffener durch Betroffene bzw. Experten durch Erfahrung (EX-IN) wird in der Fachsprache auch als Peer-Arbeit oder Peer-Support bezeichnet. Van Haaster und Koster (2005) definieren einen Experten durch Erfahrung wie folgt:

„Ein ‚Experte durch Erfahrung' in der Gesundheitsversorgung ist jemand, der aktive Erfahrungen mit Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen gemacht hat und der spezifische Kompetenzen erworben hat, mit dieser Krankheit, Behinderung und/oder psychischen Problemen zu leben und mit dem soziokulturellen und institutionellen Kontext, in dem die Krankheit, Behinderung und/oder die psychischen Probleme bedeutsam sind, umzugehen" (ebd., zit. nach Utschakowski, 2011, S. 8).

Peer-Arbeit selbst beschreibt Mead (2003, S. 1) auf diese Weise:

„Peer-Support ist ein Ansatz des Unterstützunggebens und -empfangens, der auf den Kernprinzipien von Respekt, geteilter Verantwortung und gegenseitiger Verständigung darüber, was hilfreich ist, geprägt ist. Peer-Support basiert nicht auf psychiatrischen Denkmodellen und diagnostischen Kriterien. Es geht darum, die Situation des anderen durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund des emotionalen und psychologischen Schmerzes empathisch zu verstehen."

4.2. Grundlagen der Peer-Arbeit

Die Bedeutsamkeit, Menschen in Krisensituationen sowohl durch professionell ausgebildete Fachkräfte als auch durch Betroffene mit ähnlichen Krisenerfahrungen zu unterstützen, basiert auf der Annahme, dass bestimmte Arten des Umgangs mit diesen Menschen besonders gut geeignet sind, sie aus einer Krise heraus zu begleiten. Zwar findet diese Form der Unterstützung zunehmend Eingang in die Fachpraxis, allerdings wird das in ihr liegende Potenzial noch nicht ausreichend angewendet. Das Expertenwissen von Betroffenen aus der Erfahrung und Bewältigung eigener Krisen kann anderen Betroffenen dabei helfen, ihre Erfahrungen in einen Zusammenhang zu stellen, ihnen eine Bedeutung zu verleihen und einen gegebenenfalls verloren gegangenen Lebenssinn neu zu entdecken (Utschakowski, 2009, S. 14-21).

Für die Entwicklung dessen, was heute unter dem Begriff des „Experienced Involvement“ oder „EX-IN“ bekannt ist, kommt der Idee des Trialogs sowie der Empowerment- und Recovery-Bewegung eine zentrale Bedeutung zu (Bock, 2009, S. 22; Knuf, 2009, S. 33). Daher sollen diese Begriffe im Folgenden näher erläutert werden.

4.2.1. Trialog

Unter einem Trialog wird die gleichberechtigte, auf Augenhöhe stattfindende Begegnung von Erfahrenen (Betroffenen), Angehörigen von Betroffenen und professionell medizinisch-therapeutischen Fachpersonen des psychiatrischen Systems in unterschiedlichsten Kontexten verstanden. Der Beginn des Trialogs in seiner heutigen Form stellt das 1989 erstmals stattgefundene Psychoseminar in der Form eines trialogischen Forums dar und kann daher gewissermaßen als ein erstes Experienced Involvement betrachtet werden. Die Idee des Trialogs geht mit dem Wunsch einher im gemein-samen Austausch von der Perspektive der anderen zu lernen. Dabei wird jeder als Experte für die eigene Erfahrung und die eigene Rolle betrachtet. Darüber hinaus stellen die drei beteiligten Gruppen ein „wechselseitiges Korrektiv“ dar und tragen zur „Entmachtung der Symptomatik“ sowie der „gesellschaftliche[n] Verankerung“ bei (Bock, 2016, S. 25, 26). Der Trialog sieht in psychischen Erkrankungen nicht nur Leid und Verzweiflung, sondern auch die Entwicklung einer besonderen Sensibilität und Erkenntnis.

Experienced Involvement stellt somit eine weiterentwickelte Form des Trialogs dar, der die bisherigen Entwicklungen verstärken und ihre neue Qualität verleihen soll. Experten aus eigener Erfahrung sollen daher (ebd., S. 30):

- um die Besonderheit der eigenen Erfahrung wissen und sie aus allen drei Perspektiven reflektieren und ebenso in alle drei Richtungen kommunizieren können;
- in der Lehre und bei Hilfeangeboten die Perspektive der Angehörigen bedenken und reflektieren können und sich dabei der Vielfalt unterschiedlichster Angehöriger bewusst sein – also inklusive der Perspektive von Partnern, Geschwistern und Kindern psychisch erkrankter Menschen;
- um die Subjektivität der Professionellen wissen.

4.2.2. Empowerment

Der Begriff Empowerment steht in seiner wörtlichen Übersetzung für Selbstbefähigung, Selbstbemächtigung oder Stärkung von Eigenmacht und Autonomie. Etablierte Arbeitsansätze der psychosozialen Praxis, die sich auf den Empowerment-Gedanken beziehen, zielen auf folgende Aspekte ab: Einerseits möchten sie Betroffene zur (Wieder-)Entdeckung eigener Fähigkeiten und Ressourcen ermutigen. Andererseits sollen Betroffene in

ihrem Streben nach Selbstbestimmung und Autonomie über das eigene Leben unterstützt werden. Empowerment steht somit für „das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens“. Im Rahmen der Peer-Arbeit geht es dabei insbesondere um die „Selbstbemächtigung problembetroffener Personen“ in Form von Selbsthilfe sowie aktiver Selbstorganisation durch die Betroffenen selbst (Definition Empowerment).

Der Weg des Gesundungsprozesses psychiatrieerfahrener Menschen ist durch verschiedene Schritte gekennzeichnet, die nachfolgend kurz erläutert werden sollen (Ralph u.a. zit. nach Knuf, 2006, S.13):

1. ***Verzweiflung (anguish):*** Zuerst ist der betroffene Mensch nur in seinem Leiden gefangen. Er ist verzweifelt, fühlt sich hoffnungslos, leidet unter negativen Gedanken, ist oft sozial isoliert und erlebt sein Leben nicht als sinnvoll.
2. ***Erwachen (awaking):*** Irgendwann kann der betroffene Mensch eine Ahnung davon bekommen, dass es auch anders sein könnte. Das Leiden wird bewusster als solches wahrgenommen und es taucht ein Zweifel auf, ob es ewig so bleiben muss.
3. ***Erkenntnis, dass Gesundung möglich ist (insight):*** Aus der vagen Vorstellung wird eine konkrete, sichere Überzeugung und es werden erste kleine Veränderungsschritte unternommen. Der Betroffene nimmt wieder mehr Kontakt mit Menschen der Umgebung auf und seine Gedanken werden positiver und von Hoffnung geprägt.
4. ***Umsetzung (action plan):*** Die Person wird zunehmend aktiver, sucht verstärkt nach positiven sozialen Kontakten und erprobt, wie sie Einfluss auf ihre psychischen Schwierigkeiten nehmen kann.
5. ***Entschiedenes Engagement für die eigene Gesundung (Determined commitment to become well):*** Die Zuversicht festigt sich. Der Betroffene ist der Überzeugung, dass Gesundung für ihn nicht nur möglich ist, sondern sicher geschehen wird. Sein Leben ist von Hoffnung geprägt, positive Kontakte zu Menschen der Umgebung sind stabil geworden, und das Selbstwertgefühl ist deutlich gestiegen.
6. ***Wohlbefinden und Empowerment (well-being / Empowerment):*** Der Betroffene hat ein sehr positives Selbstgefühl. Er kann seine weiterhin bestehenden Krisen akzeptieren, fühlt sich ihnen gegenüber aber nicht mehr ausgeliefert. Er erlebt sein Leben als sinnhaft und wählt Freunde nach seinen Interessen aus.

Aus den genannten Schritten wird deutlich, dass Empowerment eng mit ressourcenorientiertem Arbeiten sowie dem salutogenetischen Ansatz von Antonovsky verknüpft ist.

4.2.3. Recovery

Neben dem Trialog und der Empowerment-Bewegung nimmt auch die Recovery-Bewegung eine zentrale Rolle in der Entwicklung der Peer-Arbeit ein. Obgleich es bislang an einer adäquaten deutschen Übersetzung mangelt, könnte Recovery mit „Genesung“ oder „Wiedererlangung von Gesundheit“ übersetzt werden (Knuf, 2009, S. 33). Der Begriff steht dabei für die Überzeugung, dass Genesung auch von schwerer psychischer Erkrankung möglich ist. Nach Anthony (1993, S. 13) ist Recovery

„*a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness".*

Im Fokus steht somit die Genesung, die sich jedoch nicht als ein Leben ohne psychische Probleme und Krankheiten auszeichnet. Ziel ist vielmehr, einen konstruktiven Umgang mit der Erkrankung zu entwickeln, deren nachteiligen Einfluss auf das eigene Leben zu überwinden und trotz bestehender Probleme, ein zufriedenes Leben zu führen. Recovery kann daher als ein „Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung“ verstanden werden (Knuf, 2009, S. 34). Im Folgenden sollen die zentralen Recovery-Grundsätze kurz genannt werden:

- Gesundung ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich!
- Ohne Hoffnung geht es nicht!
- Jeder Gesundungsweg ist anders!
- Gesundung ist kein linearer Prozess!
- Gesundung geschieht, auch wenn Symptome fortbestehen oder Krisen auftreten!
- Krankheit und Gesundung verändern den Menschen!
- Gesundung ist mit, ohne oder trotz professioneller Hilfe möglich!

Es wird aus dieser Aufzählung deutlich, dass Hoffnung die einzig notwendige Bedingung ist, deren Bedeutsamkeit sich nicht nur aus den Recovery-Grundsätzen ableiten lässt, sondern auch im Rahmen von Forschungsarbeiten aufgezeigt werden konnte. Bedauerlicherweise erfahren Betroffene jedoch häufig das genaue Gegenteil von Seiten der Therapeuten, nämlich Pessimismus im Hinblick auf die Genesung, Stigmatisierung, der Blick auf Defizite und Pathologisierung. Eine solche Haltung kann sich negativ auf die Ausbildung bzw. Aufrechterhaltung von Hoffnung auswirken (Knuf, 2009, S. 36-41). So wird Patientinnen und ihren Eltern nicht selten unterstellt, „selbst bzw. als Familie schuld an der Erkrankung zu sein“ (Hagenah, 2011, S. 18). Infolgedessen ist es aus Sicht der Autorin unbedingt notwendig, Bedingungen zu schaffen, die die Hoffnung nicht

untergraben. Bevor zwei Konzepte der Peer-Arbeit im Detail vorgestellt werden, sollen zunächst positive wie negative Effekte solcher Ansätze aufgezeigt werden.

4.3. Effekte der Peer-Arbeit

Im Hinblick auf die Effekte von Peer-Arbeit lassen sich grundsätzlich folgende drei Teilbereiche voneinander unterscheiden:

- Effekte auf Einrichtungen, in denen Peers tätig sind,
- Effekte auf die Peers selbst sowie
- Effekte auf die Betroffenen.

Zentrales Kriterium für das Anbieten von Peer-Arbeit als eine Leistung von Einrichtungen, die eine Form des Unterstützunggebens und -empfangens darstellt (Mead, 2003, S. 1) sollten die Effekte sein, die diese Arbeit auf die Betroffenen selbst hat. Überwiegen dabei die positiven Aspekte sollte eine dauerhafte Beschäftigung von Peers angestrebt werden. Mahlke et al. (2015) haben eine Zusammenstellung zahlreicher Arbeiten, die sich mit den Effekten der Peer-Arbeit befassen, erstellt. Aus dieser Aufstellung geht eindrucksvoll hervor, dass sich die Peer-Arbeit uneingeschränkt positiv auf die Betroffenen auswirkt und keinerlei negative Effekte festgestellt werden konnten. Viel mehr zeigt sich eine lange Liste positiver Effekte:

Bei den Betroffenen kann eine reduzierte Hospitalisierung sowie eine geringe ausgeprägte Psychopathologie bzw. Symptomreduktion nachgewiesen werden. Weiterhin zeigen sie eine höhere Behandlungszufriedenheit, es kommt zu weniger Notaufnahmen bzw. späteren Aufnahmen sowie einer Reduktion der erlebten Zwangsmaßnahmen. Darüber hinaus erfahren sie innerhalb der psychiatrischen Versorgung weniger Stigmatisierung. Eine Verstärkung der Effekte hinsichtlich des sozialen Funktionsniveaus kann ebenfalls beobachtet werden. So weisen die Betroffenen ein besseres Selbstmanagement, ein größeres soziales Netzwerk, mehr Empowerment, eine stärkere Hoffnung auf Recovery sowie ein höheres Selbstbewusstsein bzw. eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung auf. Das Alltagsleben derjenigen Personen, die Peer-Arbeit in Anspruch nehmen, zeichnet sich durch mehr Selbstbestimmung, vermehrtes Eingehen und Erfüllen eigener Bedürfnisse und eine insgesamt höhere Lebensqualität aus.

Die Zusammenstellung zahlreicher Publikationen zur Peer-Arbeit seit 2010 von Mahlke et al. (2015) soll nachfolgend aufgrund ihrer Anschaulichkeit und Bedeutsamkeit für die vorliegende Arbeit noch einmal abgebildet werden:

Tabelle 4: Übersichtsarbeiten zu Peer-Arbeit seit 2010

Publikation	Methode	Zeitraum/Studien	Ergebnisse summarisch; Evidenzlevel; Empfehlung
Repper & Carter 2011	inklusive Literatur-Review	1995 bis 2010 20 Studien: qualitative und quantitative Methoden	*positive Effekte für Betroffene:* reduzierte Hospitalisierung, größere Hoffnung, Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, geringere Psychopathologie, Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk *Effekte für Peers:* Recovery, Selbstbewusstsein, soziale Netzwerke, mehr Arbeitsmöglichkeiten, Stigmatisierung/ Diskriminierung durch andere Mitarbeiter, keine negativen Effekte für Betroffene *Empfehlung:* Ausbau von Peer-Arbeit
Doughty & Tse 2011	inklusive Literatur-Review NHMRC-System	1980 bis 2008 27 Studien: 17 RCT, drei quasirandomisierte und sieben Vergleichsstudien	*positive Effekte für Betroffene:* höhere Behandlungszufriedenheit, höhere Recovery, Empowerment, Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, soziale Inklusion, größeres soziales Netzwerk *partizipative Forschung:* Peers als Rater oder Interviewer erhielten häufiger auch negative und kritische Antworten keine negativen Effekte *Empfehlung:* Ausbau von Peer-Arbeit
Walker & Bryant 2013	Literatur- Review mit Metasynthese; STARLIGHT-Format	1990 bis 2010 20 qualitative Studien (z. B. Interviews Fokusgruppen)	*positive Effekte für Betroffene:* Rollenvorbilder, stärkere Hoffnung, Motivation, größeres soziales Netzwerk, bessere, schnellere vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu Peers; *Effekte für Peers*: höhere Zufriedenheit, Recovery, Selbstbewusstsein, Wohlbefinden, soziale Netzwerke; niedrige Bezahlung und Stigmatisierung/Diskriminierung *Effekte für andere Mitarbeiter*: mehr Empathie und Recovery-Orientierung, Konkurrenzängste, keine negativen Effekte für Betroffene *Empfehlung*: Peer-Arbeit mit klarer Rolle, Training und Supervision
Pitt et al. 2013	systematisches Review mit Metaanalyse: Cochrane Collaboration; CONSORT	1979 bis 2011 11 RCT (n = 2 796)	*positive, signifikante Effekte für Betroffene:* weniger Notaufnahmen; mehr gedeckte Bedürfnisse, keine negativen Effekte für Betroffene; niedrig-moderate Evidenz *Empfehlung:* gründliche Vorbereitung bei Implementierung von Peer-Arbeit
Mahlke et al. 2014	Narratives Review der aktuellen Literatur	2012 bis 2013	*Empfehlung*: Peer-Arbeit mit klarer Peer-spezifischer Rolle, Ausbildung und Vorbereitung in Institutionen. Da keine negativen Effekte unbedingt empfohlen zur stärkeren Recovery-Orientierung, Zwangsreduktion und entgegen Stigmatisierung der psychiatrischen Versorgung keine negativen Effekte für Betroffene
Lloyd Evans et al. 2014	Systematisches Review mit	Beginn bis 2013 18 RCT (n = 5 597)	*positive, signifikante Effekte:* weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion,

	Metaanalyse, Evidenzlevel nach GRADE		Lebensqualität, größere Hoffnung, Empowerment und Recovery, keine negativen Effekte für Betroffene; niedrige Evidenz; *Empfehlung:* nicht ausreichend für Empfehlung
Chinman et al. 2014	Literatur-Review, drei Evidenzlevel nach AEB	1995 bis 2012 elf RCT, sechs quasiexperimentelle; drei Korrelationsstudien	*positive, inkonsistente Effekte:* höhere Adhärenz, weniger stationäre Tage/Notaufnahmen und spätere Aufnahme, Symptomreduktion, stärkere Aktivierung, höheres soziales Funktionsniveau, größere Hoffnung, Selbstbestimmung und Recovery, keine negativen Effekte für Betroffene; moderate Evidenz; *Empfehlung*: Peer-Arbeit und Kostendeckung

Für die eingangs erwähnten drei Teilbereiche der Peer-Arbeit soll im Folgenden ein Überblick (Tab.5) der positiven und negativen Effekte auf die entsprechenden Bereiche gegeben werden (Mahlke et al., 2015):

Tabelle 5: Positive und negative Effekte der Peer-Arbeit auf Nutzer, Peers und Kollegen

	Negative Effekte	**Positive Effekte**
Für Nutzer	Keine	• reduzierte Hospitalisierung • größere Hoffnung • Recovery • Empowerment • Selbstbewusstsein • geringere Psychopathologie • Selbstwirksamkeit • Selbstmanagement • soziale Inklusion • größeres soziales Netzwerk • höhere Behandlungszufriedenheit • weniger Notaufnahmen und spätere Aufnahme • mehr gedeckte Bedürfnisse • Reduktion von Zwangsmaßnahmen • weniger Stigmatisierung in der psychiatrischen Versorgung • weniger stationäre Tage • Symptomreduktion • Lebensqualität • höhere Adhärenz • stärkere Aktivierung • höheres soziales Funktionsniveau • größere Selbstbestimmung
Für Peers	• Stigmatisierung / Diskriminierung durch andere Mitarbeiter • niedrige Bezahlung	• Recovery • Selbstbewusstsein • soziale Netzwerke • mehr Arbeitsmöglichkeiten • höhere Zufriedenheit • Wohlbefinden
Für Kollegen der Peers	• Konkurrenzängste	• Mehr Empathie • mehr Recovery-Orientierung

Nachdem in den bisherigen Ausführungen der Begriff der Peer-Arbeit näher erläutert worden ist sowie dessen grundsätzliche Wirksamkeit aufgezeigt werden konnte, stehen in den folgenden beiden Kapiteln zwei Peer-Konzepte aus der Praxis im Mittelpunkt. Deren umfassende Darstellung erfolgt insbesondere im Hinblick auf die zentrale Frage, ob die zugrundeliegende Haltung und das inhaltliche Verständnis geeignet sind, um auch in der Behandlung von ES angewendet zu werden. Es handelt sich hierbei einerseits um ein europaweit praktiziertes Konzept, innerhalb dessen Psychiatrie-Erfahrene eine Ausbildung zum Genesungsbegleiter im Rahmen eines EX-IN-Kurses durchlaufen und andererseits um ein örtlich gebundenes Konzept der Laufer Mühle, das seine Bewohner, die alkohol- und drogenabhängig gewesen sind, zu Soziotherapeutischen Assistenten (STA) qualifiziert.

Zum besseren Verständnis der Begriffe Genesungsbegleiter und Soziotherapeutischer Assistent soll darauf hingewiesen werden, dass es sich hierbei ebenfalls um Peers handelt. Allerdings zeichnen sie sich zusätzlich durch den Abschluss einer entsprechenden Ausbildung aus.

4.4. Ausbildung zum Genesungsbegleiter im Rahmen des EX-IN Kurses

In einer länderübergreifenden Zusammenarbeit verschiedener EU-Staaten wurde das Konzept zur Ausbildung Psychiatrie-Erfahrener im Rahmen des europäischen Leonardo da Vinci Pilotprojekts EX-IN 2005-2007 entwickelt. Die Bezeichnung EX-IN leitet sich aus dem Englischen Experienced Involvement ab und steht für ein Programm zur Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen. Im Verlauf dieser Maßnahme werden Menschen mit Psychiatrieerfahrung zu Ausbildern und Genesungsbegleitern qualifiziert, um anschließend gemeinsam mit psychiatrischen Fachkräften, Forschern und Lehrkräften tätig zu werden (EX-IN Bayern).

Das Konzept vertritt die zugrundeliegende Auffassung, dass „Menschen, die psychische Krisen durchlebt haben, diese Erfahrungen nutzen können, um andere in ähnlichen Situationen zu verstehen und zu unterstützen. […] [Diese Menschen] verfügen über ein umfangreiches Wissen über unterstützende Haltungen, Methoden und Strukturen, dem im traditionellen Versorgungssystem kaum Beachtung geschenkt wird.“ Bedauerlich ist dieser Umstand insbesondere deshalb, da die positiven Auswirkungen der Partizipation (ehemaliger) Betroffener, bspw. mehr Empowerment und Verantwortungsübernahme, vielfältig und wissenschaftlich belegt sind. Darüber hinaus fehlt den Betreffenden ein anerkannter Status als Basis für eine angemessene Anstellung. Dennoch existieren zahlreiche internationale, nationale und regionale Bestrebungen, die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen zu forcieren. So wurde bspw. in Deutschland „die formale

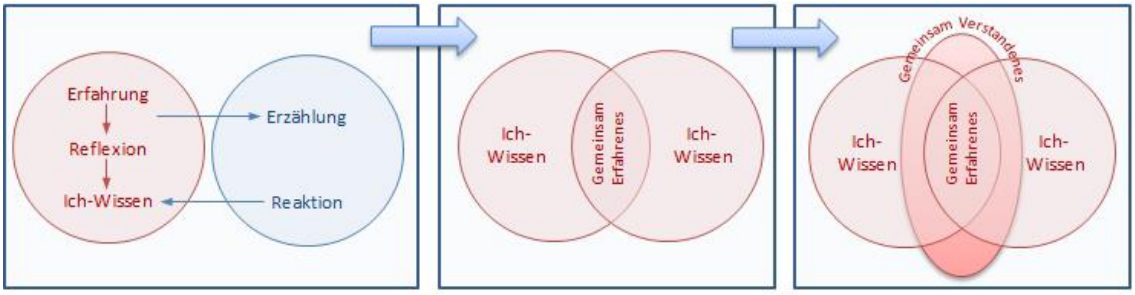
Beteiligung der Patienten im Gesundheitssystems durch das ‚Gesundheitsmodernisierungsgesetz' im Januar 2004 festgelegt". (Utschakowski, 2011, S. 5-8).

4.4.1. Hintergrund von EX-IN

Seelische Gesundheit hat Einfluss auf das Wohlbefinden und ist daher Teil des täglichen Lebens. Sie ist das Ergebnis der Harmonie vieler Faktoren und die Basis einer gesunden Entwicklung wie auch eines erfüllten Lebens. Psychische und körperliche Erkrankungen sind der Ausdruck eines Missverhältnisses in der Balance von Anspannung und Entspannung, von Anforderungen und Freiräumen. Diese Balance trägt maßgeblich zu einer psychischen Gesundheit bei. Ein dauerhaftes Ungleichgewicht der Seele kann erhebliche Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben und sich bspw. in einer ES manifestieren. Häufig suchen Betroffene dann psychiatrische Hilfen auf, in der Hoffnung, dort kompetente Unterstützung zu erhalten. Demzufolge nimmt die seelische Gesundheit von Menschen, die psychiatrische Dienste nutzen, eine zentrale Rolle ein (Utschakowski, 2011, S. 8; seelische Gesundheit).

Psychiatrie-Erfahrene verfügen sowohl über einen spezifischen Erfahrungsschatz über sich selbst und andere, als auch hinsichtlich des Unterstützungspotenzial psychiatrischer Angebote, aus dem ein besonderes Expertentum entstehen kann. Hieraus lässt sich bereits der zentrale Anspruch der EX-IN Ausbildung ableiten: Das individuelle Erfahrungs- bzw. Ich-Wissen soll mithilfe des Kurses zum Wir-Wissen werden. Dies erfordert zunächst die Reflexion und Strukturierung eigener Erfahrungen zur Entwicklung eines erfahrungsbasierten Ich-Wissens. Im Austausch mit anderen Betroffenen, die meist auf ähnliche Erfahrungen zurückgreifen können, ergibt sich somit ein erster Teilbereich des Wir-Wissens. Darüber hinaus sind jedoch auch gemeinsam gemachte Erfahrungen während des Kurses zur Ausbildung eines umfangreichen Wir-Wissens erforderlich. Hierdurch bildet sich ein tieferes Verständnis für die Erfahrungen anderer, die selbst nicht gemacht wurden. Auf diese Weise entwickeln die Teilnehmenden ein umfassendes Wir-Wissen hilfreicher Haltungen, Methoden und Strukturen sowie ein Verständnis für Krisen auf individueller und kollektiver Ebene. Das heißt allerdings nicht, dass das erworbene Wissen allumfassend ist. Bestimmte Dinge sind selbst für Experten unschlüssig und weisen ihnen die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten auf (Utschakowski, 2011, S. 8; ebd., 2015, S. 38-41; siehe Abb. 3).

Abb. 3: Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen (Utschakowski, 2010, S. 30)



4.4.2. Teilnahmebedingungen

Die Teilnehmenden sollen im Rahmen des EX-IN Kurses zu Genesungsbegleitern qualifiziert werden und daher auch einige wichtige Einstiegsvoraussetzungen erfüllen (EX-IN Bayern):

- Menschen mit gelebter Psychiatrie- und Krisenerfahrung
- Erfahrungen aus der Teilnahme an trialogischen Veranstaltungen und/oder einer aktiven Mitwirkung in Selbsthilfe oder Selbsthilfeorganisationen
- gesundheitliche Stabilität, keine akute Krisensituation
- Unterstützung im sozialen Umfeld oder durch begleitende/beratende Dienste

Darüber hinaus soll in einem persönlichen Gespräch zwischen Ausbilder und dem Interessenten geklärt werden, ob diese den nachfolgende Auswahlkriterien entsprechen (Utschakowski, 2011, S.10):

- in der Lage sein, eigene Erfahrungen zu reflektieren
- Maß an Selbstbestimmung erreicht haben
- Fähigkeit, Erfahrungen zu teilen
- nicht in einer akuten Krise zu sein

4.4.3. Kursinhalte

Zentrale Elemente der Ausbildung sind die Reflektion eigener Erfahrungen sowie der Erwerb von Fähigkeiten und Wissen, um eine qualifizierte Arbeit aus der Erfahrungsperspektive zu ermöglichen (Utschakowski, 2011, S. 5). Die Qualifizierungsmaßnahme erstreckt sich über ein Jahr und umfasst insgesamt 250 Stunden. In dieser Zeit werden den Teilnehmenden die erforderlichen Kompetenzen und Fähigkeiten in 11 Modulen, die sich in Basis- und Aufbaumodule sowie einem Abschlussmodul gliedern, vermittelt. Darüber hinaus müssen neben zwei Praktika in einer Institution der psychiatrischen Versorgung, Forschung oder Lehre Praktikumsberichte verfasst sowie ein Portfolio über das eigene persönliche Profil erstellt werden (ex-in-by.de). Die Basis- und Aufbaumodule setzen dabei folgende inhaltliche Schwerpunkte:

Basismodule

1. Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden
2. Empowerment in Theorie und Praxis
3. Erfahrung und Teilhabe
4. Trialog
5. Perspektiven und Erfahrungen von Genesung (recovery)

Aufbaumodule

6. Unabhängige Fürsprecher in der Psychiatrie
7. Selbsterforschung
8. Assessment
9. Begleiten und Unterstützen
10. Krisenintervention
11. Lernen und Lehren

Eine ausführliche Darstellung der Dauer, der Beschreibung, der Ziele sowie der erreichten Kompetenzen in den einzelnen Modulen befindet sich im Anhang A 6. (Curriculum EX-IN).

4.5. Laufer Mühle – Soziotherapeutische Suchteinrichtung

In der Laufer Mühle (Regierungsbezirk Mittelfranken, Nordbayern), werden seit 1991 Menschen mit schwersten Abhängigkeitserkrankungen, sogenannte chronisch-mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte (CMA), im ambulanten und stationären Setting betreut. Seit den Anfängen der Einrichtung ist die Mitarbeit von ehemals Suchtabhängigen (Ex-Usern) im multiprofessionellen Team obligatorisch und somit auch ein Alleinstellungsmerkmal der Laufer Mühle. Im Rahmen der Soziotherapie werden die Betroffenen von Fachkräften und Ex-Usern auf ihrem Weg in ein suchtfreies Leben begleitet. Die Personengruppe der Ex-User zeichnet sich dabei insbesondere dadurch aus, dass sie suchtmittelfrei leben, sozial integriert sind und einen Beruf ausüben bzw. als Rentner ihren Lebensalltag aktiv und eigenverantwortlich gestalten. Somit ist das Ziel aller Interventionsmaßnahmen das Erreichen von Suchtfreiheit sowie eine soziale und berufliche Reintegration. Zur Erreichung der beruflichen Reintegration entwickelte die Laufer Mühle eine zunächst hausinterne Fortbildung zum soziotherapeutischen Assistenten (STA), die sie später in Kooperation mit der Industrie- und Handelskammer (IHK) zu einer externen Qualifikation (STA/IHK) ausbaute. Ex-User und STA sind demnach Experten in eigener Sache, die anderen Menschen dabei helfen, nicht zu erkranken (Prävention), Wege aus der Krankheit zu finden (Therapie), ein stabiles Umfeld und stabile Beziehungen aufzubauen, die einen Rückfall verhindern (Integration) sowie über

Ursachen und Erfolgsstrategien informieren (Beraten, Ausbilden). Diese Personengruppe verfügt somit über Querschnittskompetenzen, die sie sowohl zur Unterstützung der Fachkräfte als auch zur eigenverantwortlichen Übernahme von Fachaufgaben befähigen. Hierzu zählen bspw. die Anleitung von Suchtselbsthilfegruppen, Neigungsgruppen (Sport, Gesundheit, etc.), das Führen von Krisen- und Rückfallgesprächen sowie die Begleitung bei Urlaubs- und Freizeitfahrten, Gerichts-/Behördengängen und beim Einkauf. Auf diese Weise werden die ehemals Betroffenen in die Lage versetzt, sich eine berufliche Existenz aufzubauen und ihren Lebensunterhalt aus eigener Kraft zu bestreiten (Thiem, 2018/2018 a).

4.5.1. Ausbildung zum Soziotherapeutischen Assistenten

Die Bezeichnung STA umfasst Personen, die Ex-User sind und darüber hinaus eine suchttherapeutische Qualifikation im Rahmen des IHK Lehrgangs STA/IHK erfolgreich durchlaufen haben. Aufgrund dieser Qualifikation haben die Betroffenen ihre eigene Lebens- und Krankheitsgeschichte tiefgreifend reflektiert, im Austausch mit anderen Betroffenen Transferwissen[10] entwickelt bzw. zusätzliches Theoriewissen erworben sowie ihr Wissen an Nicht-Betroffene und aktuell Betroffene weitergegeben. Auf diese Weise gelingt eine Verknüpfung von persönlichen Erfahrungen aufgrund der Selbstbetroffenheit mit theoretisch fundiertem Fachwissen. Dieser Erfahrungsschatz ermöglicht es STA als Vorbilder für aktuell Betroffene zu fungieren, sie zu motivieren, sich in ihre Situation einfühlend hineinzuversetzen und auf dieser Basis eine vertrauensvolle Beziehung und Bindung zu ihnen aufzubauen. Darüber hinaus wirken sie unterstützend bei der Ziel- und Perspektivenplanung sowie der Krisen- und Rückfallbewältigung mit (Thiem, 2018). Ferner können die ehemals Betroffenen durch die Weitergabe ihres Wissens und ihrer Erfahrungen an Angehörige, Interessierte und Fachkräfte anderer Professionen (z. B. Lehrer, Pflegekräfte oder Beamte im Justizvollzug) einen wertvollen Beitrag zum besseren Verständnis der Erkrankung und ihrer Umstände leisten (Böhner, 2008, S. 50).

4.5.2. Zielsetzung der Maßnahme

Bereits in den Leitbildern der Laufer Mühle, „Hilfe zur Selbsthilfe“, „Aktiv gestalten statt passiv konsumieren“ sowie „Life Long Learning“, ist die Einbindung ehemals Suchtabhängiger verankert (ebd.). Diese eignen sich aufgrund ihrer Erfahrungen aus der Selbstbetroffenheit und der Bewältigung der Sucht als ideale Begleiter: Sie nehmen eine Vorbildfunktion ein („Der Ausstieg aus der Sucht ist möglich!“), regen zur Nachahmung an („Wenn er das geschafft hat, schaffe ich das auch!“) und vermitteln die für die Heilung notwendige Geduld und Selbstdisziplin („Gut Ding braucht Weile!“). Die Laufer Mühle

[10] Transferwissen meint hier Wissen, dass aus den Schilderungen anderer Betroffener entsteht und in die eigene Arbeit miteinfließt.

vertritt die Überzeugung, dass eine Suchtabhängigkeit grundsätzlich überwunden werden kann und stellt daher den Ansatz der „Hilfe zur Selbsthilfe“ in den Mittelpunkt ihrer Arbeit. Dieser setzt sowohl auf die Unterstützung durch Fachkräfte als auch die Bereitschaft und das aktive Zutun des Betroffenen selbst, den Weg aus der Suchterkrankung tatsächlich und insbesondere aus eigenem Antrieb gehen zu wollen. Mit der Begleitung durch Ex-User setzt die Laufer Mühle ferner, neben dem rein medizinisch-psychologischen Verständnis, auf die Bedeutsamkeit des Betroffenenwissens sowie der Erkenntnisse aus der Selbsthilfebewegung. Damit einher geht die Forderung bestehende Behandlungssettings dauerhaft um diese Experten zu ergänzen.

Die Laufer Mühle setzt aus folgenden Gründen auf die bereits jahrzehntelang praktizierte Form der Peer-Arbeit:

- Die Einbindung ehemals Betroffener in ein multiprofessionelles Team als zentraler Bestandteil eines ganzheitlichen suchttherapeutischen Angebots. Diese Menschen dienen als hoffnungsvolles Beispiel dafür, dass ein suchtfreies Leben möglich ist und können auf diese Weise motivierend wirken.
- Möglichkeit eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatzes zur beruflichen und sozialen Integration.
- Erfüllung des Wunsches der Bewohner, nach erfolgreicher Behandlung in der Suchttherapie zu arbeiten um ihr Wissen an andere Betroffene weiterzugeben.
- Überzeugung von der Wirksamkeit des Einsatzes von Ex-Usern in die Suchttherapie
- Wertschätzung der Ex-User als Diskussions- und Dialogpartner für Mitarbeiter ohne eigenem Erfahrungswissen.

Ehemals Betroffene geben nach Ansicht der Laufer Mühle wichtige Impulse für eine dialog- und genesungsorientierte therapeutische Kultur (Thiem, 2018).

4.5.3. Teilnahmevoraussetzungen

Um die Qualifikation zum STA im Rahmen des 16 Monate umfassenden IHK-Zertifikatlehrgangs erwerben zu können, muss der Bewerber bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Hierzu zählen als grundlegende Anforderungen:

- Ausbildungsinteressent ist Bewohner der Laufer Mühle
- Teilnahme an Therapie seit mindestens drei Monaten
- Suchtmittelfreies Leben

Darüber hinaus müssen folgende Bedingungen gegeben sein:

- schriftlicher Antrag mit Zielformulierung des Bewerbers

- Einverständnis der Ansprechpartner aus dem Team und der Arbeitstherapie
- gute Schreib- und Lesefähigkeit
- regelmäßiger Besuch des Unterrichts (insgesamt 98 Unterrichtseinheiten)
- regelmäßige, aktive Teilnahme an einer internen Suchtselbsthilfegruppe sowie an mindestens drei Präventionsveranstaltungen (in Schulen, Betrieben, Kirchen etc.) (insgesamt 170 Stunden)
- Vorbereitung und Vortrag eines Referates
- regelmäßige Abgabe der Hausaufgaben
- Verfassen einer Hausarbeit
- Übernahme von Patenschaften
- Mitwirkung bei Vorstellungsgesprächen externer Bewerber und Führung durch die Einrichtung

Erfüllen Bewerber die genannten Voraussetzungen, sind sie zur Teilnahme am Zertifikatslehrgang berechtigt. Um am Ende der Ausbildung auch das entsprechende Zertifikat zu erhalten, müssen die Teilnehmer einen regelmäßigen Besuch des Unterrichts (80 Prozent der Unterrichtsstunden) sowie einen erfolgreichen Prüfungsabschluss (mind. 50 Prozent der erreichbaren Punkte in den einzelnen Tests), der sich aus einem schriftlichen Test, einer Projektarbeit, deren Präsentation sowie praktischen Übungen zusammensetzt, vorweisen (IHK, 2017, S. 6-8, 13-14; Thiem, 2018).

4.5.4. Kursinhalte

Zentrales Element der suchttherapeutischen Ausbildung zum STA ist die „[…] [Qualifikation der] Bewohner […] [sowie die Ergänzung] ihre[r] persönlichen Sucht- und Therapieerfahrungen mit einer fundierten theoretischen Ausbildung in verschiedenen ‚Ausbildungs-Modulen'" (IHK, 2017, S. 6). Innerhalb des zweijährigen Lehrgangs vermitteln Dozenten verschiedener Fachrichtungen den Teilnehmenden Inhalte aus den Bereichen „Soziologie, Psychologie, Medizin, Recht[…] und weitere professional[e] Fähigkeiten mit thematischem Schwerpunkt der Suchttherapie sowie der Sucht- und Gewaltprävention" (Böhner, 2008, S. 50-51). Das Lehrgangskonzept umfasst dabei folgende Module (IHK, 2017, S. 1-6):

1. **Modul: Soziotherapeutischer Assistent im beruflichen Kontext**
   - **1.1.** Einführung
     - **1.1.1.** Begriffsklärung und Aufgaben des STA
     - **1.1.2.** STA-Biographische Übung und konstruktives Feedback
     - **1.1.3.** Prävention: Aufgabenfeld, Rolle, Verhalten Verantwortung als Ex-User
     - **1.1.4.** Biographien, Auftreten vor Gruppen

1.2. Erfolgsmotto „Leben Meistern“

2. **Modul: Theoretische Grundlagen**
   2.1. Entstehungsbedingungen, Risikofaktoren und Schutzfaktoren von Sucht
   2.2. Suchttheorien
   2.3. Therapieformen und -methoden
   2.4. Erscheinungsformen der Sucht
   2.5. Psychische Erkrankung und Co-Morbidität

3. **Modul: Kompetenzpaket, Soziotherapie**
   3.1. Therapeutische Gemeinschaft (Praktische Übung)
   3.2. Arbeitstherapie und -methoden
   3.3. Projektarbeit in der Arbeitstherapie

4. **Modul: Umsetzung der Therapieprinzipien in der therapeutischen Gemeinschaft**
   4.1. Zielvereinbarungsmodell
   4.2. Zieltheorie
   4.3. Projektarbeit Zielgespräch aktiv und passiv
   4.4. Erlebnispädagogischer Workshop
   4.5. Hilfeplanung 5 Module
   4.6. Gruppenpädagogik
   4.7. Gruppensoziologie
   4.8. Gesprächsregeln
   4.9. Motivational Interviewing – ein kurzer Einblick

5. **Modul: Sozialpolitisches Umfeld**
   5.1. Sozialpolitische Grundlagen
   5.2. Staatsbürgerkunde
   5.3. Wohnqualitätsgesetz – Heimaufsicht
   5.4. Sozialrecht

6. **Modul: Grundlagen der Moderations- und Präsentationstechniken**
   6.1. Inhalte, Gliederung, Form, Prüfungsordnung
   6.2. Praxisarbeit und Präsentation (Prüfungsvorbereitung und Prüfungstag)

Nach dem Einblick in zwei Konzepte der Peer-Arbeit, die im Rahmen der psychiatrischen Versorgung und der Suchtbehandlung eingesetzt werden, soll zum Schluss dieses Kapitels noch einmal das positive Potential für Betroffene, die Peer-Arbeit leisten, und für die Einrichtungen, die Peer-Arbeiter beschäftigen, betont werden. Trotz dieser

vielversprechenden Erkenntnisse konnte die Autorin aufzeigen, dass der Peer-Arbeit in der Therapie von ES noch immer eine untergeordnete Bedeutung zukommt, wie aus der Übersicht der angewandten Therapieverfahren deutlich geworden ist. Daher sollen im Folgenden die bisherigen Erkenntnisse der beschriebenen Peer-Konzepten hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf den Bereich der ES kritisch diskutiert werden.

5. Kritische Würdigung der Peer-Konzepte und deren Implikationen für die Anwendbarkeit der Peer-Arbeit im Bereich Essstörungen

Die grundlegende Wirksamkeit von Peer-Arbeit im Rahmen der psychiatrischen Versorgung und bei Suchterkrankungen sowie deren positive Effekte konnten bereits im vorhergehenden Kapitel aufgezeigt werden. In der Therapie von ES mangelt es jedoch sowohl an der praktischen Umsetzung (siehe Tab. 1 und 2) als auch an empirischen Befunden zu Peer-Arbeit, die deren Wirksamkeit belegen könnten. Es ist daher zu prüfen, ob die vorgestellten Peer-Konzepte sowie deren Inhalte auf die Behandlung von ES übertragen werden können und welche Besonderheiten mit der Etablierung von Peer-Konzepten bei ES für Betroffene als auch für die Peers/Coaches einhergehen. Hierzu überlegte sich die Autorin Fragen (Anhang A 7), die ihr hinsichtlich eines Peer-Konzeptes für ES wichtig erschienen. In Form eines schriftlichen Aufrufs wurden diese anschließend durch die Sachgebietsleitung des staatlichen Gesundheitsamtes Erlangen-Höchstadt. die für den Bereich der ES zuständig ist, an das Netzwerk des Bundesfachverbandes für Essstörungen (BFE), mit der Bitte um Weiterleitung an ihre Mitglieder, gesendet. Die Verfasserin erhielt daraufhin einige Rückmeldungen und konnte das Interesse von ANAD e.V.[11] wecken. Die zugehörigen Mitarbeiterinnen erklärten sich bereit, die Bachelor-Arbeit zu unterstützen, indem sie den Aufruf in ihren Wohngruppen aushängten und über soziale Medien verbreiteten (Anhang A 8). Auf diese Weise entstand ein Austausch (telefonisch bzw. per E-Mail) mit Betroffenen über Chancen und Grenzen der Peer-Arbeit bei ES. Die so gewonnen Erkenntnisse sind Teil der nachfolgenden Reflexion und Diskussion der Ergebnisse.

Ein großer Vorteil des EX-IN Konzeptes liegt in dessen europaweiter praktischer Anwendung und der damit einhergehenden guten empirischen Datenlage. Die dem Konzept zugrundeliegende Auffassung, dass Menschen aufgrund ihrer eigenen Betroffenheit über einen spezifischen Erfahrungsschatz verfügen und deshalb besonders geeignet sind, andere Betroffene in vergleichbaren Situationen zu unterstützen, lässt sich analog auf den Bereich der ES übertragen. Auch hier konnte gezeigt werden, dass der Austausch und die Unterstützung durch andere Betroffene als hilfreich wahrgenommen werden. Hinsichtlich der Teilnahmebedingungen für EX-IN ist bei Betroffenen von ES

[11] Facheinrichtung für die Beratung und multiprofessionelle Therapie von ES in München.

ebenfalls auf eine ausreichende gesundheitliche Stabilität, insbesondere in Bezug auf Gewicht und Essverhalten zu achten, um die Gefahr eines Rückfalls möglichst gering zu halten. Darüber hinaus sollten sich die Betroffenen selbst nicht in einer akuten Krisensituation befinden und über ausreichende Unterstützung im sozialen Umfeld verfügen. Ein persönliches Gespräch zwischen Ausbilder/-in und Interessierten erachtet die Autorin zudem als sinnvoll, um sich vorab einen Eindruck über die Eignung der Bewerberin zu verschaffen.

Nach Ansicht der Verfasserin stellt sich jedoch die Frage, inwieweit Betroffene von ES über eine gelebte Psychiatrieerfahrung verfügen, da diese im Gespräch mehrheitlich von einer Behandlung in spezialisierten psychosomatischen Fachkliniken berichten. Nur in schwerwiegenderen Fällen erfolgte eine Unterbringung in der Psychiatrie. Kritisch ist zudem das Erfordernis von Erfahrungen aus der Teilnahme an trialogischen Veranstaltungen und/oder einer aktiven Mitwirkung in Selbsthilfe oder Selbsthilfeorganisationen. Betroffene berichten häufig, dass während eines stationären Aufenthalts in den unterschiedlichen Gruppenangeboten bzw. Gruppentherapien ein intensiver Austausch über die individuellen Erfahrungen im Umgang mit der ES erfolgt und einige sich auch im Rahmen von Online-Chat-Foren mit anderen Erkrankten austauschen. Dies erscheint der Autorin als ausreichende Vorerfahrung, da die Möglichkeit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen stark von regionalen Gegebenheiten abhängig ist. Ob überhaupt eine Vorerfahrung mit Trialog oder Selbsthilfe notwendig ist, sollte geprüft werden. Ein großer Nachteil stellen außerdem die Kosten in Höhe von ca. 2.400 Euro (EX-IN Bayern; Kurs Nürnberg) und die sich bislang als problematisch darstellende Suche nach einer passenden Anstellung mit angemessener Vergütung dar. Es bestehen zwar diverse Optionen auf Kostenübernahme bzw. die Gewährung von Zuschüssen für Kursteilnehmenden, diese sind jedoch von der jeweiligen sozialen Lage abhängig. Daher besteht Grund zu der Annahme, dass einige Interessenten aufgrund der Kosten und der unsicheren Aussicht auf Anstellung von einer Teilnahme absehen.

Im Hinblick auf die inhaltlichen Schwerpunkte der Basismodule sowie der Aufbaumodule 8 – 10 lässt sich eine überwiegende Übereinstimmung mit den Inhalten, die Fachkräfte für ES im Austausch mit der Verfasserin für erforderlich erachtet haben, feststellen. Lediglich bei einzelnen Aspekten, wie bei der Erreichung von Unabhängigkeit gegenüber psychiatrischen Diensten durch die Kenntnis verschiedener anderer Einrichtungen (Teilziel aus Modul 3) sowie der Einrichtung unabhängiger Betroffenen-Fürsprecher (Modul 6) ist zu prüfen, ob dies für Betroffene von ES relevant ist. Auch eine Differenzierung zwischen psychiatrischen Erkrankungen und Essstörungen im Hinblick auf spezifische Problemstellungen und Bedürfnisse soll im Falle einer Adaption des EX-IN Konzeptes

erfolgen. Der Grundgedanke des Moduls 7, der Selbsterforschung, ist auch für ES stimmig. Allerdings ist das Sprechen über die Erkrankung selbst immer Teil der Therapie, da insbesondere zu Beginn der Behandlung, bei schwierigeren Verläufen auch währenddessen, die Themen ausgewogene und ausreichende Ernährung, Essverhalten sowie Essrituale der Patientinnen von zentraler Bedeutung sind (siehe Feistner, 2018, S. 31 ff.). Als problematischer erweist sich hierbei eher eine mangelnde Bereitschaft der Betroffenen, über sich und ihre Erkrankung zu sprechen, bspw. aus Scham oder aus Angst nicht ernst genommen zu werden.

Die Verfasserin erachtet das EX-IN Konzept grundsätzlich für geeignet, um dieses auf den Bereich der ES zu übertragen. Sowohl die zugrundeliegende Haltung als auch ein Großteil der Ausbildungsinhalte decken sich mit den Anforderungen, die Fachkräfte im Gespräch mit der Autorin an ein entsprechendes Konzept gestellt haben. Die Frage der Finanzierung der Kursteilnahme sowie der Vermittlung einer angemessen vergüteten Stelle gilt es jedoch zu berücksichtigen, da dies ein entscheidender Faktor für das Ge- bzw. Misslingen des Kurses darstellen könnte. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden für Teilnehmerinnen mit einer ES ein zusätzliches Modul im Anschluss an die bestehenden zu konzipieren, wie dies aktuell bereits für Borderline-PatientInnen der Fall ist (borderlinetrialog.de). Im Rahmen dieses Zusatzmoduls könnten die Teilnehmerinnen gezielter auf die Besonderheiten im Umgang mit Betroffenen einer ES geschult werden.

Wie bei EX-IN wird im Rahmen der Ausbildung zum STA in der Laufer Mühle, die in Kapitel 4.5 ausführlich vorgestellt wurde, die Selbstbetroffenheit der Menschen sowie deren Genesung als Erfahrungsschatz im Umgang mit aktuell Betroffenen angesehen. Im Unterschied zu EX-IN, welches europaweit praktiziert wird, handelt es sich beim STA jedoch um ein ortsgebundenes Konzept, das in dieser Form nicht oder nur eingeschränkt in anderen Regionen umsetzbar ist. Ferner sieht die Autorin dessen Anwendbarkeit im Bereich ES aus folgenden zwei Gründen eher problematisch.

Zum einen müssen Interessenten der Ausbildung Bewohner der Laufer Mühle sein, d. h. ggf. ist ein Umzug erforderlich. Dessen Sinnhaftigkeit ist jedoch vor dem Hintergrund der überwiegend guten sozialen Vernetzung der Betroffenen von ES sowie der potenziell unterstützenden Funktion von Peers fraglich. Patientinnen berichten zwar immer wieder von sozialen Rückzugstendenzen aus dem Freundeskreis sowie schwierigen familiären Verhältnissen, allerdings stellt deren Verbesserung bzw. Wiederherstellung einen Teil der ambulanten/stationären Therapie dar. Wird ein Umzug, bspw. aufgrund des belastenden sozialen Umfelds oder eines intensiveren Unterstützungsbedarfs in Betracht gezogen, so sollte dieser in eine spezialisierte Einrichtung, bspw. einer therapeutischen

Wohngruppe für ES, erfolgen (Zeeck et al. 2011, S. 60). Nur hier sind die erforderliche störungsspezifische Behandlung und Begleitung möglich. Der Schwerpunkt der Laufer Mühle liegt jedoch im Bereich von Suchtmittelabhängigkeiten wie bspw. Alkohol oder Drogen. Bei ES wird allerdings von „psychosomatischen Erkrankungen mit mehr oder weniger deutlichem Suchtcharakter“ (DHS, BFE) gesprochen. Auch im Bezirk Mittelfranken wird unter Anwendung der Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) zwischen Alkohol bzw. Drogen und ES differenziert. Erstere werden den Suchtkrankheiten zugerechnet (Nr. 5.3.3) während ES den Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (Nr. 5.3.4) zugeordnet werden. Demzufolge sieht die Verfasserin eine Aufnahme von Patientinnen mit der primären Diagnose einer ES in die Laufer Mühle aufgrund deren fehlender Spezialisierung auf ES als problematisch an. Somit erfüllen diese Bewerberinnen nicht die geforderte Teilnahmebedingung, Bewohner der Laufer Mühle zu sein.

Das Zuschneiden des STA Konzeptes auf die Bedingungen der Laufer Mühle zeigt sich auch in den Ausbildungsinhalten, da sich die Module 3 und 4 ausschließlich auf diese beziehen. Ferner sind einige Inhalte stark auf Sucht im Sinne von Alkohol- und Drogenkonsum ausgerichtet. Eine Adaption auf ES bzw. deren Integration in die Ausbildung würde eine tiefgreifende Veränderung des bestehenden Ausbildungskonzeptes nach sich ziehen. Inwieweit dieses dann noch geeignet ist, das ursprüngliche Ziel der Laufer Mühle i. S. d. Einsatzes von STA zur Begleitung und Unterstützung ehemals Betroffener einer Alkohol- bzw. Drogensucht zu verfolgen, ist fraglich.

Eine weitere Voraussetzung für die Ausbildung zum STA liegt im Führen eines suchtmittelfreien Lebens. Hinsichtlich der Fokusse der Laufer Mühle auf eine Abstinenz von Alkohol und Drogen ist diese Forderung nachvollziehbar und unabdingbar. Bezogen auf ES legt dies zunächst den Gedanken nahe, dass Betroffene auf ihr Suchtmittel, d. h. Essen verzichten. Essen und Trinken stellen jedoch ein menschliches Grundbedürfnis dar und sind existenziell für das Leben. Äquivalent zur Sucht bedeutet das im Falle der ES daher auf das Nicht-Essen zu verzichten und eine symptomfreie Ernährung zu praktizieren. Menschen mit einer ES würden somit die erforderliche Teilnahmebedingung eines suchtmittelfreien Lebens erfüllen.

Die Autorin erachtet daher die Anwendbarkeit des Ausbildungskonzeptes zum STA als nur bedingt geeignet für den Bereich der ES, da dieses zu sehr auf den Erkrankungsbildern Alkohol- und Drogensucht sowie der Institution Laufer Mühle basiert. Vorstellbar wären eine Anpassung, Veränderung und Ergänzung der bestehenden Module sowie der Teilnahmebedingungen an die Symptomatik einer ES, um auf dieser Basis eine eigenständige Qualifizierung von Betroffenen mit ES durchzuführen. Darüber hinaus sollte

auch ein Vergleich mit der DBT-Peer-Coach Ausbildung statt der STA Ausbildung in Erwägung gezogen werden, sobald dieses Konzept fertiggestellt ist, da es sich hierbei ebenfalls um ein örtlich unabhängiges Projekt handelt (borderlinetrialog.de).

Nachdem nun die vorgestellten Peer-Konzepte EX-IN und STA hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf den Bereich der ES kritisch diskutiert wurden, soll im Folgenden auf mögliche positive und negative Effekte der Peer-Arbeit für die einzelnen Akteure eingegangen werden. Zunächst erfolgt dabei eine Betrachtung aus der Sicht der Betroffenen, die Peer-Arbeit in Anspruch nehmen und anschließend aus der Sicht der Ausübenden von Peer-Arbeit.

Die unter Kapitel 4.3. vorgestellten Ergebnisse der Forschungsarbeiten zu den Effekten der Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung können nach Ansicht der Verfasserin in vergleichbarer Weise für die Peer-Arbeit bei ES angenommen werden. Derzeit mangelt es zwar noch an entsprechenden Studien hierzu, doch zeigt der Austausch mit Betroffenen sowie Menschen, die sich auf einem guten Genesungsweg von einer ES befinden, dass diese ähnliche Vorteile in der Peer-Arbeit sehen. Hinsichtlich der aufgeführten Nachteile, Einschränkungen bzw. Problematiken soll betont werden, dass es sich hierbei lediglich um Hypothesen aus Sicht der Verfasserin, Fachkräften sowie (ehemals) Betroffenen handelt, die nicht wissenschaftlich fundiert sind.

So wurde häufig die positive Modellfunktion der Peers auf die Patientinnen genannt. Peers können eine Vorbildfunktion für Betroffene einnehmen und ihnen mit ihrer eigenen Genesung verdeutlichen, dass einerseits ein Leben ohne ES bzw. mit nur geringen Einschränkungen möglich ist, und dass andererseits der Kampf und die Mühen zwar beschwerlich, aber dennoch lohnenswert sind. Insbesondere in kritischen bzw. schwierigen Situationen können Peers somit motivierend auf Betroffene einwirken und sie zum Durchhalten animieren. In Gesprächen mit ihnen können Patientinnen Parallelen zu ihrer eigenen Geschichte entdecken. Sie können erfahren, dass sie dieselben Ängste teilten, Rückschläge hinnehmen mussten und sich dennoch nicht entmutigen ließen.

Die besondere Rolle des Aussehens der Therapeutin in der Behandlung von ES-Patientinnen wurde bereits in Kapitel 2.2.1. thematisiert. Therapeutinnen, die in den Augen der Betroffenen ebenfalls eine ungesunde Einstellung zu Essen und Gewicht haben, werden häufig nicht als glaubwürdiges Modell anerkannt. Bei Peers hingegen ist deren Selbstbetroffenheit von Beginn an kein Geheimnis. Solange diese eine gesunde Einstellung zu ihrem Körper haben, werden sie möglicherweise als das glaubwürdigere Modell angesehen und ihre Ratschläge deshalb ernster genommen, als jene von Therapeutinnen.

Als einen weiteren Vorteil der Peer-Arbeit benennen Betroffene ein größeres Verständnis dieser Personen, da sie die mit der ES einhergehenden Ängste, die ambivalente Haltung gegenüber dem Loslassen der ES-Symptomatik und den langwierigen Krankheits- bzw. Genesungsverlauf selbst erlebt haben. Ein häufig angeführtes Argument in diesem Zusammenhang ist, dass Therapeutinnen und andere Mitglieder des multiprofessionellen Behandlungsteams in der Regel zwar über Fachwissen auf Basis von Literatur und ihrer beruflichen Erfahrung im Umgang mit ES-Patientinnen verfügen, sich aber nur bedingt in die Gefühle und Gedanken der Betroffenen hineinversetzen können. In der Folge fühlen sich manche Patientinnen deshalb von Fachkräften oft unverstanden und/oder nicht genügend ernst genommen. Einige Betroffene berichten von einer Reduktion ihrer Person auf die Erkrankung infolge derer andere Eigenschaften und Fähigkeiten in den Hintergrund treten. Weiterhin wird den Patientinnen teilweise mit einer misstrauischen Haltung begegnet und ihnen unterstellt, sie würden lügen und manipulieren. Peers bieten daher die Chance, die Situation der Betroffenen sowie deren Person mit einem anderen Blick zu betrachten.

Betroffene von ES weisen häufig eine starke Tendenz zum Perfektionismus auf (Feistner, 2018, S. 121), der auch hinsichtlich der Peer-Arbeit negative Auswirkungen haben könnte. So nehmen die Peers zwar einerseits eine Vorbildfunktion ein, jedoch können die Patientinnen dabei andererseits, da sie den Weg aus der ES noch nicht geschafft haben, ein Gefühl von Versagen bzw. Scheitern bezüglich ihrer eigenen Genesung erleben. In der Folge sind die Betroffenen demotiviert, frustriert und sehen für sich keinen Sinn mehr, den Kampf gegen die ES aufzunehmen bzw. aufrechtzuerhalten. Manche denken möglicherweise, dass die Genesung dieser Menschen und deren Weg dorthin nicht automatisch auch die eigene Genesung zur Folge haben muss, da die Umstände in ihrem Fall wesentlich komplexer sind und somit kaum Hoffnung auf Besserung besteht. Die Frustration und Enttäuschung der Betroffenen, nicht von der ES loszukommen, kann dazu führen, dass sie den Kontakt mit Peers meiden und sich ihnen gegenüber vielleicht auch ablehnend verhalten, um sich selbst vor dem wiederkehrenden Gefühl des Versagens zu schützen. Wiederum andere Personen haben schon unzählige Anläufe genommen und sind immer wieder zurück in den Teufelskreis der ES gefallen. Sie sehen in den Peers und deren Lösungsstrategien zur Überwindung der Erkrankung DIE Lösungsstrategie überhaupt und klammern sich an sie wie an einen rettenden Strohhalm. Dieser Rückschluss auf andere kann fatal sein und im Falle des Scheiterns das eigene Versagensgefühl sowie die Hoffnungslosigkeit weiter verstärken. Es wird somit deutlich, dass Peer-Arbeit nicht nur mit Vorteilen für die Betroffenen einhergeht, sondern sich hierdurch ebenfalls einige negative Effekte ergeben können.

Die Etablierung von Peer-Arbeit im Bereich ES bedeutet für die Ausübenden eine wiederkehrende Konfrontation mit der ES-Symptomatik. Dies erfordert neben der eigenen Stabilität ein unterstützendes soziales Umfeld sowie die Möglichkeit, Supervisionen oder andere professionelle Begleitung in Anspruch nehmen zu können. Fachkräfte aus spezialisierten ES-Einrichtungen forderten in Gesprächen mit der Autorin, dass interessierte Betroffene ihre eigene ES wirklich überwunden haben müssen, um als Peer tätig werden zu können. Ist dies nicht der Fall besteht die Gefahr einer Destabilisierung bis hin zu einem Rückfall. Darüber hinaus würden Betroffene diese Menschen kaum als positives Modell anerkennen, was jedoch einen zentralen Effekt von Peer-Arbeit darstellen soll. Eng verknüpft mit der Forderung nach einer vollständigen Überwindung der ES ist die Frage, an welchen Kriterien eine Heilung festgemacht werden kann. Allerdings wurde dieser Frage in den letzten Jahrzehnten kaum Beachtung geschenkt und die existierenden wissenschaftlichen Untersuchungen konnten noch keine Erkenntnisse hinsichtlich möglicher Heilungskriterien liefern (Feistner, 2018, S. 229, 230). Erst 2013 entwickelte Noordenbos eine „Checklist for Full Recovery“ (S. 148-152) und wandte diese Heilungskriterien für ES in Untersuchungen an. Helena Ruhl (2014) konzipierte auf der Grundlage des bestehenden Verständnisses einen „Fragebogen zum Thema Genesung von ES“ und gelangte dabei zu einem Ranking der 30 wichtigsten Items. Diese Übersicht sowie der Fragebogen finden sich auch bei Feistner (2018, S. 232-242). Weiterhin mangelte es bis vor einigen Jahren zudem an einem Instrument zur Erfassung des Heilungsgrades einer ES. Einen entsprechenden „Fragebogen zur Erfassung des Heilungsgrades bei ES“ (FHE) arbeitete Kerstin Blendel im Jahr 2016 aus. Dieser umfasst 60 Fragen aus den Bereichen Essverhalten, Einstellung zum Körper, physische Genesung, psychische Umgang mit Emotionen und soziale Beziehungen, die ebenfalls bei Feistner nachzulesen sind (2018, S. 259-265). Beispielhaft sollen im Folgenden einige Fragen genannt werden:

- Ich halte mich selbst für sehr perfektionistisch
- Ich fühle mich zu dick
- Ich verspüre das Bedürfnis Diät zu halten
- Ich habe eine regelmäßige Monatsblutung
- Ich kann über meine Gefühle sprechen
- Schon nach geringer Anstrengung habe ich Ermüdungserscheinungen
- Ich nehme an sozialen Veranstaltungen und Aktivitäten teil

Die genannten Instrumente erscheinen der Autorin geeignet um festzustellen, ob Interessierte für die Peer-Arbeit den erforderlichen Genesungsgrad aufweisen, da wichtige genesungsfördernde Bereiche abgefragt werden und das Ergebnis der Auswertung eine

gute Einschätzung des Gesundungszustandes der Bewerberin ermöglicht. Der Einsatz dieser Instrumente ist insbesondere zum Schutz vor einer Überforderung und der Gefahr eines Rückfalls dringend zu empfehlen.

Eine weitere Problematik durch Peer-Arbeit könnte sich dahingehend ergeben, dass Betroffene ihre damalige Lösungsstrategie als die einzig hilfreiche Strategie verstehen und dabei zu sehr von sich auf andere schließen. Fachkräfte verfolgen jedoch den Ansatz, aktuell Betroffene dabei zu begleiten, eigene, ihrer Realität und Person entsprechende, Lösungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen, d. h. sie leisten nicht nur Hilfe zur Selbsthilfe, sondern gehen auch in der eigenen Entwicklung weiter. Peers müssen daher eine objektive Haltung und Offenheit gegenüber verschiedensten Lösungswegen bewahren. Damit einher geht außerdem, dass Peers das Schicksal der Betroffenen möglicherweise zu nahe an sich heranlassen und sich bei ausbleibenden bzw. schleichenden Fortschritten selbst Vorwürfe machen und/oder Schuldgefühle entwickeln.

Demgegenüber stehen jedoch auch zahlreiche Vorteile der Peer-Arbeit, die von Fachkräften und/oder (ehemals) Betroffenen von ES in den Gesprächen mit der Autorin angeführt wurden. Beide Gruppen erachten insbesondere die Weitergabe der gewonnen Erkenntnisse aus der eigenen Bewältigungserfahrung an aktuell Betroffene als großen Gewinn. Peers betrachten ihre Erkrankung möglicherweise nicht mehr als zufällig und belastendes Schicksal, sondern können aus ihren Erlebnissen und Erfahrungen einen positiven Nutzen für sich und andere ziehen, empfinden Dankbarkeit und Wertschätzung für ihren persönlichen Weg aus der ES. Peer-Arbeit bietet zudem die Chance, Parallelen zwischen der eigenen Vergangenheit und der Situation der Betroffenen zu erkennen, daraus zu lernen und ggf. das Rückfallrisiko zu senken. Der Kontakt mit ihnen erhöht die subjektive Sensibilität, für ein Wiederauftreten von ES-spezifischen Symptomen. Die Ausführungen zur Peer-Arbeit belegen, dass diese zwar mit Vor- und Nachteilen einhergeht, insbesondere jedoch die Peers selbst ein Überwiegen der positiven Effekte sehen.

In der Beschäftigung von Peers sieht die Verfasserin eine Rollenunklarheit als mögliches Hindernis an, welches sich negativ auf die Akzeptanz dieser Personen durch Kollegen auswirken könnte. Angehörige anderer Professionen könnten in Peers eine Bedrohung ihrer eigenen Tätigkeit und/oder eine Geringschätzung ihrer bisher geleisteten Arbeit sehen. Außerdem wird ihnen möglicherweise ein geringeres Zu- bzw. Vertrauen in ihre Belastbarkeit entgegengebracht und mangelnde (Fach-)-Kompetenz nachgesagt. Demzufolge bedarf die Beschäftigung von Peers einer guten Vorbereitung und Begleitung sowie eines klar abgegrenzten Aufgabenfeldes, um Unstimmigkeiten frühzeitig vorzubeugen und die gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung zu fördern.

Eine gelungene Integration von Peers in bestehende Einrichtungen eröffnet die Chance einer besseren und effektiveren Zusammenarbeit im Behandlungsteam zugunsten der Erkrankten. Die Selbstbetroffenheit der Peers ermöglicht einen anderen Blick auf die Betroffenen, in dem sie bspw. besser nachvollziehen können, wodurch Widerstände entstehen und wie diesen begegnet werden kann. Das Team profitiert vom Wissen der Peers und kann dieses gezielt in der Behandlung anwenden. Peers könnten daher eine wertvolle Schnittstelle zwischen Betroffenen und dem Behandlungsteam darstellen und vermittelnd tätig werden.

Die vorgestellten Peer-Konzepte EX-IN und STA wurden einer kritischen Prüfung hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf den Bereich der ES unterzogen. Ferner beleuchtete die Autorin zudem mögliche Vor- und Nachteile der Peer-Arbeit aus der Perspektive von Betroffenen, Peers und Einrichtungen, die eine solche Peer-Arbeit in ihr Konzept integrieren. Der alles entscheidende Faktor hinsichtlich der Implementierung eines Peer-Konzepts für Betroffene von ES besteht jedoch zunächst in der Bereitschaft, ehemals bzw. stabiler Betroffener zur Ausübung von Peer-Arbeit. Nur wenn sich genügend Menschen bereiterklären, eine entsprechende Tätigkeit auszuüben und für diese auch geeignet sind, ist die Entwicklung eines essstörungsspezifischen Konzeptes sinnvoll. Im Austausch mit Fachkräften sowie Betroffenen zeigte sich der Autorin allerdings eine geteilte Haltung. Einige berichten von einer vollkommenen Abkehr Betroffener von der ES-Thematik, während es eine wachsende Zahl derer gibt, die ihre Erfahrungen an andere Menschen mit ES weitergeben möchten. Wie die Bereitschaft von Betroffenen zur Ausübung einer Peer-Tätigkeit erhöht werden kann und wodurch diese beeinflusst wird, soll Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

6. Ausblick

Das Erscheinungsbild, die unterschiedlichen Formen sowie das Alter und das Geschlecht der Betroffenen von ES unterliegen einer kontinuierlichen Veränderung. So haben sich neben den bekannten Formen der AN, BN und BES in den letzten Jahren weitere Ausprägungen wie Orthorexie, die Fixierung auf gesunde und reine Lebensmittel (apotheken-umschau.de, 2016) als auch Instarexie, die Sucht nach Welfies (Workout + Selfies), die die Sportler zu immer massiverem Diäthalten bis in die ES treibt (fitforfun.de), etabliert. Der Einfluss des überall und allzeit präsenten Schönheitsideals in Verbindung mit dem Druck vonseiten der Peer-Group, diesem entsprechen zu sollen sowie die zum Teil mangelhafte Forschungslage, insbesondere hinsichtlich der AN und BES, erfordert eine Verbesserung der Wirksamkeit etablierter Therapieverfahren wie auch die Entwicklung neuer, interdisziplinärer und schulen übergreifender Konzepte.

Ein Ansatz in der Behandlung von ES der, wie die Systematisierung vorhandener angewandter Therapieverfahren verdeutlicht hat, bislang kaum Berücksichtigung findet, stellt die Peer-Arbeit dar. Trotz der nachgewiesenen positiven Effekte dieses Ansatzes auf die beteiligten Akteure im Sucht bzw. psychiatrischen Bereich sowie Hinweise auf die unterstützende Wirkung des Austausches mit anderen Betroffenen von ES ist die Peer-Arbeit in der Behandlungspraxis der ES noch von geringer Bedeutung.

Im Austausch der Verfasserin mit Fachkräften und (ehemals) Betroffenen von ES wurde jedoch ein großes Interesse an Peer-Arbeit deutlich. Insbesondere wird dabei die Selbstbetroffenheit der Peers sowie das damit einhergehende tiefe Verständnis für die Gedanken und Gefühle der Betroffenen als großer Vorteil erachtet. Auch hinsichtlich der Bedeutsamkeit eines glaubwürdigen Modells für den positiven Verlauf einer Therapie nehmen Peers aufgrund ihrer eigenen Krankheitserfahrung eine besondere Stellung ein. Beide Seiten sehen ein beachtliches Potenzial und die Möglichkeit eines neuen Zugangs zu Betroffenen durch die Implementierung der Peer-Arbeit bei ES. Bis zur Verwirklichung bedarf es jedoch noch einiger Forschung hinsichtlich

- der Einflussfaktoren auf einen erfolgreichen Therapieverlauf,
- der Entwicklung neuer, essstörungs- und schulen-übergreifender Therapieverfahren und deren Wirksamkeit,
- der Heilungskriterien sowie des Heilungsgrades,
- der Bereitschaft (ehemals) Betroffener, als Peers tätig zu werden,
- möglicher zentraler Inhalte einer auf ES zugeschnittenen Peer-Tätigkeit und notwendiger Fähigkeiten,
- der Bereitschaft von Einrichtungen, Peers in die Behandlung Betroffener zu integrieren,
- der Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der Behandlung von ES.

Die Module der beiden vorgestellten Peer-Konzepte des Genesungsbegleiters und des STA können dabei als Grundlage möglicher zu vermittelnder Inhalte herangezogen werden. Inwieweit einzelne Module der bestehenden Konzepte, insbesondere bei EX-IN, lediglich einer Anpassung auf den Bereich der ES bedürfen, ein zusätzliches Modul entwickelt werden sollte oder ein gänzlich eigenständiges Peer-Konzept für ES konzipiert werden sollte, bedarf ebenfalls noch weiterer Forschung. Nach Fertigstellung der DBT-Peer-Coach Ausbildung sollte zudem eine Prüfung dieses Konzeptes hinsichtlich der Anwendbarkeit auf ES erfolgen. Auch die konkrete Ausgestaltung von Peer-Arbeit hinsichtlich der Zielgruppe (Betroffen und/oder Angehörige), der Art der Unterstützung sowie deren Dauer und Umfang bedarf weiterer Untersuchungen.

Die vorliegende Arbeit soll hierfür Anregungen geben sowie zum gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Diskurs über ES beitragen. Nach Ansicht der Verfasserin sollte das vorrangige Ziel der zukünftigen ES-Forschung darin liegen, der Sichtweise von ehemals Betroffenen und aktuell Betroffenen im Hinblick auf hilfreiche Therapiemethoden und -ansätze eine höhere Bedeutung zukommen zu lassen. Hierbei stellt die Peer-Arbeit aus Sicht der Autorin eine sinnvolle und wünschenswerte Ergänzung der bestehenden Therapieansätze dar.

Literaturverzeichnis

Buchquellen

Agras, W. S. et al. (2000): Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study, in: American Journal of Psychiatry (S. 1302–1308), 157.

American Psychiatric Associaton ([5]2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington DC: American Psychiatric Associaton.

Anthony, W. (1993): Recovery from mental illness. The guiding vision of themental health service systems in the 1990s, in: Psychosocial Rehabilitation Journal (S. 11-23), 16 (4).

Archonti, C. (2016): Aktuelle Therapieansätze bei Essstörungen, in: Archonti, C. et al. (Hrsg.): Schematherapie bei Essstörungen (S. 43-59), Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Attia, E. et al. (1998): Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa, in: American Journal of Psychiatry (S. 548–551), 155 (4).

Bankoff, S. M. et al. (2012): A systematic review of dialectical behavior therapy for the treatment of eating disorders, in: Eating Disorders (S. 196–215), 20 (3).

Benninghoven, D. (1997): Tagebuchtechniken in der Therapie der Essstörungen, in: Reich, G./ Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend (S. 151–169), Stuttgart: Thieme.

Biedert, E. (2008): Essstörungen, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Birmingham, C. L. et al. (2005): The mortality rate from anorexia nervosa, in: International Journal of Eating Disorders (S. 143-146), 38 (2).

Bleckwedel, J. (2008): Zur Diskussion: Jenseits von Richtungen und Schulen wartet die Vernunft. Ein Beitrag zur Debatte um die Zulassung von psychotherapeutischen Verfahren und Methoden, in: Psychotherapeutenjournal (S. 377-379), 4.

Blendel, K. (2016): Einmal essgestört, immer essgestört? Ein Fragebogen zur Erfassung des Heilungsgrades von Essstörungen. Bachelorarbeit im Fach Psychologie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg: Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Bock, T. (2009): Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN, in: Utschakowski, J. et al. (Hrsg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 22-32), Bonn: Psychiatrie Verlag.

Bock, T. (2016): Anthropologische Entwicklungslinien von Trialog und Peerarbeit, in: Utschakowski, J. et al. (Hrsg.): Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie (S. 25-34), Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Böhner, K. (2008): Vom Saulus zum Paulus. Ex-User als Bereicherung der interdisziplinären Suchttherapie, in: Konturen: Sucht intern (S. 50-51), 3.

Borgart, E. J./ Meermann, R. (2004): Essstörungen, in: Borgart, E. J./ Meermann, R. (Hrsg.): Stationäre Verhaltenstherapie: Behandlungskonzepte und Therapiemanuale (S. 45-70), Bern: Huber.

Bruch, H. (1973): Obesity, anorexia nervosa and the person within, New York: Basic Books.

Bruch, H. (1982): Der goldene Käfig: Das Rätsel der Magersucht, Frankfurt a. Main: Fischer.

Bruna, T./ Fogteloo, J. (2003): Drug treatments, in: Treasure, J. et al. (Hrsg.): Handbook of eating disorders (S. 311–323), Chichester: John Wiley.

Brunner, R./ Resch, F. ([2]2015): Diätverhalten und Körperbild im gesellschaftlichen Wandel, in: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 9-15), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (11/2009): Der Behinderungsbegriff nach SGB IX und SGB XII und die Umsetzung in der Sozialhilfe, https://www.bagues.de/spur-download/sht/90_09an.pdf.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) ([4]2011): Gegen Verherrlichung von Essstörungen im Internet. Ein Ratgeber für Eltern, Fachkräfte und Provider, Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.) (01/2013): Essstörungen vorbeugen. Informationen und Übungen für die Gruppenarbeit, Bad Oeynhausen: Kunst- und Werbedruck.

Chen, E. et al. (2003): Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa, in: International Journal of Eating Disorders (S. 241–256), 33 (3).

Cierpka, M./ Reich, G. (2010): Die familien- und paartherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie, in: Reich, G./ Cierpka, M. (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen (S. 164–197), Stuttgart: Thieme.

Dahlbender, R./ Tritt, K. (2011): Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), in: Psychotherapie (S. 28-39), 16 (1).

Dare, C. et al. (2001): Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments, in: The British Journal of Psychiatry (S. 216–221), 178.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (03/[5]2015): Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe. Band 3, Bad Oeynhausen: Kunst- und Werbedruck.

de Zwaan, M. (2002): Binge-Eating Disorder und Adipositas, in: Verhaltenstherapie (S. 288-295), 12 (4).

de Zwaan, M. (2016): Essstörungen. Diagnose und Psychopathologie, in: Archonti, C. et al. (Hrsg.): Schematherapie bei Essstörungen (S. 22-42), Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

de Zwaan, M./ Friederich, H. C. (2006): Binge Eating Störung, in: Therapeutische Umschau (S. 529-533), 63 (8).

de Zwaan, M./ Mühlhans, B. ([2]2015): Atypische Essstörungen und Binge-Eating-Störung, in: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 21-26), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

de Zwaan, M./ Svitek, J. ([2]2015): Pharmakotherapie der Essstörung in: Herpertz, S. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 285-292), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Dilling, H. et al. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Bern: Huber.

Dray, J./ Wade, T. D. (2012): Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review, in: Clinical Psychology Review (S. 558-565), 32 (6).

Eisler I. et al. (1997): Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up, in: Archives of General Psychiatry (S. 1025–1030), 54 (11).

Eisler I. et al. (2003): Family interventions, in: Treasure J. et al., (Hrsg.): Handbook of eating disorders (S. 291–310), Chichester: John Wiley.

Fairburn, C. G. (2005): Evidence-based treatment of anorexia nervosa, in: International Journal of Eating Disorders (S. 26-30), 37.

Fairburn, C. G. (2012): Essstörungen: Ein Transdiagnostischer Ansatz und kognitive Verhaltenstherapie, in: Fairburn, C. G. (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen (S. 9-28), Stuttgart: Schattauer GmbH.

Fairburn, C. G./ Harrison, P. (2003): Eating disorders, in: Lancet (S. 407-416), 361 (9355).

Fairburn, C. G. et al. (2012): Erweiterte kognitive Verhaltenstherapie für Essstörungen: Standardversion, in: Fairburn, C. G. (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen (S. 61-91), Stuttgart: Schattauer GmbH.

Fairburn, C. et al. (2013): Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study, in: Behaviour Research and Therapy (S. R2–R8), 51 (1).

Feistner, R. (2018): Essstörungen – Heilung ist möglich. Ein Praxisbuch, Stuttgart: Klett-Cotta.

Fichter, M. M./ Quadflieg, N. (1999): Six-year course and outcome of anorexia nervosa, in: International Journal of Eating Disorders (S. 359–385), 26 (4).

Field, A. E./ Kitos, N. (2010): Eating and Weight Concerns in Eating Disorders, in: Agras, W. S. (Hrsg.): The Oxford Handbook of eating disorders (S. 106-121), Oxford University Press: New York.

Franke, A. ([3]2011): Wege aus dem goldenen Käfig: Anorexie verstehen und behandeln, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Freeman, A./ Dolan, M. (2001): Revisiting Prochaska and DiClemente's Stages of Change Theory: An Expansion and Specification to Aid in Treatment Planning and Outcome Evaluation, in: Cognitive and Behavioral Practice (S. 224-234), 8.

Garner, D. M./ Isaacs, P. (1986): The fundamentals of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia nervosa, in: Keller, P. A./ Ritt, L. (Hrsg.): Innovations in clinical practice: A source book (S. 29–44Ä), New York: Guilford.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses über die Durchführung der Psychotherapie. Psychotherapie-Richtlinie, in: Bundesanzeiger (S.1399), Nr. 58.

Golan, M. (2013): The journey from the opposition to recovery from eating disorders: multidisciplinary model integrating narrative counselling and motivational interviewing in traditional approaches, in: Journal of Eating Disorders (S. 1-8), 19 (1).

Görlitz, G. ([2]2001): Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen, München: Pfeiffer.

Guertin, T. L. (1999): Eating behavior of bulimics, self-identified binge eaters, and non-eating-disordered individuals: What differentiates these populations?, in: Clinical Psychology Review (S. 1–23), 19 (1).

Hagenah, U. (2011): Welche Unterstützung benötigen Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa?, in: Ernst et al. (Hrsg.): Stigmatisierung bei Anorexia nervosa (S.17-24), Kassel: Kassel university press GmbH.

Hartmann, A. et al. (2011): Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change, in: Psychotherapy and Psychosomatics (S. 216–226), 80 (4).

Herzog, T./ Hartmann, A. (1997): Psychoanalytically oriented treatment of anorexia nervosa. Methodology-related critical review of the literature using meta-analysis methods, in: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (S.299–315), 47.

Herzog, T. (2000): Stand der vergleichenden Therapieforschung bei Anorexia nervosa – Ergebnisse einer systematischen Literaturübersicht, in: Gastpar, M. et al. (Hrsg.): Eßstörungen. Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven (S. 127–155), Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis.

Herzog, T. et al. (2004): Lower targets for weekly weight gain lead to better results in inpatient treatment of anorexia nervosa: A pilot study, in: European Eating Disorders Review (S. 164–168), 12 (3).

Herzog, W. et al. ([2]2004): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte, Stuttgart: Schattauer.

Herzog, W / Zeeck, A. ([2]2004): Tagesklinische Behandlung, in: Herzog, W. et al. ([2]2004): Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte (S. 82-93), Stuttgart: Schattauer.

Herzog, W. et al. ([2]2015): Psychodynamische Therapie in: Herpertz, S. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 263-268), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Hilbert, A./ Tuschen-Caffier, B. (2010): Essanfälle und Adipositas. Ein Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Binge-Eating-Störung, Göttingen: Hogrefe.

Hilbert, A. et al. ([2]2015): Interpersonelle Psychotherapie in: Herpertz, S. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 279-284), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Hill, A. J. (2007): The development of children´s shape and weight concerns, in: McDermott, T. J. und B. (Hrsg.): Eating Disorders in Children and Adolsecents (S. 32-44), Cambridge University Press: Cambridge.

Himmerich, H./ Benkert, O. ([11]2017): Medikamente zur Behandlung von Essstörungen und Adipositas, in: Benkert, O./ Hippius H. (Hrsg.): Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.

Hoek, H. W. (2016): Review of the worldwide epidemiology of eating disorders, in: Co-Psychiatry (S. 336-339), 29 (6).

Hudson, J. L. et al. (2007): The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication, in: Biological Psychiatry (S. 348–358), 61 (3).

Industrie- und Handelskammer in Bayern (IHK) (2017): Soziotherapeutischer Assistent Laufer Mühle. Lehrgangskonzept, unveröffentlichtes Manuskript.

Jacobi, C. et al. (2002): Cognitive-behavioural, fluoxetine and combined treatment for bulimia nervosa: Short- and long-term results, in: European Eating Disorders Review (S. 179–198), 10 (3).

Jacobi, C. et al. (2004): Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy, in: Psychological Bulletin (S. 19–65), 130 (1).

Jacobi, C. et al. ([3]2008): Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa, Weinheim und Basel: Beltz PVU.

Jacobi, C. et al. (2011): Bulimia nervosa, in: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Essstörung (S.157-202), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Jacobi, F. et al. (2013): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), in: Der Nervenarzt (2014), (S. 77–87), 85.

Jäger, B. et al. (2011): Die therapeutische Beziehung zu Patientinnen mit der Diagnose einer Essstörung, in: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Essstörung (S. 37-46), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Jansen, A. (1998): A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure, in: Behaviour Research and Therapy (S. 257–272), 36 (3).

Kaye, W. H. et al. (2001): Double-blind placebo-controlled adminstration of fluoxetine in restricting and restricting purging type anorexia nervosa, in: Biological Psychiatry (S. 644–652), 49 (7).

Kächele, H. et al. (2001): Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study, in: Psychotherapy Research (S. 239–257), 11.

Keel, P. K./ Forney, K. J. (2013): Psychosocial risk factors for eating disorders, in: International Journal of Eating Disorders (S. 433-439), 46 (5).

Keel, P. K. et al. (2013): Influence of college peers on disordered eating in women and men at 10-year-follow-up, in: Journal of Abnormal Psychology (S. 105-110), 122 (1).

Keys, A. et al. (1950): The biology of human starvation, Minneapolis: University of Minnesota Press.

Knuf, A. (2006): Empowerment in der psychiatrischen Arbeit, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Knuf, A. (2009): Recovery, Empowerment und Peer-Arbeit in: Utschakowski, J. et al. (Hrsg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 33-47), Bonn: Psychiatrie Verlag.

Laessle, R. G./ Kim, J. (2009): Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa, in: Margraf, J./ Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Bd. 2) (S. 281–299), Heidelberg: Springer.

Legenbauer, T./ Vögele, C. (2004): Elemente der Konfrontationsbehandlung im Ernährungsmanagement und beim Umgang mit Heißhungerattacken bei Frauen mit Bulimia nervosa, in: Neudeck, P./ Wittchen, H. U. (Hrsg.): Konfrontationsbehandlungen bei psychischen Störungen – Theorie und Praxis (S. 269-302), Göttingen: Hogrefe.

Legenbauer, T./ Vocks, S. ([2]2104): Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie, Berlin und Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Linehan, M. M. (2007): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, München: CIP-Medien.

Lock, J. et al. (2005): A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (S, 632-639), 44 (7).

Lundgren, J. D. et al. (2004): Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: an empirical analysis of clinical significance, in: International Journal of Eating Disorders (S. 262–274), 35 (3).

Mahlke, C. et al. (2015): Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstands, in: Nervenheilkunde (S. 235 -239), 4.

Masheb, R. M./ Grilo, C. M. (2006): Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with Binge eating disorder, in: International Journal of Eating Disorders (S. 141-146), 39 (2).

McGilley, B. H./ Szablewski, J. K. (2010): Recipe for Recovery. Necessary Ingredients for the Client´s and Clinican´s Success, in: Maine, M. et al.: Treatment of Eating Disorders: Bridging the Research-Practice-Gap (S. 197-213), New York: Elsevier.

McIntosh, V. V. et al. (2006): Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa, in: International Journal of Eating Disorders (S. 625-632), 39 (8).

Mead, S. (2003): Defining peer support. http://www.peernet.dk/wp-content/uploads/2016/03/DefiningPeerSupport-Shery-Mead.pdf (25.11.2018).

Miller, W. R./ Sanchez, V. C. (1994): Motivating young adults for treatment and lifestyle change, in: Howard, G. (Hrsg.): Issues in alcohol use and misuse by young adults (S. 55-82), University Notre Dame Press: Notre Dame.

Mitchell, J. E. et al. (2011): Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial, in: The British Journal of Psychiatry (S. 391–397), 198 (5).

Munsch, S. (2003): Binge Eating. Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen, Weinheim und Basel: Beltz PVU.

Noordenbos, G. (2013): Recovery from Eating disorders, Pondicherry: Wiley-Blackwell.

Obeid, N. et al. (2013): Self-Esteem and Social Anxiety in an Adolescent Female Eating Disorder Population: Age and Diagnostic Effects, in: Eating Disorders (S. 140-153), 21 (2).

Openshaw, C. et al. (2004): Group cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa: Statistical vs clinical significance of changes in symptoms across treatment, in: International Journal of Eating Disorders (S. 363–375), 36 (4).

Orbach, S. (1979): Anti Diät Buch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Esssucht, München: Verlag Frauenoffensive.

Orbach, S. (1984): Anti Diät Buch II. Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Esssucht, München: Verlag Frauenoffensive.

Palmer, B./ Birchall, H. (2003): Dialectical behaviour therapy, in: Treasure, J. et al. (Hrsg.): Handbook of eating disorders (S. 271–277), Chichester: John Wiley.

Pecho, L. (2008): Medizinische Behandlung, in: Wunderer, E./ Schnebel, A.: Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie (S. 124-142), Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Perkins, S./ Schmidt, U. (2005): Self-help for eating disorders, in: Wonderlich, S. et al. (Hrsg.): Eating disorders review (S. 87–104), part 1, Oxford: Radcliffe.

Prochaska, J. O./ DiClemente C. C. (1983): Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology (S. 390-395), 51 (3).

Prochaska, J. O./ DiClemente, C. C./ Norcros, J. C. (1992): In search of how people chance. Applications to Addictive Behaviors, in: American Psychologist (S. 1102-1114), 47 (9).

Quiles Marcos, Y. et al. (2013): Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis, in: European Psychiatry (S. 199-206), 28 (4).

Rayner, K. E. et al. (2013): A longitudinal investigation of perceived friend influence on adolescent girls' body dissatisfaction and disordered eating, in: Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology (S. 643–656), 42 (5).

Reich, G. (2004): Psychodynamische Psychotherapie einer Patientin mit Anorexie, in: Psychotherapie im Dialog (S. 32–39), 5 (1).

Reich, G. ([2]2015): Familientherapie der Essstörung in: Herpertz, S. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 255-262), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Resmark, G. ([2]2015): Verhaltenstherapeutische Modellvorstellungen, in: Herpertz, S. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 79-84), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Richards, P. S. et al. (2000): What works for treating eating disorders? Conclusions of 28 outcome reviews, in: Eating Disorders (S. 189–206), 8(3).

Rudolf, G. ([2]2006): Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen, Stuttgart: Schattauer.

Ruhl, H. (2014): Heilungskriterien bei Essstörungen – in der Literatur und psychotherapeutischen Praxis. Bachelorarbeit am Institut für Psychologie. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg: Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Safer, D. L. (2001): Dialectical Behavior therapy for bulimia nervosa, in: The American Journal of Psychiatry (S. 632-634), 158.

Safer, D. L. et al. (2009): Dialectical Behavior Therapy for Binge-Eating and Bulimia, New York: Guilford.

Schauenburg H. et al. (2009): Focal psychodynamic psychotherapy of anorexia nervosa. A treatment manual, in: Psychotherapeut (S. 270–280), 54 (4).

Schneider, G. (2003) Die psychoanalytisch fundierte Behandlung anorektischer Patientinnen, in: Herzog, W. et al. (Hrsg.): Essstörungen (S. 94–106), Stuttgart: Schattauer.

Solanto, M. V. et al. (1994): Rate of weight gain of inpatients with anorexia nervosa under two behavioural contracts, in: Pediatrics (S. 989–991), 93 (6 Pt 1).

Steinhausen, H.C./ Weber, S. (2009): The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research, in: American Journal of Psychiatry (S. 1331-1341), 166 (12).

Stiglmayr, C. (2017): Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), in: Brakemeier, E. L./ Jacobi, F. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in der Praxis (S. 701-712), Weinheim und Basel: Beltz.

Tanner, C./ Connan, F. (2003): Cognitive analytic therapy, in: Treasure, J. et al. (Hrsg.): Handbook of eating disorders (S. 279–289), Chichester: Wiley.

Telch, C. F. et al. (2001): Group dialectical behaviour therapy for binge eating disorder: A preliminary uncontrolled trial, in: Behavior Therapy (S. 569-582), 31 (3).

Teufel, M./ Zipfel, S. ([2]2015): Klinische Aspekte der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Erwachsenenalter, in: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 9-20), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Thiels, C./ de Zwaan, M. ([2]2015): Selbsthilfe bei Essstörungen, in: Herpertz, S. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 311-316), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Thiem, M. (2018): Ex-User und STAler - wichtige Partner in der Suchthilfe. Selbstbetroffenheit als ein wichtiges Therapeutikum, unveröffentlichtes Manuskript, Adelsdorf.

Thiem, M. (2018 a): Peer Counseling in der Suchtkrankenhilfe/Soziotherapie, unveröffentlichtes Manuskript, Adelsdorf.

Tong, S. T. et al. (2013): The Use of Pro-Ana Blogs for Online Social Support, in: Eating Disorders (S. 408-422), 21 (5).

Treasure, J. et al. (1999): Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy, in: Behaviour Research and Therapy (S. 405-418), 37 (5).

Treasure, J./ Schmidt, U. (2003): Treatment overview, in: Treasure, J. et al. (Hrsg.): Handbook of eating disorders (S. 207–217), Chichester: Wiley.

Troop, N. et al. (2014): Social Rank and Symptom Change in Eating Disorders: A 6-month Longitudinal Study, in: Clinical Psychology and Psychotherapy (S. 115-122), 21 (2).

Tuschen-Caffier, B./ Florin, I. (2002): Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Tuschen-Caffier, B. / Svaldi, J. (2017): Essstörungen, in: Brakemeier, E. L./ Jacobi, F.: Verhaltenstherapie in der Praxis (S. 573-585), Weinheim und Basel: Beltz.

Utschakowski, J. (2009): Peer-Support. Gründe, Wirkungen, Ambitionen, in: Utschakowski, J. et al. (Hrsg.): Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern (S. 14-21), Bonn: Psychiatrie Verlag.

Utschakowski, J. (2010): Licht am Ende des Tunnels. Das Projekt EX-IN qualifiziert Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung zu Genesungsbegleitern (S. 29-33), in: Pflegen: psychosozial, 2.

Utschakowski, J. (2011): Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter, Amsterdam: HPM van Haaster.

Utschakowski, J. (2015): Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung, Köln: Psychiatrie Verlag.

Vaitl, D./ Petermann, F. (2004): Entspannungsverfahren – Ein Praxishandbuch, Berlin: Beltz PVU.

van Hoeken, D. et al. ([2]2003): Epidemiology, in: Treasure, J. et al. (Hrsg.): Handbook of eating disorders (S. 11–34), Chichester: Wiley.

Vocks, S./ Legenbauer, T. (2005): Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm, Göttingen: Hogrefe.

Vocks, S. et al. (2010): Metaanalysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder, in: International Journal of Eating Disorders (S. 205–217), 43 (3).

Vocks, S. et al. (2011): Binge-Eating-Störung, in: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Essstörung (S. 203-222), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Vocks, S./ Bauer, A. ([2]2015): Behandlung von Körperbildstörungen, in: Herpertz, S. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 303-310), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

von Wietersheim, J. et al. (2005): Status, Möglichkeiten und Grenzen in der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken, in: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (S.79-83), 55.

Waller, G. (2012): The Myths of Motivation: Time for a Fresh Look at some Received Wisdom in the Eating Disorders?, in: International Journal of Eating Disorders (S. 1–16), 45 (1).

Wallier, J. et al. (2009): Dropout from Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa: Critical Review of the Literature, in: International Journal of Eating Disorders (S. 636–647), 42 (7).

Walsh, B. T. et al. (2000): Fluoxetine for bulimia nervosa following poor response to psychotherapy, in: American Journal of Psychiatry (S. 1332–1334), 157 (8).

Wampold, E. (2011): Qualities and actions of effective therapists. Continuing Education in psychotherapy of the American Psychological Association (APA, Education Directorate), https://www.apa.org/education/ce/effective-therapists.pdf, 02.01.2019.

Weissman, M.M./ Markowitz, J.C./ Klerman, G.L. (2009): Interpersonelle Psychotherapie. Ein Behandlungsleitfaden, Göttingen: Hogrefe.

Wilfley, D. et al. (2003): Interpersonal Psychotherapy, in: Treasure, J. et al. (Hrsg.): Handbook of eating disorders (S. 252–270), Chichester: Wiley.

Wilson, G. T. (1999): Cognitive behaviour therapy for eating disorders: Progress and problems, in: Behavior Research Therapy (S. 79–95), 37 (1).

Wilson, G. T./ Fairburn, C. G. (1993): Cognitive treatments for eating disorders, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology (S. 261–269), 61 (2).

Wunderer, E. (2015): Praxishandbuch. Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Wunderer, E. (2007): „Du sollst nicht essen ohne dich schuldig zu fühlen." Pro-ANA-Websites verharmlosen Essstörungen als „Lifestyle", in: Ernährungs Umschau (S. 206-207), 4.

Wunderer, E. et al. (2008): Interdisziplinäre Essstörungstherapie. Psychotherapie, Medizinische Behandlung, Sozialpädagogische Begleitung, Ernährungstherapie, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Zeeck, A. ([2]2015): Stationäre und teilstationäre Psychotherapie von Essstörungen, in: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): Handbuch Essstörungen und Adipositas (S. 293-301), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Zeeck, A. et al. (2002): Teilstationäre Psychotherapie: Settingbesonderheiten und Indikationsstellung am Beispiel der Freiburger Tagesklinik, in: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie (S. 492-499), 52 (12).

Zeeck, A. et al. (2011): Anorexia nervosa, in: Herpertz, S. et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie. Diagnostik und Behandlung der Essstörung (S. 47-156), Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.

Zipfel, S. et al. (2014): Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomized controlled trial, in: Lancet (S. 127-137), 383.

Internetquellen

apotheken-umschau.de (2016): Orthorexie, https://www.apotheken-umschau.de/Ernaehrung/Orthorexie-Ab-wann-gesundes-Essen-krank-macht-514185.html, 20.01.2019.

borderlinetrialog.de (o. J.): DBT-Peer-Coach, http://www.borderlinetrialog.de/dbt-peer-coaching, 24.01.2019.

bundesfachverbandessstoerungen.de (o. J.): BFE, https://www.bundesfachverbandess-stoerungen.de/, 13.01.2019.

borderlinetrialog.de (o. J.): DBT-Peer-Coach, http://www.borderlinetrialog.de/dbt-peer-coaching, 13.01.2019.

bzga.de (o. J.): Selbsthilfe, https://www.bzga-essstoerungen.de/hilfe-finden/weitere-hilfestellungen/selbsthilfe/, 27.12.2018.

bzga.de (o. J.): Häufigkeit von Essstörungen, https://www.bzga-essstoerungen.de/wie-haeufig-sind-essstoerungen/#c755, 21.01.2019.

dhs.de (o. J.): DHS, http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/ess-stoerungen.html, 13.01.2019.

empowerment.de (2017): Definition Empowerment, https://www.empowerment.de/grundlagen/, 26.11.2018.

ex-in-by.de (2015): EX-IN Bayern, http://ex-in-by.de/ex-in/vorstellung/, 18.11.2018.

ex-in-by.de (2015): Curriculum EX-IN, http://ex-in-by.de/wp-7f2a0-content/uploads/2011/03/Curriculum-EX-IN-Ausbildung.pdf, 19.11.2018.

fitforfun.de (o.J.): Instarexie, https://www.fitforfun.de/abnehmen/instarexie-wenn-workout-selfies-krank-machen-195784.html, 20.01.2019.

gesundheit.de (2016): Seelische Gesundheit, https://www.gesundheit.de/medizin/psychologie/gesunde-seele/seelische-gesundheit-was-bedeutet-das, 21.11.2018.

gesundheit.de (o. J.): trigger, https://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon/trigger, 09.01.2019.

sozialgesetzbuch.de (o. J.): Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung, https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/5.html, 28.12.2018.

Anhang

A 1. Tabelle 5: Grundlegende Merkmale von Essstörungen (BZgA, 2013, S. 14-15)

Essverhalten und Gewicht

- sehr viel trinken (z. B. mehr als 3 Liter Wasser am Tag)
- Lebensmittelauswahl einschränken, „Verbote“
- sehr wenig essen
- Heißhungeranfälle, im Wechsel mit Tagen, an denen „gefastet“ wird
- nach den Mahlzeiten zurückziehen
- Erbrechen, teilweise Medikamentenmissbrauch
- andere zum Essen verführen aber selbst nichts essen
- Essen mit anderen vermeiden
- ausweichend auf Fragen antworten, warum nicht gegessen wird
- Frustessen
- Essen ist mit Angst verbunden
- übermäßiges Kaugummikauen
- starkes Süßen oder Würzen der Speisen und Getränke
- schlingendes Essen
- nur noch über Figur & Gewicht nachdenken und reden
- starke Gewichtsveränderung
- sich selbst als zu dick empfinden, obwohl das nicht der Fall ist
- abgemagerten Körper in weiter Kleidung verstecken /
- abgemagerten Körper zur Schau stellen

Zwanghaftes Verhalten

- Rituale rund ums Essen (wann wird was wie gegessen)
- sich häufig wiegen
- Tag genau planen
- körperlich extrem aktiv sein
- selbst aufgestellte Regeln trotz körperlicher Warnhinweise (wie Kreislaufschwäche, Kopfschmerzen) streng befolgen

Im Kontakt mit anderen

- wenig selbstbewusst sein
- auffälliger Ehrgeiz: Leistung soll super, alles perfekt sein
- Leistung fällt übermäßig ab oder steigt deutlich an
- sich immer mehr zurückziehen
- Probleme leugnen
- sich nichts gönnen
- depressive Stimmung

Körperliche Hinweise

- dauernd frieren
- körperliche Schwäche
- Ohnmacht, Schwindel
- Haarausfall
- Anschwellen der Wangen durch Anschwellen der Speicheldrüsen
- Karies Zahnschmelzschäden
- Magenschmerzen, Verdauungsprobleme
- Ausbleiben der Menstruation

A 2. Tabelle 6: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa	
ICD-10 (F 50.0)	**DSM-5 (DSM IV: 307.1)**
Untergewicht	
1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15Prozent unter dem erwarteten Gewicht (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht)	**A.** Einschränkung der Nahrungsaufnahme relativ zum Bedarf, was zu einem signifikant erniedrigten Körpergewicht führt unter Berücksichtigung

oder Body-Mass-Index von 17,5 kg/m² oder weniger. Bei Betroffenen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.	von Alter, Geschlecht, bisheriger Entwicklung und körperlicher Gesundheit. Signifikant erniedrigtes Gewicht ist definiert als ein Gewicht, das unter einem minimalen Normalgewicht liegt, oder, bei Kindern und Adoleszenten, unter dem minimal zu erwartendem Körpergewicht.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: a) Vermeidung von hochkalorischen Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen: b) selbst induziertes Erbrechen c) selbst induziertes Abführen d) übertriebene körperliche Aktivität Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.	**B.** Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder persistierendes Verhalten, das mit einer Gewichtszunahme interferiert, trotz bestehenden Untergewichts.
Störung des Körperbildes bzw. „Gewichtsphobie“	
3. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.	**B.** siehe oben **C.** Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder persistierendes Nichtanerkennen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
Endokrine Störung	
4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Erhöhter Wachstumshormon- und Cortisolspiegel, Änderung des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.	
Entwicklungsverzögerung bei präpuberalem Beginn	
5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der präpubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.	
Untertypen	

F 50.00: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen, etc.) – dazugehörige Begriffe: asketische Form, passive Form oder restriktive Form der Anorexie.	Restriktiver Typ: Während der vergangenen drei Monate zeigte die/der Betroffene keine wiederkehrenden Episoden von Binge-Eating oder Purging-Verhalten (d.h. selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren). Dieser Subtyp beschreibt Formen, bei denen der Gewichtsverlust vorwiegend durch Diäthalten, Fasten und/oder exzessive körperliche Betätigung herbeigeführt wird.
F 50.01: Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen, etc. u. U. in Verbindung mit Heißhungerattacken) – dazugehörige Begriffe: aktive Form oder bulimische Form der Anorexie.	Binge-Eating/Purging-Typ: Während der vergangenen drei Monate zeigte die/der Betroffene wiederkehrende Episoden von Binge-Eating oder Purging-Verhalten (d. h. selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren).

A 3. Tabelle 7: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa	
ICD-10 (F 50.2)	**DSM-5 (DSM IV: 307.51)**
Essanfälle	
1. Eine andauernde Beschäftigung mi Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die/der Betroffene erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.	**A.** Wiederholte Episoden von Binge Eating (Essanfällen). Eine Episode von Essanfällen ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert: 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) Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man nicht mit dem Essen aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).
Kompensatorische Maßnahmen	
2. Der/die Betroffene versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung	**B.** Wiederholte unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen, um eine Gewichtszunahme zu

durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: • selbstinduziertes Erbrechen • Missbrauch von Abführmitteln • zeitweilige Hungerperioden • Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.	verhindern, wie bspw. selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.
Chronizität	
	C. Binge Eating (Essanfälle) und unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen treten beide durchschnittlich mindestens einmal pro Woche über drei Monate hinweg auf.
„Gewichtsphobie“, Einfluss Körperbild auf Selbstachtung	
3. Es besteht eine krankhafte Furcht davor, dick zu werden; die/der Betroffene setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbiden, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.	**D.** Die Selbstbewertung wird in übertriebenem Maße von Körperform und -gewicht abhängig gemacht.
Abgrenzung zur Anorexia nervosa	
4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen.	**5.** Die Störung tritt nicht ausschließlich während Episoden einer Anorexia nervosa auf.

A 4. Tabelle 8: Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung

Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung nach DSM-5
Essanfälle
A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Eine Episode von Essanfällen ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert: 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. Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man nicht mit dem Essen aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).

B. Die Episoden von Essanfällen 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, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.

C. Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.

D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche für drei Monate auf.

E. Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher, und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

A 5. Tabelle 9: Diagnostik atypischer Essstörungen

Diagnostische Kriterien der atypischen/sonstigen bzw. anderen spezifizierten und nicht spezifizierten Essstörungen	
ICD-10	**DSM-5**
Atypische Anorexia Nervosa (F 50.1) Eine oder mehrere Kernmerkmale der Anorexia nervosa (F 50.0), z. B. Amenorrhoe oder signifikanter Gewichtsverlust, fehlen bei ansonsten ziemlich typischem klinischen Bild. Auch für Betroffene, die alle Kernsymptome aufweisen, allerdings in leichter Ausprägung. Die Kategorie ist nicht gedacht für anorexie-ähnliche Essstörungen, die auf einer bekannten körperlichen Krankheit beruhen. **Atypische Bulimia nervosa (F50.3)** Ein oder mehrere Kernmerkmale der Bulimia nervosa (F50.2) fehlen, bei ansonsten recht typischem klinischen Bild. Meistens trifft dies auf Betroffene mit Normalgewicht oder auch Übergewicht zu, die	**Andere spezifizierte Fütter- und Essstörungen** Formen von Fütter- oder Essstörungen, die klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen, aber nicht die Kriterien einer der anderen Diagnosen vollständig erfüllen. Mit dieser Klassifikation kann der genaue Grund angezeigt werden, warum die vorliegende Form nicht die Kriterien einer spezifischen Fütter- oder Essstörung erfüllt. Dies geschieht, indem „andere spezifische Fütter- oder Essstörungen“ zusammen mit der Begründung (z. B. Bulimia nervosa von geringer Häufigkeit) kodiert wird. Beispiele sind:

typische Perioden von Essattacken mit anschließendem Erbrechen und Abführen aufweisen. Partialsyndrome mit depressiven Symptomen sind ebenfalls häufig. Wenn die depressiven Symptome aber die Diagnose einer depressiven Störung rechtfertigen, sind zwei Diagnosen zu kodieren.

Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (F50.4)
Übermäßiges Essen, das eine Reaktion auf belastende Ereignisse ist und zu Übergewicht geführt hat (psychogene Essattacken).

Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen (F50.5)
Im Rahmen dissoziativer Störungen, hypochondrischer Störungen und im Rahmen der Schwangerschaft durch emotionale Faktoren.

Sonstige Essstörungen (F50.8)
Dazugehörige Begriffe:

- Psychogener Appetitverlust

Nicht organische Pica (Essen von Papier, Sand etc.) bei Erwachsenen

1. **Atypische Anorexie:** Alle Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt außer deutlichem Gewichtsverlust, das Körpergewicht ist innerhalb oder über dem Normalgewichtsbereich.
2. **Bulimia nervosa (niedriger Häufigkeit und/oder begrenzter Dauer):** Alle Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, außer dass die Essanfälle und unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen im Durchschnitt seltener als einmal pro Woche und /oder nicht über drei Monate hinweg auftreten
3. **Binge-Eating-Störung (niedrige Häufigkeit und/oder begrenzte Dauer):** Alle Kriterien einer Binge-Eating-Störung sind erfüllt, außer dass das Binge-Eating im Durchschnitt weniger als einmal pro Woche und/oder nicht über drei Monate hinweg auftritt.
4. **Purging Disorder:** Wiederholtes Purging-Verhalten, um Körpergewicht oder -form zu beeinflussen (z. B. selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Medikamenten) in Abwesenheit von Binge Eating.
5. **Night Eating Syndrom:** Wiederholte Episoden nächtlichen Essens, das sich in Essen nach dem Erwachen oder exzessivem Nahrungsmittelkonsum nach dem Abendessen äußert. Die Essepisoden sind bewusst und können erinnert werden. Die nächtlichen Essepisoden können nicht besser erklärt werden durch äußere Einflüsse, wie individuelle Veränderungen im Wach-Schlaf-Zyklus oder lokale soziale Normen. Das nächtliche Essen verursacht bedeutsames Leiden und/oder eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit. Die Störung ist nicht auf eine Binge-Eating-Störung oder andere psychische Störungen, eine medizinische Erkrankung oder die Nebenwirkungen von Medikamenten zurückzuführen.

Nicht näher bezeichnete Essstörung (F50.9)	**Nicht spezifizierte Fütter- und Essstörung**

	Formen von Fütter- oder Essstörungen, die klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursachen, aber nicht die Kriterien einer der anderen Diagnosen vollständig erfüllen. Diese Klassifikation wird gewählt, wenn der Grund, warum die vorliegende Form nicht die Kriterien einer spezifischen Fütter- oder Essstörung erfüllt, nicht angezeigt werden soll, z. B. weil zu wenig Information vorliegt, um eine genauere Diagnose zu stellen.

A 6. Ausführliche Darstellung der Module zur Qualifizierung von Experten durch Erfahrung (Curriculum EX-IN)

1. Modul: FÖRDERUNG VON GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN

Moduldauer: 22 Stunden Unterrichtskontakt

Dieses Modul eröffnet den TeilnehmerInnen die Möglichkeit, ihr eigenes Verständnis von Gesundheit zu entwickeln und als einen entscheidenden Teil im Leben und im Prozess der Genesung zu entdecken. Das Modul bietet die Möglichkeit, Strategien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden zu verstehen, zu teilen und zu erkunden.

Am Ende des Moduls werden die TeilnehmerInnen:

1. ein Verständnis von Definitionen und Ansätzen haben, mit denen Gesundheit und Wohlbefinden beschrieben und bemessen werden und individuelle Erklärungsmodelle identifizieren können.

2. Gesundheit und Wohlbefinden auf dem Hintergrund von psychischen Problemen diskutieren können.

3. Einflüsse auf die individuelle Gesundheit und das Wohlbefinden beschreiben können, einschließlich der Bedeutung von persönlichen Netzwerken, Gemeindezusammenhänge und gesellschaftlichen Bedingungen.

4. Möglichkeiten und Strategien zu einer gesünderen Lebensführung beschreiben können und wissen, welche Angebote in der Region und in weiteren sozialen Netzwerken verfügbar sind.

2. Modul: Empowerment in Theorie und Praxis

Moduldauer: 22 Stunden Unterricht

Entscheidungsmacht zu haben oder machtlos zu sein, ist eines der Kernthemen im Zusammenhang mit psychischem Leid. Dieses Modul wurde entwickelt, um den TeilnehmerInnen die Möglichkeit zu bieten, relevante Themen und Fragen zu Empowerment kennen zu lernen und zu diskutieren. Die Reflektion von Entscheidungsmacht bedeutet, sich mit Macht in Beziehungen auseinanderzusetzen, mit der Delegation von Macht und der Auseinandersetzung mit Vertragsmacht. Um Machtfragen transparent zu machen, müssen reale Alltagssituationen betrachtet werden, wie z.B. Wohnsituation, Arbeit, Einweisungen, Freizeit, Beziehungen, Geschlechterfragen, Zugehörigkeit und Ausgeschlossensein. Ein wichtiges Mittel, um dies zu erreichen, ist der Austausch über unterschiedliche Erfahrungen, Wünsche und Hoffnungen.

Das Modul:

1. Ermöglicht eine differenzierte Auseinandersetzung mit Empowermentkonzepten

2. Fördert Empowerment von Psychiatrie-Erfahrenen

3. Fördert die Durchsetzungsfähigkeit der TeilnehmerInnen

3. Modul: Erfahrung und Teilhabe

Moduldauer: 22 Stunden

Ziel des Moduls “Erfahrung und Teilhabe” ist, einen Bewusstseinsprozess über individuelle und kollektive Erfahrungen und Handlungen im Zusammenhang mit Psychiatrie-Erfahrung zu fördern. Dabei geht es darum, die Suche nach Lösungen, den Prozess der Entscheidungsfindung und seine Einflussfaktoren, die unterschiedlichen Wege, Entscheidungen in die Praxis umzusetzen und die Auswertung dieses Gesamtprozesses zu beschreiben. Das Modul soll zu einem individuellen und kollektiven Empowermentprozess beitragen.

Nach Beendigung des Moduls werden die TeilnehmerInnen in der Lage sein:

- differenzierter über eigene Erfahrung sprechen und den Erzählungen anderer zuhören zu können.
- mehr über die Erfahrungen mit psychischen Problemen vieler unterschiedlicher Menschen zu wissen.
- besser über eigene Erfahrungen mit psychischen Problemen reflektieren und sie auf respektvolle und gleichberechtigte Weise mit anderen teilen zu können.

- fruchtbar persönliche und soziale Probleme unterscheiden zu können.

Zudem werden sie kennen gelernt haben:

- unterschiedliche individuelle und kollektive Bewältigungsstrategien für psychisches Leid.
- besser mit psychiatrischen Institutionen umzugehen.
- besser mit den gesellschaftlichen Reaktionen (positiven wie negativen) umzugehen.
- verschiedene Nutzerorganisationen und Initiativen, die Angebote vorhalten, die Psychiatrie-Erfahrenen ermöglichen, unabhängiger von psychiatrischen Diensten zu werden.
- welche Möglichkeiten zur Einflussnahme und Verbesserung ihrer Behandlung es gibt.

4. Modul: Trialog

Moduldauer: zusammen 22 Stunden

Trialog bedeutet, eine Zusammenkunft von ExperteInnen durch Erfahrung, Angehörigen/Freunden und Psychiatrie-Profis auf gleicher Augenhöhe in der Öffentlichkeitsarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätskontrolle, Gesundheitspolitik, etc. Die Idee stellt eine Herausforderung für alle drei Gruppen dar. Trialog setzt Standards für eine zukünftige Entwicklung, die die Psychiatrie grundlegend verändern kann.

Ziel des Trialogmoduls ist, die TeilnehmerInnen mit der Theorie und Praxis des Trialogs durch Vermittlung der theoretischen Rahmenbedingungen, der Vorbereitung der Praxis und der direkten Erfahrung in Trialogseminaren.

Am Ende des Moduls werden die TeilnehmerInnen:

- Die eigene Perspektive als Psychiatrie-Erfahrenen im Verhältnis zu der von Angehörigen und
- Professionellen reflektieren zu können.
- Die Subjektivität jeder der drei Perspektiven zu erkennen.
- Die Vielfalt zwischen und in den drei Gruppen respektieren zu können.
- Die Perspektive von Angehörigen und Professionellen in der Lehr- bzw. der Unterstützungstätigkeit berücksichtigen zu können.
- Trialog in unterschiedlichen Kontexten anwenden zu können (Lehrtätigkeit, Betreuung und Begleitung, Öffentlichkeitsarbeit, Anti-Stigma-Arbeit): die eigene Erfahrung reflektieren und
- kommunizieren zu können und die anderen Perspektiven zu berücksichtigen.

5. Modul: Perspektiven und Erfahrungen von Genesung / Recovery

Moduldauer: 22 Stunden Unterricht

Gelebte Erfahrung und Forschung haben gezeigt, dass es für die Genesung von einer schweren psychischen Erkrankung eine realistische Chance gibt. Recovery kann sowohl als ein sozialer als auch als ein individueller Prozess beschrieben werden; sozial weil Genesung ein integraler Bestandteil des täglichen Lebens der betreffenden Person ist, in dem soziale und materielle Aspekte eine Unterstützung oder ein Hindernis für den Recovery-Prozess darstellen können, individuell weil es um die subjektiven Erfahrungen des Einzelnen in Bezug auf das Überwinden von und/oder leben mit psychischen Problemen geht. Forschung und persönliche Berichte über Genesung haben dazu beigetragen, ein neues Verständnis davon zu entwickeln, warum und wie Menschen psychische Probleme bewältigen, als auch warum und wie Menschen in einer Situation von „Chronizität“ und der Rolle als Patient verbleiben.

Am Ende des Moduls werden die TeilnehmerInnen:

- Ihr Bewusstseins und ihre Reflektion der eigenen Genesungsgeschichte als auch die von anderen erweitert haben.
- Ihr Wissen über genesungsfördernde bzw., genesungshindernde Prozesse erweitert haben.
- Ihr Wissen über genesungsorientierte Dienste, Einrichtungen und Gruppen erweitert haben.
- Fähigkeiten und Strategien anwenden können, die dem Erfahrungswissen von Psychiatrie-Erfahrenen Geltung verschaffen.

6. Modul: Unabhängige Betroffenen-Fürsprecher

Moduldauer: 22 Stunden Unterricht

Unabhängige Betroffenen-Fürsprache ist eine von vielen verschiedenen Möglichkeiten sicherzustellen, dass die Anliegen eines/einer NutzerIn gehört werden, wenn eine Entscheidung getroffen wird. Dazu gehört es, Wahlmöglichkeiten aufzuzeigen, die NutzerIn über ihre Rechte aufzuklären und die NutzerIn dabei zu unterstützen, diese Rechte zu verteidigen.

Am Ende des Moduls werden die TeilnehmerInnen:

- Über das notwendige und relevante Wissen verfügen, um die Rolle der FürsprecherIn kompetent ausüben zu können.

- Kompetenzen und Strategien, entwickelt haben, die sicherstellen, dass die Stimme einer NutzerIn gehört wird, wenn Entscheidungen getroffen werden.

7. Modul: Selbsterforschung

Moduldauer: 22 Std.

Professionelle im Bereich Psychiatrie sprechen traditionell nicht direkt mit Klienten über ihre psychotische Erfahrung, weil befürchtet wird, dass dies erneut psychotisches Erleben hervorruft. Dies führt dazu, dass in der Regel versucht wird, die Krankheit zu behandeln, ohne allerdings auf die Erfahrungen und die Konsequenzen dieser Erfahrungen für die Personen einzugehen. Viele Betroffene fühlen sich und ihre Erfahrungen durch die traditionelle Psychiatrie nicht wahrgenommen, viel eher werden sie von ihren Erfahrungen entfremdet, ihnen wird nicht wirklich geholfen. Viele Erfahrungen haben aber eine Bedeutung. Man kann lernen mit ihnen umzugehen und auch mit den Problemen, die ihnen zugrunde liegen. Der traditionelle Ansatz fokussiert sich auf die Einschränkungen, statt auf die Fähigkeiten der Person, mit den Erfahrungen umgehen zu können, die Fähigkeit, die Erfahrungen steuern zu können, statt von ihnen gesteuert zu werden.

Am Ende des Moduls werden die TeilnehmerInnen:

- verständlich über die eigenen Erfahrungen sprechen können und sie niederschreiben können.
- mit verschiedenen Ansätzen und Erklärungsmodellen vertraut sein.
- Grundprinzipien eines Selbsterforschungsinterviews kennen.

8. Modul: Recovery orientiertes Assessment / Ganzheitliche Lebensplanung

Moduldauer: 22 Stunden

Das Modul ermöglicht den KursteilnehmerInnen, Wissen und Fähigkeiten für die Unterstützung von Menschen in Krisen zu entwickeln ihre Situation besser zu verstehen und Pläne für die Zukunft zu entwickeln. Das Modul wurde auf Basis der Transformation von Erfahrungen mit professioneller Hilfe während Krisen entwickelt. Mit dem Modul ist beabsichtigt, dass sowohl Professionelle als auch Psychiatrie-Erfahrene ein größeres Verständnis dafür entwickeln, was aus der Perspektive eines Menschen in Krise als hilfreich empfunden wird, wie individuelle Erfahrungen erkundet werden können und wie dies in hilfreiche Strategien zu einer Recovery-orientierten Unterstützung transformiert werden kann. Das Modul entwickelt eine Methode zum Assessment und zur Planung personenorientierter Hilfen, die aus der Perspektive des/der Betroffenen entwickelt wird. Die vorgestellte Methode hilft, die Gefühle der Betroffenen wahrzunehmen, die Gedanken zu

ordnen und den Erfahrungen eine Bedeutung zu geben. Das Modul soll dazu beitragen zu lernen wie verschiedene personenzentrierte Planungsinstrumente angewandt werden können, wie Assessments durchgeführt werden können, wie hilfreiche Beziehungen aufgebaut werden und wie auf dieser Basis eine persönliche Planung entwickelt werden kann.

Am Ende des Moduls werden die TeilnehmerInnen:

- Ein Bewusstsein für Assessment und Planung aus einer Recovery-Perspektive haben.
- Verständnis für die Möglichkeiten des Assessment- und Planungsansatz haben.
- Sicherheit im Eingehen von Beziehungen und dem Einsatz von Recovery-Instrumenten mit Menschen in Krisen haben.
- Zu Reflexion ihre Arbeit befähigt sein.

9. Modul: Begleiten und Unterstützen / Genesungsbegleitung

Moduldauer: 22 Std. Unterricht

Nutzerorientierung, Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen in psychiatrischen Diensten, Beratung und Qualitätsmanagement ist seit langem ein Anliegen der Betroffenenbewegung. Diese Forderung basiert auf der Überzeugung, dass die Wünsche und Bedürfnisse einer Person, die psychisch beeinträchtigt ist am besten von jemandem verstanden werden können, der/die ähnliche Erfahrungen gemacht hat. Unterstützer mit eigenem Erfahrungshintergrund können als Rollenmodel fungieren. Sie leben unabhängig und üben eine professionelle Funktion aus. Der Genesungsbegleiter kann Übersetzer zwischen Professionellen und Psychiatrie-Erfahrenen sein. Er/sie kann aufgrund der eigenen reflektierten Erfahrung vielfältige Angebote machen, die Unabhängigkeit und Selbstbestimmung fördern. Um andere gut unterstützen zu können ist es nicht nur wichtig, die eigene Erfahrung der Bewältigung psychischer Herausforderungen und hilfreicher Beziehungen zu reflektieren, sondern auch Methoden und Haltungen.

Dieses Modul, soll die Entwicklung folgender Kompetenzen fördern:

- Umgang mit gesetzlichen Rahmenbedingungen von Begleitung und Unterstützung
- Reflektion der Prinzipien von Unterstützung von Psychiatrie-Erfahrenen für Betroffene
- Differenziertes Wissen über die Bedeutung und die Umsetzung unterstützender
- Kommunikation und Beziehungsarbeit im Rahmen von Genesungsbegleitung
- Reflektion des eigenen Unterstützungsstils
- Kenntnis der verschiedenen Bereiche und Ebenen von Begleitung und Unterstützung

10. Modul: Krisenintervention

Modul Dauer: 22 Stunden Unterricht

Im Rahmen der Arbeit für seelische Gesundheit gibt es immer wieder Situationen in denen Konflikte entstehen und Menschen im Ungleichgewicht oder in zugespitzten Krisen sind. Hier ist es wichtig, dass die TeilnehmerInnen in der Lage sind, Recovery-orientiert und deeskalierend auf die Personen einzugehen und Möglichkeiten und Grenzen gut einschätzen zu können. Krisenintervention wird hier als ein Prozess verstanden, bei dem der/die GenesungsbegleiterIn zusammen mit dem/der Betroffenen die Krisenmomente identifiziert und beurteilt, um das Gleichgewicht wiederherzustellen und die negativen Auswirkungen der Krise im Leben der/des Betroffenen zu mindern.

Das Modul soll die TeilnehmerInnen befähigen:

- Konflikt- und Krisensituationen einschätzen zu können
- Eigene Fähigkeiten und Grenzen zu erkennen
- Kriseninterventionstechniken anwenden zu können
- Resssourcen- und Recovery-orientiert in Krisen agieren zu können
- Hilfs- und Ressourcennetzwerke einzubeziehen

11. Modul: Lehren

Modul Dauer: 22 Stunden Unterricht

Es ist eine wichtige Aufgabe für ExpertInnen durch Erfahrung, sich an Ausbildungs- und Qualifizierungsprozessen zu beteiligen. Einerseits ist es wichtig, dass reflektierte Erfahrungswissen zu nutzen, um andere Psychiatrie-Erfahrene, fortzubilden, anzuregen, zu unterstützen oder zu aktivieren. Andererseits ist das Erfahrungswissen sehr wichtig, um Angehörige zu informieren und insbesondere Professionelle dabei zu unterstützen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten zu verbessern, um ihre Angebote nutzerInnen- und bedarfsorientierter und zufriedenstellender umzusetzen. Um das Erfahrungswissen in Aus-, Fort- und Weiterbildung einzubringen, ist es wichtig, dass der psychiatrie-erfahrene Ausbilder gut vorbereitet ist. Er/sie muss lernen, wie er/sie über die Erfahrung spricht und wie man sie als Ressource in Ausbildungssituationen nutzt. Es ist aber auch wichtig zu wissen, wie man eine interessante Geschichte erzählt und wie man dabei vermeidet, über die eigenen Grenzen zu gehen. Curriculum zur Qualifizierung von Experten durch Erfahrung in der Gesundheitsversorgung

Das Modul soll die TeilnehmerInnen befähigen:

- Unterstützende Haltungen, Methoden und Inhalte für Ausbildungssituationen zu identifizieren
- Über die eigene Erfahrung sprechen zu können und dabei die eigenen Grenzen zu achten
- Frei und flexible in der Anwendung von Präsentationstechniken und –Methoden zu sein
- Eine gut strukturierte Präsentation vorzubereiten und anzukündigen
- Eine interessante Fortbildung zu geben

A 7. Fragen an die Mitglieder des BFE

- Welche Voraussetzungen sollten TeilnehmerInnen mitbringen?
- Was würden Sie sich als Inhalte der Ausbildung wünschen?
- Sehen Sie einen Bedarf für ein solches Konzept?
- Würden Sie eine ehemalige Betroffene in Ihrer Einrichtung/Stelle beschäftigen?
- Können Sie sich vorstellen, dass es ehemalige Betroffene gibt, die Interesse an der Ausbildung hätten?
- Welche Voraussetzungen sollten ehemalige Betroffene erfüllen um eine solche Ausbildung zu absolvieren?

A 8. Fragen an Bewohner der Wohngruppen bei ANAD e.V. und Betroffene

- Welche Ausbildungsinhalte würdest Du dir als Betroffene/r wünschen?
- Siehst Du als Betroffene/r einen Bedarf für ein solches Konzept?
- Welche Voraussetzungen sollte die Einrichtung erfüllen, damit Du dir vorstellen kannst dort tätig zu werden?
- Könntest Du dir vorstellen als ehemalige/r Betroffene/r eine Ausbildung zu ab-solvieren und anschließend mit Fachkräften zusammenzuarbeiten?

A 9. *Tabelle 10: Ausführliche Übersicht angewandter Therapieverfahren*

	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (Legenbauer und Vocks, ²2014)	**Interpersonelle Psychotherapie (IPT) (Hilbert, A. ²2015)**	**Psychodynamische Psychotherapie (PP) (Herzog W. et al., ²2015)**	**Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) (Archonti, 2016)**	**Körperbildtherapie**	**Familientherapie (FT) (Reich, G., ²2015)**	**Pharmakotherapie**	**Ernährungsberatung (Wunderer, 2015, S. 320-347)**	**Selbsthilfe (SH) (Tiehls und de Zwaan, ²2015)**
Grundannahme(n)	**Multifaktorielles Modell (Resmark, ²2015, S. 79-84) mit 3 wesentlichen Ursachen (Laessle und Kim, 2009):** • prädisponierende Faktoren • auslösende Faktoren • aufrechterhaltende Faktoren **1. Prädisponierende Faktoren** • zeitlich überdauernde persönliche Merkmale, oder • Umweltbedingungen • bestehen bereits vor dem Auftreten der ES über eine längere Zeit hinweg • möglicherweise auch nach Krankheitsbeginn weiter wirksam • Risikofaktoren laut Jacobi et al. (2004) ○ weibliches Geschlecht ○ ethnische Zugehörigkeit (nichtasiatisch) ○ frühkindliche Ernährungs- und gastrointestinale Störung ○ erhöhte Sorge um Gewicht und Figur ○ negative Selbsteinschätzung ○ sexueller Missbrauch und andere psychisch belastende Erfahrungen ○ allgemeinpsychiatrische Erkrankung • Differenzierung in vier Unterkategorien prädisponierender Faktoren: ○ biologische, ○ soziokulturelle, ○ familiäre und ○ individuelle Faktoren. **2. Auslösende Faktoren**	• Interpersonelle Probleme sind wesentlich an der Entstehung und Aufrechterhaltung von ES beteiligt (Weissman et al., 2009, S. 158-160) • Eine Lösung der interpersonellen Probleme, die aktuell störungsrelevant sind, führt zu einer Verbesserung der Essstörungssymptomatik (Wilfley et al., 2003)	• Grundlage ist eine psychodynamische Persönlichkeitstheorie • Tiefenpsychologische Konzepte verstehen ES als Folge konflikthafter Objektbeziehungen (Schauenburg et al., 2009) • weitgreifender als phänomenologische Beschreibung psychischer Störungen aktueller Klassifikationssysteme • zentrale Bedeutsamkeit der Perspektive der Persönlichkeit und deren Berücksichtigung für Behandlungsziele und Interventionstechniken • Symptomverhalten ist kurzfristig variabel → kein alleiniges Beurteilungskriterium, aber darf dennoch nicht ignoriert werden • therapeutischer Ansatzpunkt zeigt sich im Symptom, dass trotz schädigender Wirkung als bessere Alternative zu unangenehmen Gefühlen angesehen wird • Störungsspezifische Ergänzung allgemeiner psychodynamischer Techniken erforderlich • Anwendung der fokalen psychodynamischen Psychotherapie (PT) bei ES	• Grundlage bildet das Therapierational der DBT von Linehan (1993) • Adaption der DBT auf alle ES (DBT-E) mit kompensatorischen Essanfällen bei BN (Safer et al. 2009) und BES (Telch et al. 2001) • Emotionsregulationsstörung als zentrales Problem von ES-Patientinnen, d. h.: ○ erhöhte emotionale Verletzbarkeit ○ nicht ausreichende Möglichkeiten zur Regulation von Emotionen oder einer angemessenen Reaktion • erhöhte Wahrscheinlichkeit des Rückgriffs auf dysfunktionale Verhaltensweisen • Funktion der psychophysiologischen Beruhigung, des Trosts, Ablenkung oder Vermeidung negativer Emotionen • ggf. sind auch positive Emotionen betroffen, die als bedrohlich oder beschämend erlebt werden (Masheb und Grilo, 2006) • erhöhte emotionale Verletzbarkeit aufgrund von Kindheitserfahrungen im Umfeld sowie dessen Umgang mit Emotionen • invalidierender Erziehungsstil führt zu: ○ Schwierigkeiten Gefühle zu benennen, ○ kein Vertrauen in sich selbst und den eigenen Lebensäußerungen ○ keine Toleranz gegenüber dem Empfinden von Emotionen und	• 4 Komponenten des Körperbildes (Vocks und Legenbauer, 2005, S. 25-31): ○ perzeptive (Wahrnehmung des Körpers) ○ kognitiv-affektive (Gedanken und Gefühle bzgl. des Körpers) ○ behaviorale (Verhalten, das aus dem Körperbild resultiert) • hohe Relevanz eines gestörten Körperbildes auf Entstehung und Aufrechterhaltung einer ES • höheres Rückfallrisiko bei bestehender negativer Einstellung gegenüber dem eigenen Körper • fehlende bzw. unzureichende/unsystematische Berücksichtigung des Körperbildes in der Therapie von AN und BN • ergänzender Baustein zu regulärer ES-Therapie	• Familie als Mehrpersonensystem d. h. ○ dauerhaftes Zusammenleben in Intimität und Privatheit ○ gemeinsame Geschichte und Zukunftsvorstellungen • empirisch gesicherter enger Zusammenhang zwischen familiären Beziehungen und ES (insb. AN) • Einfluss familiärer Beziehungen auf Entstehung, Verstärkung (auch der anderen Einflussfaktoren), Abschwächung sowie Bewältigung • ES hat wesentlichen Einfluss auf Familien-, Paarbeziehungen ○ erhebliche Belastung der Angehörigen ○ Förderung von Spannungen und Konflikten ○ Blockade von Lösungen • direkte familiäre Einflüsse der Entstehung (Umgang mit Essen, Gewicht und Aussehen) • indirekte familiäre Einflüsse der Entstehung (Selbstwert-, Selbstwirksamkeits- und Autonomiegefühl) →Einflüsse und Modellverhalten wichtiger Bezugspersonen (Übersicht s. Reich, ²2015) • Entstehung von ES als Systemprozess → Versuch der Lösung interpersoneller Konflikte und Entwicklung eines „Problemsystems“ um die Symptomatik	• sorgfältige Prüfung unter Berücksichtigung psychiatrischer Komorbiditäten (Pecho, 2008, S. 137) • mangelnde Compliance der Patientinnen (ebd.) • Hinweise auf veränderten Serotoninhaushalt bei ES, der zur Regelung des Hunger-Sättigungs-Haushaltes beiträgt (Legenbauer, ²2014, S. 46) • nicht Therapie der Wahl bei ES (ebd.)	• Orientierung am Anti-Diät-Konzept von Orbach (1979, 1984, S. 28-53) ○ keine diätische Einschränkung ○ keine Light-Produkte ○ auf Körpersignale hören, d. h. nach Hunger und Sättigung essen • individuelle Festlegung von Regeln und Grundsätzen der Nahrungsaufnahme **AN** • schneiden der Lebensmittel (LM) in kleinste Teile • extrem langsames und bedächtiges Kauen • eingeschränkte Wahl der LM • Vermeidung gemeinsamer Mahlzeiten mit anderen • essen nur wenig oder ausschließlich kalorienarme LM • auffälliges Essverhalten **BN** • unregelmäßige Essenszeiten (Guertin, 1999) • Essen unterschiedliche Mengen in Abhängigkeit von Art der Mahlzeit und Nahrung • unauffälliges Essverhalten • Differenzierung in „erlaubte“ und „verbotene“ LM • wenige oder ungenügende Zeiteinplanung für Nahrungsaufnahme • Unter-/Überschätzung benötigter Essensmenge Erkenntnisse aus Minnesota Studie von Keys et al. (1950):	• Unterscheidung in SH mit ○ minimaler therapeutischer Anleitung (ASH) ○ ohne Anleitung (RSH) durch Betroffene • basieren auf klaren Störungs- und Behandlungsmodell (meist KVT) in Form von ○ Büchern ○ Videos ○ CD-ROM´s ○ via Internet • Alternative zu bestehenden psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlungsansätzen → „Stepped-care-Modelle“ • ökonomischer als PT • niedrigschwelliger Ansatz • Überbrückung der Wartezeit bis zu spezieller Behandlung • Verfügbarkeit zu jeder Zeit und an (fast) jedem Ort • SH ist geeignet für ○ motivierte ○ veränderungsbereite ○ leicht ausgeprägter Form der ES ○ wenigen Komorbiditäten ○ unterstützendem sozialen Umfeld • weniger therapeutische Unterstützung notwendig • Voraussetzung für SH ○ frühere Erfahrungen mit SH? ○ Erfolg dieser SH? *Übersicht der Vor- und Nachteile von SH s. Tiehls und de Zwaan, ²2015, S. 312*

	• Umstände, die das erstmalige Auftreten der Essstörung (ES) hervorrufen ○ kritische Lebensereignisse ○ neue Anforderungen ○ Angst vor Leistungsversagen ○ körperliche Erkrankungen → fehlende Fähigkeit zur Anpassung ○ strikte Reduktionsdiät ○ körperliche Aktivität **3. Aufrechterhaltende Faktoren** • Bedingungen, die zum Bestehen der ES beitragen und ein Abklingen verhindern • Folge zugrundeliegender Probleme der ES und daher eng mit prädisponierenden Faktoren verknüpft • ES führt jedoch auch zu biologischen und psychologischen Veränderungen, die zur Aufrechterhaltung beitragen können • aufrechterhaltende Faktoren nach Legenbauer und Vocks (2014, S. 29-32) ○ gezügeltes Essverhalten ○ defizitäres Coping-Verhalten ○ dysfunktionale Informationsverarbeitungsprozesse **Transdiagnostisches Modell nach Fairburn (2012, S. 22,23)** = Modell der Aufrechterhaltung • entgegen dem durch die Klassifizierung von ES entstehendem Eindruck, handelt es sich nicht um klar abgrenzbare Störungsbilder mit störungsspezifischer Behandlung			körperlichen Empfindungen ○ Selbstzweifel • Suchen von Selbstbestätigung bei anderen • Überbewertung von Figur und Gewicht auf Selbstwertgefühl und Wohlbefinden • Notwendigkeit des Skills-Trainings zum besseren Umgang mit Emotionen • Aufbau eines eigenen Selbst(wert)gefühls und Fähigkeiten zur Reduktion emotionaler Verletzbarkeit		**Einfluss familiärer Beziehungen** • Beziehungen insgesamt ○ weniger funktional ○ Atmosphäre und Stellenwert gemeinsamen Essens negativ →Störbarkeit Essverhalten • Organisation und Zusammenhalt ○ oft schlecht organisiert ○ Zusammenhalt beeinträchtigt →Verstärkung von Unsicherheiten bzgl. Selbstwertgefühl und Autonomie in der Adoleszenz • Ablösung ○ geringere Ermutigung zu Unabhängigkeit ○ mehr bzw. lieblose Kontrolle („affectionless control") ○ binden, wenn Ermutigung zu Autonomie erforderlich wäre ○ wenig Zusammenhalt, wenn dieser benötigt wird • Kommunikation ○ Herabsetzung der Bedeutung der Probleme der Kinder ○ Unwillen zur Wahrnehmung von Problemen ○ Gefühlsausdruck oft gestört ○ Unterschiede familiärer Beziehungen bei AN, BN und BES (s. Reich, [2]2015)		• natürliche Hunger- und Sättigungsmechanismen werden außer Kraft gesetzt • Gewichtsverlust	

	• alle Formen von ES haben viele gemeinsame Merkmale
	• Patientinnen erfüllen im Verlauf mehrere Diagnosen oder wechseln zwischen diesen hin und her, jedoch nicht in andere psychische Störungsbilder (Fairburn und Harrison, 2003)
	  ○ Betrachtung von ES als eine diagnostische Kategorie
	  ○ Differenzierung in spezifische (ES sind in ihrem Wesen kognitive Störungen) und allgemeine Komponenten (Fairburn, 2012, S. 15-20)
	  ○ verschiedene Formen der ES werden durch gemeinsame transdiagnostische Merkmale aufrechterhalten
	➔ Behandlung zur Veränderung transdiagnostischer Mechanismen bei allen ES durch Kognitiv-behaviorale Therapie von ES (CBT-E)								

Behandlungselemente/spezifische Bausteine	**1. Elemente zur Erreichung der kurzfristigen Ziele (Jacobi et al., [3]2008, S. 49)**
	• Informationsvermittlung
	• Erarbeiten und Halten der Motivation (Archonti, 2016, S. 46)
	• Selbstbeobachtung (z. B. mit Essprotokollen)
	• Maßnahmen zur Gewichtsstabilisierung
	• Einhalten vorgeschriebener Mahlzeiten
	• Stimuluskontrolle
	• Spezielle Techniken zur Reduktion von Heißhungeranfällen (HA) und Erbrechen (E)
	• Kognitive Techniken
	
	<u>Normalisierung des Essverhaltens beinhaltet (Archonti, 2016, S. 47):</u>
	• strukturierte, regelmäßige und kalorisch
		Therapeutische Techniken
		• Exploration
		• Klärung
		• Förderung von Affektausdruck
		• Kommunikationsanalyse
		• Verhaltensmodifikation
		• wertschätzende, unterstützende, optimistische Haltung
		
		Initiale Phase
		• Vermittlung von Störungs- und Behandlungswissen
		• Beschreibung des Therapiekonzeptes und Vorgehens
		• Beziehungsanalyse (interpersonal inventory)
		→ Identifikation der Problembereiche, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung assoziiert werden
		  ○ Trauer
			• Arbeit an symptomatischer Besserung und persönlichkeitsimmanenten intrapsychischen Konflikten sowie draus resultierende konflikthafte Beziehungsthemen
			• Erarbeitung der subjektiven, lebensgeschichtlichen Bedeutung der Symptome
			• Erarbeitung einer individuell gültigen Hermeneutik der Symptomatik in therapeutischer Beziehung
			→Dechiffrierung alter Erfahrungen durch neue korrigierende
			• operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) in manualisierter Form (OPD-2) (Dahlbender und Tritt, 2011) mit den Achsen
				Therapeutische Strategien (Stiglmayr, 2017, S. 704)
				• akzeptanzbasierte Strategien
				  ○ Techniken der Problemerhebung
				  ○ reziproken Kommunikation
				  ○ Validierung
				• Veränderungsstrategien
				  ○ Problemlösung
				  ○ Kontingenzmanagement
				  ○ Exposition
				  ○ kognitive Umstrukturierung
				  ○ provokante Kommunikationsstrategien
				  ○ Vermittlung von Fertigkeiten (Skills)
				• dialektische Strategien zur angemessenen Regulation der genannten Strategien
					Module der Körperbildtherapie
					
					1. *<u>Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells</u>*
					• bzgl. Entstehung und Aufrechterhaltung der Körperbildstörung → Herleitung der Behandlungskomponenten
					  ○ positive und negative Erlebnisse, die zur Entstehung beigetragen haben
					  ○ Einfluss des medial verbreiteten Schönheitsideals
					  ○ Erarbeitung der Problematik bzgl. der Komponenten
					2. *<u>Modifikation dysfunktionaler körperbezogener Kognitionen</u>*
					• negative Bewertung des eigenen Körpers (verstärkt bei BN)
					• Einfluss von Figur und Gewicht auf
						• Indikationen zur Familientherapie (s. Reich, [2]2015)
						• Aufklärung
						  ○ medizinische Aspekte
						  ○ mögliche psychologische Zusammenhänge
						  ○ Umgang mit ES im Beziehungssystem
						
						3 Phasen der Familientherapie (Cierpka und Reich, 2010):
						Stabilisierungsphase
						• Zugang zum Familiensystem erlangen
						• Stabilisierung des Essverhaltens
						• AN
						  ○ Gewichtsverlust vermeiden bzw. Steigerung herbeiführen
						  ○ ggf. begleitende Elterngespräche
						• BN
							AN
							• Gabe von Antidepressiva (vorzugsweise Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI) bei komorbiden Erkrankungen empfohlen (Bruna und Fogteloo, 2003, S. 313)
							• Gabe eines niedrig dosierten Neuroleptikums im Einzelfall (Zeeck et al., 2011, S. 80):
							  ○ stark ausgeprägte Gewichtsängste
							  ○ kognitive Einschränkungen des Essens
							  ○ starke Hyperaktivität
							• erhöhte Achtsamkeit auf mögliche Nebenwirkungen von Antidepressiva (ebd., S. 82).
							
							BN
							• Antidepressiva als additive Therapie zu PT
								1. Ernährungsanamnese
								• Klärung des aktuellen Ernährungsverhaltens
								• individuelle Zielvereinbarung auf Grundlage der Anamnese
								• hilfreiche kann die Gegenüberstellung des aktuellen Essverhaltens mit dem Ziel-/Wunschzustand am Ende sein
								
								2. Essprotokoll
								• Überblick über Zusammensetzung und Struktur der Mahlzeiten und Trinkgewohnheiten
								• Rückschlüsse auf auslösende und aufrechterhaltende Faktoren
								• Angabe der Mengen in haushaltsüblichen Maßen zur Verhinderung einer Verstärkung der Symptomatik
								• Vordruck für Essprotokoll (ebd., S. 323)
									• Informationen über Erkrankung
									• Vermittlung spezifischer Fertigkeiten (Skills) zum Lösen und Umgang mit Gesundheitsproblemen
									• persönliche, telefonische sowie E-Mail Begleitung
									
									Teilnehmende der SH
									• befolgen Ratschläge des SH-Materials
									• führen Übungen durch
									• bewerten Erfolg ihrer Bemühungen
									
									Anleitung zur SH umfasst
									• Erläuterungen zum SH-Material,
									• Beantworten von Fragen,
									• Motivationsförderung,
									• Unterstützung und Anpassung des Programms an individuelle Bedürfnisse

	ausreichende, ausgewogene Nahrungszufuhr, • Einstellen jeglicher Nahrungsmittelrestriktion (quantitativ/qualitativ), • (Wieder-)Herstellen einer angemessenen Haltung zur Nahrungsaufnahme, • Entkopplung der Nahrung und deren (Nicht-)Aufnahme von Prozessen der Emotionsregulation *<u>Behandlungsvertrag (Archonti, 2016, S. 47)</u>* • gemeinsam vereinbarte Ziele und Maßnahmen • Gewichtszunahme AN • Gewichtshaltevertrag BN • Gewichtsreduktion BES *<u>Ergänzende Techniken (Tuschen-Caffier und Florin, 2002, S. 43-45)</u>* • Nahrungsmittel- / • Belastungsexpositionsübungen mit Reaktionsverhinderung ➔ Gefühl von Kontrolle über Nahrungsaufnahme ➔ Verbesserung der Selbststeuerungsfähigkeit **2. Elemente zur Erreichung der langfristen Ziele (Jacobi, [3]2008, S. 49)** • Selbstbeobachtung • Problemanalyse • Zielerreichungsskalierung (goal-attainment-scaling) • Spezifische Techniken (soziales Kompetenztraining, Einbeziehung/Beratung der Familie/des Partners bzw. Familien-/Paartherapie) • Körperübungen, Körpererfahrung, Körperbilderstellung • Videokonfrontation, Spiegelübungen *<u>Weitere Elemente</u>* • Kognitive Techniken zur Identifikation dysfunktionaler Gedanken	○ interpersonelle Rollenkonflikte ○ Rollenwechsel ○ interpersonelle Defizite • Vereinbarung spezifischer Behandlungsziele **Mittlere Phase (=Kernstück)** • Erarbeitung und Implementierung von Lösungsstrategien ○ Zusammenfassung der Symptomatik, in interpersonellen Kontext bringen ○ Erarbeitung und Etablierung spezifischer Verhaltensstrategien ○ Ermutigung zur Arbeit an Behandlungszielen ○ Förderung des Ausdrucks negativer Affekte im jeweiligen Problembereich **Schlussphase** • Bearbeitung des Therapieendes als Abschieds- oder Trauerprozess • Würdigung erzielter Fortschritte zur Förderung des Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserlebens • Anleitung zur Identifikation früher Anzeichen eines Rückfalls • Bewältigungsmaßnahmen für wiederauftretende Symptome • Erarbeitung eines spezifischen Plans für weiterführende Arbeit nach Therapieabschluss	○ Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, ○ Beziehung, ○ Konflikt, ○ Struktur. • Fokus(se) = Merkmale, die Störung verursachen und aufrechterhalten und daher für die Psychodynamik des Krankheitsbildes eine bestimmende Rolle einnehmen →Veränderung des/ der Fokus(se) für therapeutischen Fortschritt notwendig • Notwendigkeit der Berücksichtigung einer Typologie struktureller Störungen, die für alle ES gültig ist (Rudolf, [2]2006, S. 61-64) ○ Stufe 1: gut integriert, neurotischer Konflikt ○ Stufe 2: gut bis mäßig integriert, neurotischer Konflikt mit strukturellen Ausfällen ○ Stufe 3: mäßig integriert, Bewältigung struktureller Störungen durch Charakterabwehr ○ Stufe 4: mäßig bis gering integriert, Bewältigung struktureller Störungen durch symptomwertiges Verhalten ○ Stufe 5: gering integriert, ○ Stufe 6: desintegriert • Therapieplanung unter Berücksichtigung des strukturellen Störungsanteils **AN** *Zwei Phasen der FPT Therapie* (Schneider, 2003) 1. Werbung um Patientin in Initialphase durch Benennung der beziehungsdynamischen Folgen des Verhaltens → Isolation, Vermeidung altersentsprechender Aktivitäten	• strukturelle Strategien für den funktionalen Rahmen • aktives Therapeutenverhalten • Kenntnis und Anwendung der Validierungsstufen (Linehan, 2007, S. 164-184) • Aufbau von Strategien zur Regulation affektgetriggerter Essanfälle mit folgenden Materialien: ○ spezifische Tagebuchkarten („Diary-Card“) ○ Fertigkeitenprotokoll zur Dokumentation des Einsatzes erarbeiteter Skills ○ Analyse von Handlungsketten zur Veränderung der verschiedenen Verhaltensanteile in spezifischen Problemsituationen ○ Vermittlung weiterer spezifischer Skills • gilt nicht als Standardbehandlung bei ES, sondern ergänzend bei ○ therapieresistenten Patientinnen ○ Patientinnen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen (Palmer und Birchhall, 2003)	Selbstwertgefühl → Veränderung körperbezogener Kognitionen • Identifikation negativer automatischer Gedanken und Grundannahmen • Prüfung dieser auf Funktionalität Realitätsangemessenheit mithilfe des Sokratischen Dialogs • Anleitung zur Integration der Techniken in den Alltag • schrittweises ersetzen negativer Gedanken und Annahmen durch positive *3. <u>Körperkonfrontation per Spiegel und Video</u>* • Aktivierung negativer Emotionen zur Überwindung negativer Reaktionen beim Anblick des eigenen Körpers sowie damit einhergehendes Vermeidungsverhalten • Erfassung negativ und positiv bewertete Körperbereiche durch Therapeutin →Beginn der Intervention mit Fokussierung der negativ angesehenen Bereiche • Systematische Betrachtung des Körpers im Ganzkörperspiegel unter Anleitung der Therapeutin • Expositionsübungen per Video zur Auseinandersetzung mit eigenen Bewegungsmustern →nicht beenden bevor negative Emotionen deutlich zurückgegangen sind →regelmäßige Wiederholung um Habituation zu ermöglichen *4. <u>Expositionsübungen zur Reduktion des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens</u>* • Identifikation von Situationen und Orten in denen das Verhalten gezeigt wird • Herausarbeitung zugrundeliegender Kognitionen und Überprüfung	○ fester Essensrhythmus und Unterstützung bei Wiedererlangung der Kontrolle über das Essverhalten ○ nach Klärung der „Pseudo-Autonomie“ Hinzuziehung der Familie **Konfliktbearbeitungsphase** • Bearbeitung wesentlicher familiärer Konflikte (mehrgenerationale Verstrickungen, tabuisierte Entwicklungen) • ggf. Paargespräch der Eltern zur Klärung ihrer Beziehung • AN ○ Ablösung von Familie • BN ○ Förderung emotionaler Resonanz ○ Unterstützung des Dialogs (weniger impulshaft→ Klärung mgl.) **Reifungsphase** • Festigung der Veränderungen familiärer Beziehungen und des Essverhaltens • Förderung der Autonomie Betroffener • Förderung der Autonomie der Familie • Veränderungen in der Familiendynamik verbessern die Prognose (insb. AN; geringerem Maße auch BN)	(Jacobi et al. 2011, S. 170-180), oder • als Unterstützung zu Behandlungsbeginn (ebd.)	• Achten auf Hinweise für „Schönschreiben des Protokolls“ • Führen wird als lästig und unangenehm empfunden → Förderung der Compliance und einplanen einer ausreichend Besprechungszeit (Hilbert und Tuschen-Caffier, 2010, S. 32, 42, 43, 59) **3. Aufbau geregelter Mahlzeitenstruktur** • Etablierung eines festen Essensrhythmus falls nicht vorhanden (3 Mahlzeiten, ggf. Zwischenmahlzeiten) • Unterstützung durch: ○ individueller Essensplan → Verzicht auf Angaben über Kalorien- oder Fettmengen (Orbach, 1979;1984) ○ begleitete Mahlzeiten ○ gemeinsames Kochen und Essen **4. Normalisierung des Gewichts** • Psychoedukation → Informations-/Aufklärungsarbeit über ○ biologische Einflüsse auf das Gewicht ○ Auswirkungen von Diäten • Gewichtskontrolle/-vereinbarung ○ enge Überwachung bei Untergewicht ○ Beachtung möglicher Täuschungsversuche zur Gewichtsmanipulation ○ „Waagen-Verbot“ und Reduktion des häufigen Wiegens ○ Konfrontation und Umgang mit Wiegeergebnis ○ Beachtung eines Mindestgewichts für ambulantes Setting (BMI 16 oder 15)	**Weiterhin besteht die Möglichkeit zu** • Diagnostik, • fortlaufender Risikobeurteilung, • bedarfsorientierte Vermittlung an andere, meist intensivere Behandlung

	• Training zum Erkennen und Bewältigen von Emotionen
	• Vermittlung von Konflikt- und Problemlösekompetenzen
	• Stabilisierung neu erlernten Verhaltens
	• Vorbeugung von Rückfällen
	
	➔ Ausführliche Erläuterung der spezifischen Bausteine der VT siehe Jacobi et al., [3]2008, Kapitel 9.3
	➔ Tabellarische Übersicht verhaltenstherapeutischer Ziele und Strategien bei AN, BN und BES siehe Tuschen-Caffier und Svaldi, 2017, S. 577.
			2. konfliktorientierte Vorgehen nach Etablierung einer therapeutischen Beziehung
			
			PP-Allgemein
			• Konzentration auf Spaltung innerer und äußerer Welt → Autonomiekampf (Kontrolle des Hungers und Gewichts stellt sicheren Mechanismus der Selbstbehauptung dar)
			• Verbindung der Arbeit an der Symptomatik mit der Auseinandersetzung mit interpersonellen und intrapsychischen Konflikten (Reich 2004)
			• Bearbeitung von Konflikt- und Affektabwehr (Legenbauer und Vocks, [2]2014, S. 45):
			  ○ Isolierung, Rationalisierung, Verleugnung
			  ○ rigide Über-Ich Anforderungen
			
			Cognitve-Analytic-Therapy (CAT) nach Ryle (1990)
			• Verbindung KVT-Ansätze mit analytischen Konzepten
			• Berücksichtigung interpersoneller Probleme
			3 Stufen
			• Reformulation problematischer interpersoneller Beziehungs- und Verhaltensmuster
			• Recognition dieser Muster
			• Revision der Muster im hier und jetzt
			
			BN
			• heterogene Patientengruppe bzgl. psychodiagnostischer Klassifikation
			• Indikation, wenn Selbsthilfemaßnahmen oder symptomorientierte Kurzzeittherapien nicht greifen
			• Bewältigung strukturelller Störungen durch symptomwertiges Verhalten (Rudolf, 2006, S. 47-79)
					auf Realitätsangemessenheit
					• Herausarbeitung konkreter Übungsbereiche
					• Planung von Expositionen
					• Antizipation möglicher auftretender Probleme
					• Mögliche Übungsbereiche
					  ○ Tätigkeiten
					  ○ Orte
					  ○ soziale Aktivitäten
					  ○ Körperpflege
					  ○ Körperpositionen
					  ○ Figur- und Gewichtskontrolle
					  ○ Rückversicherung
					  ○ soziale Vergleiche
					
					5. <u>Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten</u>
					• Kennenlernen des Körpers als eine Möglichkeit zum Erleben positiver Erfahrungen
					• 3 Inhaltsbereiche
					  ○ Gesundheit/Fitness
					  ○ sinnliche Erfahrungen
					  ○ Körperpflege/Aussehen
					• Etablierung sportlicher Aktivitäten in moderater Form
					
					Weitere Techniken (Legenbauer und Vocks, [2]2014, S. 231-252)
					• Imaginationsübungen
					• Abtast- und Zeichenübungen
					• Modellierübungen
								○ Selbstbestimmungsphase zur eigenverantwortlichen Erreichung des Gewichtsziels (Legenbauer und Vocks, [2]2014, S 129)
								○ Fremdkontrollphase im Falle der Nichterreichung des Gewichtsziels → Regulierung von Aktivitäten und Nahrungsaufnahme durch Therapeuten → Einschränkungsprogramme (Borgart und Meermann, 2004) oder Zusatznahrung und Zwangsernährung (ebd.)
								○ Stabilisierungsphase und Gewichtshaltevertäge (ebd.)
								○ schriftliche Gewichtsvereinbarung zu gegebenem Zeitpunkt (ggf. mit Stufenplan)
								• Ängste thematisieren und Unsicherheit aushalten
								• Übergewicht reduzieren (BES)
								
								5. Integration verbotener LM
								• verfassen einer individuellen „schwarzen Liste“
								• Festlegung der Reihenfolge zur Reintegration
								• Abarbeiten der Liste → Nachhaltigkeit statt Geschwindigkeit
								• bestehen auf angemessene Portionsgrößen
								• Verzicht auf Light-Produkte
								
								6. Abbau von Essanfällen und Purging-Verhalten
								• Information und Aufklärung über die Entstehung von Essanfällen:
								  ○ Diätverhalten und Fasten,	

			• multimodale Therapieansätze als Alternative **BES** • kombinierte Therapie aus Ernährung, Bewegung und PT empfehlenswert z. B. psychodynamische Gruppentherapie					○ dysfunktionale Emotionsregulation und ○ automatisierte Abläufe und Gewohnheiten (Legenbauer und Vögele, 2004) • herausarbeiten individueller Auslöser und aufrechterhaltender Faktoren (SORCK-Schema der VT) • Erarbeitung kurz- (Ablenkungsreize) und langfristiger (positive Aktivitäten) Emotionsregulationsstrategien (Legenbauer und Vocks, ²2014, S. 138) • Exposition • Nahrungsmittelkonfrontation nach Jansen (1998) zur Konditionierung von Essanfällen • Bewegung und Sport ○ AN + BN Patientinnen treiben oft exzessiv Sport (ggf. Bewegungsprotokoll) ○ BES oder BN Patientinnen im Übergewicht zu Bewegung motivieren **7. Essen mit Genuss** • Achtsamkeitsübungen zum Training des Geschmackssinns	
Rahmenbedingungen		• ambulante Kurzzeittherapie • ca. 16-20 Sitzungen • Fokus auf aktuell störungsrelevante interpersonelle Probleme	CAT • 16-24 Sitzungen	• Gruppentherapie bei BES • Einzeltherapie bei BN					
Ziele	**1. Kurzfristige Veränderung des Ernährungsverhaltens:** • Gewichtsrestoration AN • Normalisierung des Essverhaltens AN + BN • Etablierung eines natürlichen Hunger- und Sättigungsgefühls • Abbau der kognitiven Kontrolle über die Nahrungsaufnahme • Rückbildung biologisch-physiologischer Dysfunktionen • Ausgangspunkt der Behandlung	**Initiale Phase** • Identifikation des Problems • Symptombewältigung **Mittlere Phase** • Arbeit an dem/den aktuell störungsrelevanten interpersonellen Problembereich/en **Schlussphase** • Konsolidierung des Erreichten • Vorbereitung weiterer eigenständiger Arbeit	**AN** • CAT: Erhöhung der Selbstwirksamkeit als Basis für Veränderungen (Tanner und Connan, 2003) **BN** • Entwicklung strukturell-er Fähigkeiten (Impulskontrolle, interaktive Fähigkeiten)	**1.** Herstellung dialektischer Verhaltensweisen, d. h. Denken und Handeln, das von Ausgewogenheit und Augenmaß bestimmt ist (Stiglmayr, 2017, S. 701) **2.** Einstellen von Essanfällen und aller gegenregulatorischen Maßnahmen **3.** Training funktionaler Fertigkeiten der Emotionsregulation ○ Achtsamkeitsskills ○ Emotionsregulationsskills	**Zielsetzungen der Körperkonfrontation aufgrund wissenschaftlicher Befunde** *1. <u>Abbau negativer körperbezogener Emotionen</u>* • Betrachtung des Körpers ruft z. B. Angst, Wut, Traurigkeit und Ekel hervor *2. <u>Überwindung körperbezogenen Vermeidungsverhaltens</u>* • konsequenten Meiden des eigenen körperlichen Anblicks (z. B. durch Abhängen von Spiegeln) • Nichtberühren des eigenen Körpers	Veränderung interpersoneller Beziehung sodass, • die ES als Lösungsversuch für die hier bestehenden Konflikte und Schwierigkeiten nicht mehr notwendig ist, • die ES aufrechterhaltende dysfunktionale Interaktionen minimiert werden, • die Beeinträchtigung der Beziehungen durch die ES reduziert wird.	**AN (de Zwaan und Svitek, ²2015, S. 286-287)** • Gewichtsrestitution • Rückfallprophylaxe **BN (ebd., S. 287-289)** • Unterstützung in Akuttherapie • Rückfallprophylaxe • Ersatz bei Nichtansprechen auf PT **BES (ebd., S. 290)** • Reduktion der Frequenz der Essanfälle	**Allgemein** • Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur • Normalisierung des Körpergewichts • Integration verbotener LM • Reduktion von Essanfällen und Purging-Verhalten • Essen mit Genuss und ohne Reue **Zusätzlich durch Essprotokoll (Benninghoven, 1997):** • Aufbau von Selbstkontrolle	• Austausch mit anderen Betroffenen • Erlernen eines Umgangs mit ES • Ergänzung der PT (nicht Ersatz!!) • Überbrückung der Wartezeit • Unterstützung vor, während und nach der Therapie (Selbsthilfe)

	2. Langfristige Behandlung zugrundeliegender Problembereiche → „Two-Track-Approach“ = Berücksichtigung physiologischer u. psychologischer Probleme (Garner und Isaacs, 1986)	an interpersonellen Problemen		○ Stresstoleranzskills ○ Training interpersoneller Fertigkeiten	*3. <u>Korrektur der verzerrten mentalen Repräsentation des eigenen Körpers</u>* • Überschätzung eigener Körperdimensionen (Körperausmaße und Bewegungsmuster) *4. <u>Reduktion der defizitorientierten Betrachtungsweise des eigenen Körpers</u>* • intensive Betrachtung negativ evaluierter Körperregionen • geringer Aufmerksamkeit gegenüber positiven Aspekten **Ziele von Imaginationsübungen** • Förderung der Entspannungsfähigkeit (Vaitl und Petermann, 2004) • Verdeutlichung des Zusammenhangs zwischen Gefühlen, Gedanken und Wahrnehmung (Görlitz, 2001) **Ziel der Abtast- und Zeichenübungen (Legenbauer und Vocks, ²2014, S. 231-252)** • Vergleich Selbstbild mit Fremdbild **Ziel der Modellierübungen (ebd.)** • Bearbeitung der Störungen der perzeptiven Ebene • Auseinandersetzung mit dem eigenen Körperbild		• Reduktion der essstörungsspezifischen Psychopathologie • Gewichtsabnahme oder Verhinderung der weiteren Gewichtszunahme • Verbesserung der allgemeinen Psychopathologie • Verbesserung der körperlichen Gesundheit	• Therapieerfolgskontrolle	
Wirksamkeit	**AN** • wenig aussagekräftige Wirksamkeitsstudien vorhanden (Zeeck et al., 2011) • grundsätzlich ist Wirksamkeit anzunehmen (Zeeck et al., 2011) • Hinweise, dass stationäre Behandlung zu schnellerer Gewichtszunahme führt (Hartmann et al. 2011) • Nachweis der Überlegenheit spezifischer gegenüber unspezifischen Ansätzen (Dare et al., 2001) • kein zusätzlicher Nutzen durch Psychopharmaka (Attia et al. 1998), aber • Hinweise auf Reduktion des Rückfallrisikos durch Fluoxetin (Kaye et al. 2001)	• Wirksamkeitsnachweis für BN und BES (Wilfley et al., 2003) **BN** • substanziell und langanhaltend wirksam • langfristig kein Unterschied zur KVT (40% vollständig remittiert) (Agras et al., 2000) • signifikanten Verbesserung essstörungsspezifischer Psychopathologie, ○ Essanfällen ○ Purging-Verhalten ○ gezügeltem Essverhalten ○ Figur- und Gewichtssorgen allgemeiner Psychopathologie und interpersonellen Problemen • Prädiktoren für Therapieverlauf	• Wirksamkeitsnachweise für AN (Zipfel et al., 2014), BN und BES **AN** • psychodynamische Verfahren mit Symptomorientierung sind gegenüber traditionellen psychodynamischen Ansätzen überlegen (Herzog und Hartmann, 1997) • Outcome stationärer psychodynamischer Behandlung bei 2,5-Jahres-Follow-up → 33% symptomfrei d.h. weniger als bei KVT (Kächele et al., 2001; Fichter und Quadflieg, 1999) • CAT gleich gute Ergebnisse wie herkömmliche psychodynamische Verfahren und FT (Dare et al., 2001)	• ermutigende Effekte bzgl. der Abstinenzrate von Essanfällen und Erbrechen mit 29% (Safer et al., 2001)	**Wirksamkeit des Einsatzes mehrerer Behandlungskomponenten** • Nachweis der Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen • deutlichste Therapieeffekte ○ Reduktion der körperlichen Unzufriedenheit ○ Figur- und Gewichtssorgen ○ Verbesserungen des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens • Verbesserungen hinsichtlich ○ Anzahl der Essanfälle ○ Ausmaß des Schlankheitsstrebens ○ essstörungsübergreifender Maße (Depressivität, Selbstwertgefühl)	**AN** • vornehmlich bei jugendlichen AN-Patientinnen → in 60-90% der Fälle erfolgreich (Eisler et al., 2003) • aktiven Auseinandersetzung der Eltern mit ES zeigt größere Effekte als unterstützende, aber nicht auf ES bezogene Haltung • schlechtestes Ergebnis bei fehlendem Einbezug der Eltern (ebd., 1997) • Effektivität gilt bei jugendlichen AN-Patienten, allerdings geringe Datenlage auf diesem Gebiet (ebd., 2003) • geringere Datenlage nur für erwachsene chronisch erkrankte AN-Patienten→ Aussagen generalisierbar? (ebd., 2003)	**AN** • mangelnde Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung (Bruna und Fogteloo, 2003, S. 312) • einzige systematische Überprüfung zeigte meist keine positiven Befunde, teilweise medizinische Komplikationen (Treasure und Schmidt, 2003, S. 208, 209) • keine hinreichende Wirksamkeit von Antidepressiva (trizyklischer Antidepressiva (TCA) und SSRIs) und Neuroleptika (Himmerich und Benkert, ¹¹2017, S. 779-781) sowie • ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis	• Gewichtssteigerungsprogramme mit eher niedrigem wöchentlichen Gewichtsziel sind erfolgreicher als jene mit höheren Gewichtszielen (Herzog et al. 2004) • langsame Gewichtszunahmen bei ambulanten Patientinnen blieben auch nach Behandlungsende stabil im Gegensatz zu schneller Gewichtabnahme nach stationärer Behandlung (Herzog, 2000) • allerdings zeigte sich auch, dass bei hohen Gewichtszunahmezielen im stationären Setting auch höhere Gewichtszunahme ohne Probleme erreicht wurden (Solanto et al., 1994)	• Studien zum Einsatz neuerer Technologien (Legenbauer und Vocks, ²2014, S. 46) • Erfolg der „Train the Trainer“ Strategie bei rezidivierenden BES-Patienten (=Schulung unerfahrener Personen (Coaches) zur Anleitung) • Hinweise auf Zusammenhang zwischen Qualität der Beziehung von Coaches und Patienten und dem Erfolg von ASH ○ gute Erfahrungen ○ Unterstützung • multiimpulsive BN Patienten können von ASH deutlich profitieren, aber schlechteres abschneiden gegenüber nicht-multiimpulsiven und weniger depressiven

	• niedriges Gewicht, längere Krankheitsdauer und höheres Alter bedingen schlechteren Outcome (Treasure und Schmidt, 2003) ○ 2/3 jüngerer Patientinnen mit unter 3 Jahren Erkrankungsdauer genesen ○ nur 1/3 erwachsener Patientinnen genesen • hohe Abbruchraten, je nach Setting und Dauer 22-57% (Wallier et al., 2009) • trotz erfolgreicher Gewichtszunahme durch ambulante KVT liegt Gewicht nach 12 Monaten noch im Untergewicht (Legenbauer, [2]2015, S. 276) • bessere Gewichtszunahmen durch CBT-E für 60% der Patientinnen, die Behandlung abschlossen → allerdings Drop-out Raten von 40% (Fairburn, 2013) **BN** • Methode der Wahl bei BN (Wilson, 1999), da nach Wilson und Fairburn (1993) ○ alle Kernsymptome reduziert werden ○ gute Langzeiterfolge erzielt werden • Steinhausen und Weber (2009) stellen dar, dass nach der Behandlung ○ 45% vollständig remittiert sind ○ 27% deutlich gebessert sind ○ 23% chronischen Verlauf aufweisen ○ 22,5% erfüllten Kriterien	○ stärkere Reduktion des Purging-Verhaltens innerhalb der ersten vier Behandlungswochen ○ höherer BMI vor Behandlungsbeginn ○ weniger schwere Essstörungs- und allgemeine psychiatrische Symptomatik • Alternativmethode zu KVT, wenn diese nicht zur Verfügung steht, nicht wirksam oder gewollt ist • Keine Zulassung als Richtlinienpsychotherapie **BES** • substanzielle und langanhaltende Verbesserungen der Symptomatik • kurz- und langfristig genauso effektiv wie KVT (60% vollständig remittiert) (Agras et al., 2000) • effektiver als multimodale behaviorale Gewichtsreduktionstherapie • Reduktion essstörungsspezifischer und assoziierter allgemeiner Symptomatik (signifikante Verringerung) ○ Essanfälle ○ Figur und Gewichtssorgen ○ allgemeine psychiatrische Symptome und interpersonelle Probleme • signifikante, jedoch geringere Gewichtsreduktion als KVT • Prädiktoren für Behandlungserfolg ○ weniger schwere Essanfallssymptomatik vor der Behandlung ○ weniger interpersonelle Probleme ○ geringere Figur- und Gewichtssorgen	**BN** • Outcome stationärer psychodynamischer Behandlung bei 2,5-Jahres-Follow-up → 25% symptomfrei d.h. weniger als bei KVT		○ geringere negative emotionale Reaktion bei Betrachtung des Körpers • Therapie mit Spiegelkonfrontation wirksamer als ohne diese • erhöhte Aktivierung spezifischer, für die visuelle Körperverarbeitung relevanter Hirnareale nach der Therapie • keine signifikante Veränderung der Einschätzung körperlicher Dimensionen hin zu realistischerer mentaler Wahrnehmung **Wirksamkeit des Einsatzes einer Behandlungskomponente** *1. <u>Perzeptiv</u>* • unterschiedliche Ergebnisse zur realistischeren Einschätzung der eigenen Körperausmaße 2. *<u>Affektiv</u>* • Reduktion negativer körperbezogener Gefühle • interindividuelle Unterschiede im Ausmaß der Reduktion *3. <u>Kognitiv</u>* • Zurückführung der Reduktion dysfunktionaler körper- und selbstwertbezogener Kognitionen auf die Kombination spezifischer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden *4. <u>Behavioral</u>* • Spiegelexpositionen zur Reduktion des Vermeidungs- und Kontrollverhaltens überlegen gegenüber Interventionen ohne diese	• Dare et al. (2001) zeigen vergleichbare Ergebnisse für PP und FT • Unklarheit ob FT (als definiertes Verfahren) selbst oder grundsätzliche Einbeziehung der Eltern für günstige Effekte verantwortlich ist (Fairburn, 2005) • Hinweise, dass längere Behandlungszeiträume für Patientinnen aus Problemfamilien und mit ausgeprägten zwanghaften Zügen vorteilhaft sind (Lock et al., 2005) **BN** • kaum Wirksamkeitsstudien für BN (Eisler et al., 2003)	(hohes Nebenwirkungspotenzial bei geringer Effektivität) (ebd.) • Ausbleiben des erhofften Einflusses auf Gewichtszunahme und Halten des Gewichts (ebd.) • darüber hinaus keine ausreichende Evidenz für (Zeeck et al., 2011, S 82, 83): ○ Appetitstimulanzien ○ Lithium ○ Nahrungsergänzungsstoffe • kein Medikament zur AN-Behandlung zugelassen d. h. „Off-Label"-Verschreibung (ebd., S. 78) **BN** *<u>SSRI</u>* • Wirksamkeit von SSRI auf Kernsymptomatik relativ schwach (Jacobi et al. 2011, S 171) • Reduktion der Essanfälle um 55% (ebd.) • Reduktion von Erbrechen um 49% (ebd.) → aber KVT hier signifikant überlegen • Beobachtung der Zunahme von restriktivem Essverhalten (ebd., S. 177) • Symptomfreiheit nach Behandlungsende mit SSRI hinsichtlich Erbrechens und Essanfälle liegt bei 14% (ebd., S. 171) • Nachweis der Wirksamkeit von Fluoxetin bei Nichtansprechen auf KVT und IPT→ signifikante Reduktion der Frequenz von Essanfällen und Erbrechen (Walsh et al., 2000) • Dosis des Fluoxetin mit 60mg/Tag 3-mal so hoch wie bei Depressionsbehandlung (Bruna und Fogteloo, 2003, S. 315) • kein Vorteil einer kombinierten Behandlung aus Fluoxetin und kognitiv-behavioraler GT (Jacobi et al., 2002)		• andere Studien zeigten keine Hinweise bzgl. des Einflusses der Depressivität auf den Erfolg von ASH/RSH • Günstige Prognosen, bei: ○ realistischen Erwartungen ○ genügend Zeit zum Durcharbeiten ○ persönliche Termine mit Coach • keine Kenntnisse über nachteilige Auswirkungen der RSH als erster Therapieschritt • ASH als erster therapeutischer Ansatz bei BN Patienten zu 30% effektiv • Weg zu intensiverer Behandlung wird erleichtert • Verkürzung konventioneller PT und/oder • Verstärkung der Fokusse auf komorbide Störungen • Chance auf Teilnahme von BN bzw. BES Patienten an ASH sinkt mit steigender Wartezeit **AN** • SH kaum untersucht • SH-Manual kombiniert mit wöchentlichen telefonischen Anleitungen zur Überbrückung der Wartezeit auf stationären Platz ○ gut akzeptiert bei bulimischen AN-Patientinnen ○ verkürzte Aufenthaltsdauer deutlich • ASH nicht ausreichend als alleinige oder einzige Therapie • könnte einen Nutzen haben (Zeeck et al. 2011, S. 68) **BN** • Reduktion von Essanfällen mit 57% im mittleren Bereich (Jacobi et al. 2001, S. 170)

	anderer ES im Follow-up • Studien zur Verbesserung einzelner Symptome ○ Verhaltensweisen wie Erbrechen (75-94%) und Essanfälle (70-94%) (Richards et al., 2000) ○ verhaltensbezogene Merkmale wie Essanfallhäufigkeit, restriktives Essverhalten (Lundgren et al., 2004) • weniger gute Ergebnisse für kognitive Aspekte ((Lundgren et al., 2004) ○ Selbstwertgefühl ○ dysfunktionale Grundannahmen • Problem hoher Abbruchraten • Behandlungsangebote mit hohen Abbruchraten gehen mit schlechteren Erfolgsaussichten einher (Steinhausen und Weber, 2009) *Gruppentherapie BN* • vergleichbar gute Effekte von ET und GT bzgl. essstörungsspezifischer und allgemeinpsychopathologischer Symptome, aber • ET bei bulimischem Verhalten wirksamer als GT • zum 6-Monats-Follow-up blieben die positiven Veränderungen bestehen • Ausprägung der bulimischen Symptomatik in GT hat sich der ET angeglichen (Chen et al., 2003) • tendenziell positive Veränderungen von Variablen (Selbstsicherheit) durch interpersonellen Kontakt (Openshaw et al., 2004)	• bei stärkerer Essstörungspsychopathologie und größeren Selbstwertproblemen wirksamer als angeleitete, auf KVT basierende Selbsthilfe sowie multimodale Gewichtsreduktionstherapie • bei stärkerer Essanfallssymptomatik ist die angeleitete KVT-Selbsthilfe differenziell am wirksamsten • Empfehlung als Alternativbehandlung **AN** • unterstützendes klinisches Management kurzfristig wirksamer • langfristig keine Unterschiede zur KVT (30% gute oder sehr gute Verbesserungen) (Agras et al., 2000) • Symptomorientiertes Vorgehen in der Behandlung von zentraler Bedeutsamkeit • McIntosh et al. (2006) beschreiben diesen Ansatz als „specialist supportive clinical management“ (SSCM) • trotz erfolgreicher Gewichtszunahme durch ambulante IPT liegt Gewicht nach 12 Monaten noch im Untergewicht (Legenbauer, [2]2015, S. 276)					• Überlegenheit von Pharmako- und PT gegenüber Monotherapie bestätigte sich nicht (Archonti, 2016, S. 53) *TZA* • Wirksamkeit von TZA auf Kernsymptomatik schwach (Jacobi et al. 2011, S 171) • Reduktion der Essanfälle um 54% (ebd., S. 172) • Reduktion von Erbrechen um 43% (ebd.) • Symptomfreiheit nach Behandlungsende mit TZA hinsichtlich Erbrechens liegt bei 30% und Essanfälle bei 22% (ebd.) • mehr Nebenwirkungen (ebd., S. 177) • SSRI Fluoxetin zur BN-Behandlung zugelassen (Himmerich und Benkert, [11]2017, S. 781, 782) • Einsatz antidepressiver Medikamente als Therapie zweiter Wahl (Jacobi et al., 2011, S. 177) **BES** • Mittelgroße Effekte bei SSRI und SNRI auf die Reduktion der Essanfallshäufigkeiten (weit über 60%, de Zwaan und Svitek, [2]2015, S. 290) und Tage mit Essanfällen (Vocks et al. 2010) • keine Effekte bzgl. Gewichtsreduktion (ebd.) • Beachtung pharmakologischer Nebenwirkungen (ebd.) • Ansprechraten auf Plazebo bei BES sehr hoch (de Zwaan und Svitek, [2]2015, S. 290) • Langzeiteffekte von Psychopharmaka nicht ausreichend untersucht (ebd.) → langfristige Behandlung nicht empfehlenswert • Kombination von Psychopharmaka und KVT zeigten keine zusätzlichen Effekte auf die Reduktion von Essanfällen (ebd.)		• Reduktion des Erbrechens eher klein bei 50% (ebd.) *RSH* • nicht überlegen gegenüber Warteliste • 22% mit SH-Manual während der Wartezeit auf Behandlung erfüllten dann nicht mehr die ICD-10 Kriterien *ASH* • vereinzelte Überprüfung der Effektivität von SH-Manualen • Effekte der SH-Methoden sind gegenüber klassischer PT-Verfahren geringer • 17% symptomfrei bzgl. Essanfälle und Erbrechen • langsamere Symptomreduktion im Vergleich zu ET oder GT • Teilnahme an evidenzbasierten SH-Programm (angeleitet + KVT-Elemente) kann ausreichende Therapie sein • kein Unterschied hinsichtlich der Inanspruchnahme einer Anschlussbehandlung zwischen ASH und KVT • kein Unterschied bzgl. ES-Symptomatik nach mehr als 3 Jahren • ASH mit Fluoxetin als erstem Therapieschritt gegenüber KVT mit Fluoxetin nach 1 Jahr signifikant überlegen (Mitchell et al., 2011) → auch bei Abbruch der ASH • 34% der ASH-Patienten erhielten Fluoxetin gegenüber 65% der KVT-Patienten (ebd.) • Patienten mit schlechter Prognose erzielten deutliche Besserung, wenn sie mit ASH begannen • schnellere Symptomreduktion und geringere Kosten der ASH bei Adoleszenten im Vergleich zur FT • größere Akzeptanz der ASH bei Adoleszenten

	• GT bei BN ist ET nicht unterlegen **BES (Legenbauer, [2]2015, S. 276)** • gute kurz- und langfriste Erfolge durch CBT-E • Reduktion von Essanfällen und damit einhergehenden dysfunktionalen Überzeugungen • komorbide Symptomatik und Gewicht wurden kaum positiv beeinflusst • Behandlungserfolge sind mit denen der KVT bei BN vergleichbar						• KVT ist erste Wahl (ebd.) • kein Medikament zur Behandlung der BES zugelassen, nur „Off-Label-Use“ möglich (Vocks et al., 2011, S. 212)		**BES** • hohe Effektstärken der ASH bzgl. Reduktion von Essanfällen (Vocks et al., 2010) • schwache Effekte bzgl. Gewichtsreduktion • geringe Datenlage vorhanden *Übersicht zur Wirksamkeit der SH bei ES (Perkins und Schmidt, 2005)*
Ausblick	• Optimierung der Behandlungsstrategien notwendig → Untersuchung relevanter Wirkmechanismen einzelner Techniken • Studien zur Wirksamkeit der GT bei AN notwendig • Etablierung von GT im ambulanten Setting aufgrund niedrigerer Kosten (1/3 - 1/5 der ET)	Klärung erforderlich hinsichtlich • differenzieller Indikation • Wie, für wen und unter welchen Bedingungen wirkt IPT? • Wirksamkeitsnachweis für AN (IPT-Fokus aufgrund interpersoneller Probleme angezeigt) • Kombination mit KVT steigert IPT-Wirksamkeit • Grundlage für Anerkennung als Richtlinien PT bei BN und BES vorhanden	• AN • empirische Basis verbesserungswürdig • • BES • Erprobung der systematischen Einbeziehung dauerhaft angelegter Selbsthilfekonzepte	• systematische Untersuchung der Wirksamkeit des Ansatzes noch erforderlich (Bankoff et al., 2012) • Vergleich mit KVT und IPT steht noch aus (Jacobi et al., 2011)	• unzureichende Forschung bzgl. Wirkmechanismen einzelner therapeutischer Module • Identifikation von Prädiktoren für Erfolg und Misserfolg der Körperbildtherapie	• Forschung über • Therapieeffekte in FT notwendig, insb. bei BN • konkrete Wahl des Settings bzw. Zeitpunkts • Reihenfolge der Einbeziehung der Familie			• Studien erforderlich zur Möglichkeit der Leitung einer ASH durch Nicht-psychotherapeuten • Wie häufig und wie viel ET bzw. GT ist zusätzlich zu ASH notwendig? • Erfolg der ASH im Unterschied zu konventioneller PT auf ASH zurückzuführen?

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.

2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.

3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.

4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.

5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 08. Februar 2019

Nadine Götz