



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit:

*„Hin und wieder wünsch' ich mir einfach wir
wären ganz normal.“*

Wie Angehörige die Erkrankung „Essstörung“ erleben.

Verfasserin:

Daniela Durchschlag, Bsc

angestrebter akademischer Grad:

Magistra (Mag.)

Wien, September 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuer: Hr. Univ. - Prof. Dr. Wilfried Schnepf

DANKSAGUNG

In erster Linie möchte ich meinem überaus geduldigen Diplomarbeitbetreuer Hr. Univ. - Prof. Dr. Wilfried Schnepf danken, der mich über all die Jahre im Seminar betreut und immer an meine Arbeit geglaubt hat. Weiters geht mein Dank an meine Studienkollegen, die mich sowohl im Seminar, als auch auf der FH Campus Wien immer in meinem Vorhaben bestärkt haben.

Ich möchte im Besonderen meinen Eltern, Angelika und Gerhard Durchschlag, und meiner Großmutter, Gertrude Jakubek, danken, dass sie nicht nur die finanziellen Mittel für mein zu absolvierendes Studium aufgebracht haben, sondern vielmehr auch die Nerven, die ich ihnen damit abverlangt habe.

Mein letzter Dank geht auch an meinen langjährigen Partner an meiner Seite, Stephan Vitek. Er war es, der mich immer wieder zum Aufraffen bewegte und mir wieder Zuversicht gab beide Studien erfolgreich zu absolvieren.

ABSTRACT

Diese Arbeit, mit dem Titel „Wie Angehörige die Erkrankung „Essstörung“ erleben“, behandelt aus qualitativer Sicht das Erleben von Angehörigen mittels folgender Forschungsfragen:

- 1) Wie erleben Angehörige individuell die Essstörung der Betroffenen?
 - a) Welche Belastungen erfahren Angehörige von Patientinnen mit einer Essstörung?
 - b) Ob und inwiefern findet die Einbindung der Angehörigen in die Therapie statt?

Neben der literarischen Arbeit zum Forschungsstand wurde mittels Interviews versucht, empirisch die Erlebnisse zu erfassen und in Kategorien zusammen zu fassen. Die Kategorienfindung orientierte sich anhand der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die definierten Kategorien wurden in gemeinsame und in Zugehörigkeit zu den jeweiligen Angehörigengruppen zugeteilt.

This thesis, titled „How do relatives and friends experience an eating disorder?“ discusses this subject from a qualitative viewpoint by usage of the following research

- 1) How do family members individually experience an eating disorder of those affected?
 - a) Which burdens do these family members have to face?
 - b) Whether and to what extent are family members involved in the patient's therapy?

In addition to the literary work, the research has been done by using interviews to capture the experiences empirically These experiences

were put together into so called „categories“, which were based on the qualitative content analysis by Mayring. The defined categories were allocated into collective categories and into categories in association with the specific relationship of the interviewee to the patient (relatives and friends).

INHALT

1.	EINLEITUNG	1
2.	THEORETISCHER TEIL	3
2.1.	Definition „Familie“, „gesunde Ernährung“ und „Idealgewicht“	3
2.2.	Gesellschaftlicher Blickpunkt.....	9
2.3.	Beschreibung der Krankheitsbilder.....	12
2.3.1.	Bulimia nervosa.....	14
2.3.2.	Anorexia nervosa.....	16
2.3.3.	Binge Eating Disorder	17
2.4.	Essstörungen im Zentrum Familie	18
2.4.1.	Familienmitglieder und deren Beziehungen	18
2.5.	Therapien.....	20
2.5.1.	Familienbezogene Therapien.....	22
3.	PROBLEMSTELLUNG	25
3.1.	Problem und Zielsetzung	25
3.2.	Forschungsfrage(n).....	26
4.	EMPIRISCHER TEIL	27
4.1.	Qualitative Forschung	27
4.2.	Methodologie	28
4.3.	Gütekriterien	32
4.4.	Ethik.....	34
4.5.	Datenanalyse.....	35
5.	DARSTELLUNG der ERGEBNISSE.....	40
5.1.	Die Betroffenen	41
5.2.	Gemeinsamkeiten.....	47
5.3.	Differenzierungen	51
5.3.1.	Belastungen	51
5.3.2.	Bewältigungsstrategien.....	68
6.	DISKUSSION	76
7.	ZUSAMMENFASSUNG	79

8.	LITERATURVERZEICHNIS	80
9.	EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	84
10.	CURRICULUM VITAE der VERFASSERIN.....	85

1. EINLEITUNG

Das Thema „Essstörung“ ist sowohl in medizinischer, als auch in sozialwissenschaftlicher Hinsicht ein besonders häufig beschriebener Gegenstand vielfältiger Untersuchungen. Auch im Bereich der Medien werden Essstörungen wie Adipositas und Magersucht immer wieder kontroversiell behandelt. Der Österreichische Frauengesundheitsbericht macht mit besonderer Dringlichkeit deutlich, wie wichtig die Thematik „Essstörung“ auch heute noch ist: seit dem Jahr 1998 sind die spitalsbedingten Aufenthalte bezüglich Bulimie und Magersucht um mehr als die Hälfte angestiegen. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011; 2010; S. 390)

Auch die neu entwickelten Kampagnen durch Initiativen, Therapieangebote, die Neubildung von Therapieplätzen und –Zentren im Bereich der Psychosomatik und schließlich auch ein erhöhtes Angebot von Selbsthilfegruppen unterstreichen nochmals wie bedeutsam „Hilfe zur Selbsthilfe“ geworden ist. Neben Psychotherapeuten, Kunsttherapeuten und Ärzten ist besonders auch das Pflegepersonal eine der wichtigsten Personengruppen, mit welchen Angehörige und Betroffene bei der Suche nach Hilfe konfrontiert werden. Neben der Ausführung von medizinischen Tätigkeiten sind auch insbesondere Kompetenz in zwischenmenschlicher Kommunikation und Empathie von Nöten, um Patientinnen und deren Familienmitglieder adäquat professionell betreuen zu können.

Neben den Bedürfnissen der Patientinnen sind aber auch jene der Angehörigen bedeutsam. Diese stellen sich oft Fragen wie: „Wieso mein Kind? Wieso meine Partnerin?“, „Was habe ich falsch gemacht?“ „Warum werde ich als fürsorgliche/r Mutter/Vater/Partner/Partnerin

nicht anerkannt?“ Hier ist es wichtig, diese Fragen in der Forschung zu behandeln um später eventuelle Ergebnisse für die Praxis umsetzen zu können. Antworten auf diese Fragen sollen mittels qualitativer Forschung ermittelt werden, da das Erleben intensiv und individuell per Interview geschildert werden soll.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen das individuelle Erleben Angehöriger des Zeitraums vor, während und nach der Behandlung der Betroffenen nachzeichnen und verdeutlichen mit welchen Phänomenen diese dabei konfrontiert werden. Dies soll nicht nur als eventuelle Stütze für andere Angehörige dienen, sondern auch von Interesse für Pflegepersonen sein, um Angehörige ebenfalls als zu betreuende Klienten zu identifizieren und diese gegebenenfalls in die Therapie besser einbinden zu können.

Zu der Wahl dieses Themas hat mich vor allem die Teilnahme am Seminar von Hr. Prof. Dr. Wilfried Schnepf bezüglich des Themas „Familien- und gemeindenahe Pflege“ und die damit verbundene tiefere Auseinandersetzung mit dem Ansatz des Family Health nursings bewogen.

Weiters kenne ich in meiner näheren Umgebung besonders junge Frauen, die an einem dieser beiden Krankheitsbilder leiden. Manche befinden sich bereits in Therapie, andere noch nicht. Der gedankliche Austausch mit ihnen und ihre emotionalen Schilderungen ihrer Erkrankung berührten mich damals und heute. Auch ihre Feststellung, dass sie es ohne Freunde und Familie nie geschafft hätten, den ersten Schritt zu wagen und ihre Krankheit als Krankheit zu akzeptieren, lösten bei mir die detailliertere Beschäftigung mit dieser Thematik aus.

2. THEORETISCHER TEIL

In diesem Kapitel werden mittels Literaturrecherche die für die weitere empirische Bearbeitung der Thematik wichtigen Begriffe definiert. Hierbei soll für den Leser und die Leserin deutlich gemacht werden, auf welche Definitionen zurückgegriffen wird, wenn beispielsweise auf die Unterschiedlichkeiten „Familie“ verwiesen wird.

2.1. Definition „Familie“, „gesunde Ernährung“ und „Idealgewicht“

Wenn man sich mit der Thematik auseinandersetzen möchte, inwieweit beispielsweise das Umfeld in die jeweilige Pflege von Patientinnen miteinbezogen werden kann oder sollte, muss primär die Frage gestellt werden, wie wir heutzutage in unserer Gesellschaft „Familie“ überhaupt definieren. Wie definieren Normen, Werte und Handlungen unser Verständnis von Familie? Und wie sieht und empfindet jeder Einzelne in unserer Gesellschaft das Gebilde „Familie“ und unter anderem auch: „Familiensinn“ und „Familienzusammenhalt“?

Fest steht, dass im Laufe der vielen Jahrhunderte und Jahrzehnte sich das Bild und auch vielmehr das Ansehen der „Familie“ gewandelt hat. Fest steht, dass heutzutage kein Prototyp einer Familie besteht, wie es vor vielleicht sechzig, siebzig oder achtzig Jahren noch der Fall war. Familienstrukturen haben sich im Laufe der vielen Jahre verändert. Die typische patriarchale Familie aus den fünfziger Jahren und davor, existiert in dieser ursprünglich gebildeten Form nur noch äußerst selten. (Vgl. McDaniel et al.; 2005; S.1) Mittlerweile muss dieses typische Bild einer Familie, bestehend aus Vater, Mutter und zwei Kindern verabschiedet werden und eine Öffnung gegenüber neuen Formen stattfinden. Inzwischen wurde der Familienbegriff um etliche weitere Formen erweitert, wie etwa durch folgende Beispiele: junge

unverheiratete Paare mit oder ohne Kinder, Alleinerziehende, gleichgeschlechtliche Partnerschaften mit oder ohne Kinder, gleichgeschlechtliche eingetragene Partnerschaften, Patchworkfamilien, Wohngemeinschaften, Kommunen und Pflegefamilien.

Aus rechtlicher Sicht gesehen, versteht beispielsweise das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch – kurz ABGB- Familie im Paragraphen 40 folgendermaßen: „Unter Familie werden die Stammältern mit allen ihren Nachkommen verstanden.“ (Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch; §40 ABGB; Zugriff am 10. August 2012) Auch diese Ansicht ist mittlerweile deutlich überholt.

Laut der Familien- und Haushaltsstatistik der Statistik Austria aus dem Jahr 2011 existieren in Österreich rund „3,65 Millionen Privathaushalte“ (Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2011; S.18; Zugriff am 10. August 2012). Die Familien- und Haushaltsstatistik unterscheidet folgende Kategorien: Ein-Personen-Haushalte, Paare mit Kindern, Paare ohne Kinder, alleinerziehende Mütter und Väter, Zwei- und Mehrfamilien-Haushalte und nicht familiäre Haushalte. Davon sind „62,2% aller Privathaushalte Familienhaushalte“ (Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2011; 2011; S.19), wobei auf die Kategorien „Paare mit Kindern“ 29,3% und Paare ohne Kinder 23,9% entfallen. Alleinerziehende von Kindern kommen insgesamt gesehen auf 7,1%. Nichtfamiliäre Haushalte, also Haushalte ohne direkte Blutsverwandtschaft wie beispielsweise Wohngemeinschaften von Freunden, bilden nur einen geringen Teil der Privathaushalte in Österreich – nämlich nur 1,5%. (Vgl. Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2011; 2011; S. 19) Trotz allem muss man dabei beachten, dass es sich nur um eine statistische Auswertung handelt. Diese Prozentzahlen geben zwar Auskunft darüber, wer mit wem in wie vielen Fällen zusammenlebt, enthalten sich aber komplett der

Aussagekraft darüber, inwieweit das Wohnkonzept deckungsgleich mit dem Familienkonzept der jeweiligen Personen ist. Weiters beruft sich die Statistik Austria bezüglich deren Auswertung auf die Familienbegriffs-Definition der Vereinten Nationen. (Vgl. Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2011; 2011; S. 22) Die Vereinten Nationen sehen die Familie als „die Grundeinheit der Gesellschaft“ (Vereinte Nationen: Resolutionen und Beschlüsse der Generalversammlung; Band 1; S.2) und definieren die Kernfamilie als familiären Zusammenhalt bestehend aus Eltern oder Großeltern mit Kindern – also älteren und jungen Beteiligten. (Vgl. Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2011; 2011; S. 22)

McDaniel et al. beschreiben die Familie folgendermaßen: „[...] any group of people related either biologically, emotionally, or legally.“ (McDaniel et al.; 2005; S.2) Nach dieser Definition ist also eine direkte Blutsverwandtschaft nicht unbedingt von Nöten, um als Familie Gültigkeitswert zu besitzen. Dies beweist auch der Umstand, dass Kinder, den Mann an der Seite ihrer Mutter sehr wohl auch als Vaterfigur sehen und akzeptieren, trotz des eventuellen Wissens, dass keine biologische Verwandtschaft vorliegt.

Weiters bezeichnen viele Personen ihren engeren Freundeskreis als wahre Familie – ganz nach dem Sprichwort: „Freunde kann man sich aussuchen, die Familie nicht.“ Dies kann wiederum auf verschiedenen Ursachen beruhen. Teenager beispielsweise durchleben während ihrer Adoleszenzphase die Abnabelung von den Eltern und wenden sich wiederum den sogenannten „Peer-Groups“ zu. (Vgl. Kandlbinder; 2005; S. 17) Diese geben den Jugendlichen Sicherheit, teilen mit ihnen dieselben Wünsche und Ideale und streben im selben Maße nach individueller Unabhängigkeit. Hierbei entsteht eine erneute emotionale Bindung, die in späteren Jahren, sofern sie auch so intensiv weitergelebt und weitererlebt wird, oftmals der „eigentlichen“ Familie

vorgezogen wird. Auch Lubkin beschreibt eindringlich, dass Jugendliche während ihrer Adoleszenzphase auf Anerkennung und Lob von Personen aus ihrem Alterskreis angewiesen sind. (Vgl. Lubkin; 2002; S. 438)

Fest steht, dass jeder einzeln für sich entscheidet wie er/sie Familie definiert und welches bestimmte Umfeld er/sie in Problem- oder Ausnahmesituationen dazu erwählt, ihn/sie während dieser Zeit zu unterstützen. In pflegerischen Situationen sind auch Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen dazu angehalten, sich allen Formen der Familie zu öffnen und unvoreingenommen, entgegen aller Vorurteile, in jede Behandlungsphase einzusteigen. Professionelles Gesundheits- und Krankenpflegepersonal wertet nicht und versucht in jeder Situation angepasst auf alle Familienmitglieder eingehen zu können.

Gesunde Ernährung spielt sowohl im Verständnis, welches man essgestörten Personen entgegenbringt, als auch in der Behandlung beziehungsweise Familientherapie einer Essstörung eine bedeutsame Rolle. Auch in den nachfolgenden Kapiteln, in welchen es um die verschiedenen Typisierungen von Essstörungen geht, ist es wichtig, dass über die Begrifflichkeit „gesunde Ernährung“ Klarheit besteht, um später Abweichungen von „gesunder Ernährung“ nachvollziehen zu können. Deshalb ist es wichtig den Begriff genauer zu erklären.

Der Begriff „gesunde Ernährung“ wird zwar globalisierend verwendet, findet aber in verschiedenen Kulturkreisen unterschiedlichen Anklang und Anwendung. Personen aus dem asiatischen Raum werden kulturbedingt unter „gesunder Ernährung“ etwas anderes verstehen, als beispielsweise Europäer, oder Personen aus den Vereinigten Staaten. Überall werden andere bestimmte Lebensmittel gerne konsumiert, beziehungsweise wurden diese schon Jahrhunderte lang in diesen Kreisen zur Nahrungsgestaltung verwendet. Daraus ergeben sich die aus Statistiken typischen Gefälle in bestimmten Ländern von

ernährungsinidizierten Erkrankungen, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, und Ländern, in welchen diese Erkrankungen weniger gehäuft auftreten.

Grundsätzlich sollte keine Mangelernährung vorliegen, d.h. von allen wichtigen Nährstoffen, die der Körper benötigt, sollte genügend für ihn zur Verfügung stehen. Neben ausreichend Kohlehydraten, welche als Energielieferant dienen und genügend Eiweiß, welches unter anderem essentiell für die Hormonbildung ist, sind weiters Fett, Vitamine (Vitamin B12, etc.), Mineralstoffe und Spurenelemente äußerst wichtig um einen gesunden Körper zu haben beziehungsweise auch zu erhalten. (Reich, Kröger; 2007; S. 48ff) Gesunde Ernährung definiert sich allerdings nicht nur über die ausreichende Anzahl an Nährstoffen, sondern auch über die Menge der Jeweiligen, und unter anderem auch über die Auswahl der Produkte, wie beispielsweise Bio-Salat im Gegensatz zu gentechnisch veränderten Lebensmitteln.

Das „Idealgewicht“ steht im engen Zusammenhang mit der Begrifflichkeit „gesunde Ernährung“. Den Orientierungswert für das „korrekte Körpergewicht“ bietet der „Body Mass Index“ – kurz BMI – an. Der Body Mass Index definiert sich wie folgt: „Körpergewicht in kg / (Körpergröße in m)²“ und als Faustregel gilt, dass Werte „zwischen 18,5 und 25“ (Reich, Kröger; 2007; S.42) dem Normalgewicht zugerechnet werden. Werte darunter, deuten auf Untergewicht, Werte darüber auf Übergewicht beziehungsweise in schweren Fällen auf Adipositas hin. Weiters werden das Alter, als auch das Geschlecht bei der Berechnung und Auswertung des Body Mass Index berücksichtigt. (Vgl. Reich, Kröger; 2007; S.42)

Der BMI sollte allerdings nicht als alleiniges Mittel hinzugezogen werden, um das rechtmäßige Körpergewicht einer Person zu bestimmen. Denn auch der BMI birgt Fehlerquellen für Laien: da

„Muskelgewebe mehr wiegt als Fettgewebe“ (Reich, Kröger; 2007; S.42) – wiegen trainierte Personen oftmals mehr, als es der BMI als „gesund“ zulässt. Auch ist es wichtig zu berücksichtigen, wo das persönliche Wohlfühlgewicht liegt. Dennoch ist klar, dass Werte unter einem BMI von 18,5 beobachtet werden sollten.

Neben der sehr häufig publizierten und in der Öffentlichkeit angesprochenen Thematik und Problematik der „Fettsucht“, oder auch „Adipositas“ genannt, prägen insbesondere auch Erkrankungen wie die „Anorexie“ und die „Bulimie“ das Bild von Essstörungen. Gerade Adipositas wird zu einem immer größer werdenden Problem in unserer heutigen Gesellschaft. Neben der gesellschaftlichen Stigmatisierung werden vor allem ernährungsbedingte Folgeerscheinungen und –erkrankungen zu einer immer größer werdenden Belastung für essgestörte Personen. Der „Zwang“, normalgewichtig zu sein beziehungsweise zu werden, haben viele dieser Krankheitsbilder gemein. Dadurch setzt sich seit Jahren ein Trend zu Diäten durch, welche wie allgemein bekannt ist, oftmals zwar zu einer raschen Gewichtsabnahme verhelfen, sich dennoch negativ auf die Gewichtsstabilisierung auswirken. Neben den typischen Diäten wie der Atkins-Diät, der Glyx-Diät und der Diät nach den fünf Elementen setzt sich auch immer wieder die normale Fasten-Diät durch, welche unter anderem in religiösen Glaubensgemeinschaften durchgeführt wird. (Vgl. Reich, Kröger; 2007; S.44) Beispiele hierfür wären die Fastenzeit vor Ostern im Christentum, oder aber auch die „Befreiung von Sünden bei Mönchen“ (Schuch; 2009; S.9) Aber nicht nur in unserer westlichen Kultur hat das Fasten lange Tradition – auch im fernen Osten „diente Fasten zur Demütigung des Feindes“. (Schuch; 2009; S.9)

Einzig und allein die Umstellung der Ernährungsgewohnheiten in Richtung „gesundem Essverhalten“ kann bewirken, ein normales Körpergewicht wiederherzustellen, unabhängig ob es sich um eine

Fettsucht handelt, oder Anorexie. Dies kann allerdings nur mit der Einsicht etwas verändern zu müssen einhergehen und einer ausgewogenen und abwechslungsreichen Ernährung. Neben der Ernährungstherapie sollte auch ein Wiederaufbau der Sicht auf das eigene Körperbild vollzogen werden.

2.2. Gesellschaftlicher Blickpunkt

Aufgrund vorherrschender gesellschaftlicher und kultureller Strukturen, Normen und Erwartungen werden sowohl unser Körperbild als auch unsere Körper-(selbst)Wahrnehmung bestimmt.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass bereits vor Jahrtausenden Menschen, egal ob Frauen oder Männer, sich einem gesellschaftlich aufoktroierten Schönheitsideal unterworfen haben. Von den Hochkulturen wie dem antiken Ägypten, Griechenland und Rom bis hin zur Renaissance galten bestimmte Merkmale eines Körpers als schön. Lange Zeit sprach man von der „Proportionslehre nach Galenus“ von dem Schönheitsideal schlecht hin – es handelte sich hierbei um eine Theorie des harmonischen Ganzen – verschiedenste Körperteile und Proportionen hatten in einem gewissen Verhältnis zueinander zu stehen. (Vgl. Schuch; 2009; S. 7) Zu anderen Zeiten wiederum galten runde, weibliche bis oftmals hin zu „fettleibigen Körpern“ als schön. Diese Personen die diesem Ideal entsprachen wurden hoch angesehen, oftmals auch deswegen, weil Fettleibigkeit mit Reichtum gleichgesetzt wurde. In diesen Fällen dachte man damals, dass Sorgen um Geld und Nahrung unberechtigt waren. (Vgl. Schuch; 2009; S.8)

Konträr dazu entwickelte sich gerade im auslaufenden zwanzigsten Jahrhundert, unter anderem ausgelöst durch den Topmodelboom und dem Trend in Richtung eines durch Fitness gestählten Körpers, das Bild weg von der „wohlgeformten, kurvigen“ Figur einer Frau hin zum gesellschaftlich „tolerierten“ Hungerwahn junger Frauen und Männer.

Welche Faktoren spielen also nun eine Rolle bezüglich einer eventuellen Veränderung unseres bisherigen Essverhaltens? Allgemein gesehen gliedert sich der Einfluss auf unser Essverhalten in innere und äußere Faktoren. Innere Faktoren sind: „[...]Ernährungswissen, Vorlieben, Gefühle, Stimmungen,...[...]“ (Schuch; 2009; S. 15) Äußere Faktoren sind beispielsweise wiederum unser soziales Gefüge, also unsere unmittelbare Umwelt und deren Reaktionen auf unsere Präsentation und Massenmedien.

Gerade das von den Medien propagierte Bild eines perfekten Körpers führt häufig dazu, dass besonders Teenager und junge Erwachsene dazu neigen, dieses für sich selbst zu übernehmen und sich teils sehr realitätsferne Gewichtsziele zu stecken. (Vgl. Wiener Initiative gegen Essstörungen: Ursachen; 2011; Zugriff am 01.08.2012) Dieses Stecken von Gewichtszielen und der Beginn einer ersten Diät, ist nicht nur eine Prüfung für den eigenen Körper, sondern vielmehr sogar der erste Schritt in Richtung essgestörtem Verhalten.

Vorwiegend in jungen Jahren sind sowohl Frauen als auch Männer ungehindert eines medialen Phänomens ausgesetzt, welches sie oftmals unterschwellig und unbewusst wahrnehmen. Dies kann sich unter anderem in versteckten Nachrichten und Bildern in der Werbung wiederfinden, andererseits werden besonders im Teenageralter diese Nachrichten unreflektiert wahrgenommen. (Vgl. Baumann; 2009; S. 15) Noch dazu befinden sich Jugendliche in dieser Zeit in einer instabilen Phase, dem Körperbildangleich. In dieser Phase sind Jugendliche besonders empfänglich für äußere Faktoren. (Vgl. Lubkin; 2002; S. 438)

Besonders in der westlichen Industriegesellschaft wird geringes Körpergewicht, ein durchtrainierter Körper und ein ebenmäßig und attraktives Gesicht in Gedanken synonym verwendet für Erfolg und

Anerkennung (Vgl. Baumann; 2009; S. 44) Schöne Frauen und Männer werden insgesamt größere Erfolge im Alltag und Beruf erleben, als weniger attraktiven Personen. Und auch bei der Partnerwahl zählt der äußere Eindruck als erster Eindruck. Demnach beugen sich Medien, egal welcher Form, den kulturellen und gesellschaftlichen Gegebenheiten und fungieren nicht mehr als Durchsetzungsinstrument eines bereits festgelegten Schönheitsideals.

Aber auch das Rollenverständnis, sowohl für den Mann, als auch für die Frau haben großen Einfluss auf die eigene Körperbild(selbst)wahrnehmung. Neben der Rollenzerrissenheit der Frau – einer oftmals Aufgabe des Selbst um allen Rollen und Verpflichtungen gerecht zu werden, ist auch der Mann in ein Rollenklischee gedrängt worden, mit dem er nur schwer umgehen kann. Frauen, zerrissen zwischen dem klassischen Frauenbild einer aufopfernden, sich um die Familie kümmernden Frau und beruflichem Aufstieg, haben es oft besonders schwer, ihre eigene Mitte und ihr wahres Selbst zu finden. Damit geht auch oft eine Körperbild- mit einer Selbstbildstörung einher. (Vgl. Baumann; 2009; S. 44) Besonders Frauen neigen dazu, sich über ihren eigenen Körper und ihr Aussehen zu definieren, Männer wiederum definieren sich über die Leistung. (Vgl. Lubkin; 2002; S. 439)

Neben dem großen Einfluss von beispielsweise der Mode-, Film- und Fernsehindustrie, spielen aber auch andere Faktoren eine große Rolle. Der Auslöser einer Essstörung bei Jugendlichen ist keinesfalls eindimensional, vielmehr handelt es sich hierbei um ein wechselseitiges Gefüge von „soziokulturellen, biologischen und familiären Faktoren“ (Baumann; 2009; S. 45) Denn nicht nur Reaktionen von anderen Menschen, insbesondere den Bezugspersonen wie zum Beispiel Eltern, Großeltern, Freunden, Schulkollegen, Geschwistern, etc. wirken sich auf unsere Selbstwahrnehmung aus, sondern auch der breitere Umgang unserer oftmals nicht unmittelbaren Umwelt. Inwieweit wir uns natürlich

in unserem Körper selbst wohlfühlen, hat nicht nur einen Einfluss auf unsere Mimik und Gestik, sondern auch darauf wie wir uns anderen Menschen gegenüber verhalten. Dadurch werden oft Personen, welche kein positives Körperbild haben, auch keines in den Köpfen der gegenüberstehenden Personen erreichen können.

In der Adoleszenzphase beispielsweise ist es Gang und Gäbe nicht nur positive oder seien es negative Rückmeldungen zu erhalten, sondern sich gleichzeitig auch mit anderen zu vergleichen oder zu messen. (Vgl. Baumann; 2009; S. 51) Weiters reagiert jedes Individuum auf die unmittelbare Umwelt – dies bedeutet, dass - wenn die Thematik des Schlankseins, des Abnehmens immer wieder in unserem sozialen Umfeld auftaucht - wieder unmittelbar auch davon beeinflusst werden. Gedanken wie: Entspreche ich den allgemeinen Vorstellungen? Bin ich übergewichtig? Sollte ich vielleicht auch eine Diät versuchen? können sich leicht aufdrängen, wenn beispielsweise die beste Freundin, mit der man alles versucht zu teilen, sich gerade an einer Diät versucht. (Vgl. Baumann; 2009; S. 101)

2.3. Beschreibung der Krankheitsbilder

In Österreich sind laut Angaben des Österreichischen Frauengesundheitsberichtes 21,9 Prozent der männlichen und weiblichen jugendlichen Personen essgestört. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011; 2010; S. 390)

Seit 1980 steigen die Anorexie- beziehungsweise Bulimie-bedingten Spitalsaufenthalte rapide an. Waren es beispielsweise 1998 noch 1.520 Aufenthalte, so waren es im Jahr 2008 bereits 2.734 (der Frauenanteil lag bei 90 Prozent). Demnach gab es vor ca. vier Jahren schon um 1.214 Fälle mehr von Frauen, welche stationär in Behandlung waren. (Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Österreichischer

Frauengesundheitsbericht 2010/2011; 2010; S. 390) Dennoch ist bekannt, dass eine große Dunkelziffer vermutet wird, da viele der Krankheitsfälle nicht registriert werden, weil viele junge Frauen und Männer den Schritt, sich in eine Behandlung zu begeben, noch nicht getan haben beziehungsweise noch nicht tun können. Experten gehen bei beiden Formen der Essstörung davon aus, dass eine Großzahl der Betroffenen, sofern sie sich für das Annehmen professioneller Hilfe entscheiden, Genesungen erreicht werden können.

In diesem Kapitel soll es darum gehen, sowohl einen Einblick in die grundsätzlichen Merkmale der beiden Erkrankungen „Bulimia nervosa“ und „Anorexia nervosa“ zu geben und als Abgrenzung weiters die „Binge Eating Disorder“ näher zu erklären. Um sich im späteren Verlauf mit den Therapiemöglichkeiten auseinander setzen zu können, ist es von Nöten sich zuallererst mit den einzelnen Krankheitsbildern auseinanderzusetzen.

Warum neigen manche Frauen und Männer dazu? Sind die Gründe rein im biologischen Spektrum zu suchen, oder spielen auch psychosoziale Elemente eine größere oder gleich große Rolle? Wie lassen sich die beiden Krankheitsbilder definieren und diagnostizieren? Dieses Kapitel soll dem Leser/der Leserin einen besseren Zugang ermöglichen und all jene vorangestellten Fragen beantworten. Weiters möchte die Autorin anmerken, dass fortan nur die weibliche Form verwendet wird, da sich diese Arbeit auf weibliche Betroffene beschränkt.

Prinzipiell lässt sich bezüglich der unterschiedlichen Krankheitsbilder festhalten, dass trotz der Gegensätzlichkeit auch gemeinsame Merkmale bestehen. Fest steht, dass sowohl die gesellschaftliche, als auch die psychosoziale Ebene einen großen Einfluss darauf haben, ob sich eine Essstörung manifestiert oder nicht. Auch sogenannte Life-events, wie beispielsweise Missbrauch, wirken stark auf die Entwicklung

adoleszenter Personen ein. Hier kann man vergleichend auch von Risikofaktoren sprechen. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S. 22)

Fakt ist, dass alle Krankheitsbilder im Bereich „Essstörungen“ nicht deutlich voneinander abgrenzbar sind, da sie entweder ineinander übergehen können, oder auch Mischformen unterschiedlicher Typen bestehen können. (Vgl. Schuch; 2009; S. 34) Weiters ist auffallend, dass Personen mit Essstörung auch häufig zu parallelen Krankheitsbildern neigen, wie beispielsweise der sogenannten „psychiatrischen Komorbidität“ (Jacobi et al.; 2004; S. 22) Borderline-Störung und der Depression. Prinzipiell lässt sich keine Altersgruppe bezüglich der Entwicklung einer Essstörung ausschließen, dennoch stammt eine hohe Anzahl der Betroffenen aus dem Jugend- und jungen Erwachsenenalter. (Vgl. Schuch; 2009; S. 34)

Schuch beschreibt auch eindringlich allgemeine Folgen der beiden Erkrankungen „Bulimia nervosa“ und „Anorexia nervosa“. Aufgrund eines rapiden Gewichtsverlusts können Empfindlichkeitsstörungen und Hormonstörungen die Folge sein. Auch Mangelerscheinungen in Bezugnahme auf die geringe Kalorienzufuhr und der geringen Verwendung unterschiedlicher Nahrungsmittel treten gehäuft auf. Durch das induzierte Erbrechen bei „Bulimia nervosa“ kommt es oftmals zu starken Zahnschäden, Schädigungen des Magen-Darm-Trakts und Entzündungen der Speiseröhre. Im schlimmsten Fall tragen auch zusätzlich die Nieren Schäden davon. (Vgl. Schuch; 2009; S.58)

2.3.1. Bulimia nervosa

Laut dem ICD-10 setzt sich die Erkrankung „Bulimia nervosa“ aus wiederkehrenden „Essanfällen“ und einer exzessiven Beschäftigung mit der eigenen „Kontrolle über das Körpergewicht“ zusammen. (Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information:

Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen; Zugriff am 10. August 2012)

Deckungsgleich lautet auch beim DSM-IV (übersetzt: „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“) folgende Definition: an Bulimie erkrankte Personen setzen meist Maßnahmen zur Verhinderung von Gewichtszunahme, wie beispielsweise die Verwendung von Abführmitteln, exzessives Fasten oder „Missbrauch von Diuretika“ neben dem selbst verursachten Erbrechen ein. Ein weiteres Diagnosekriterium ist die Tatsache, dass diese sogenannten „Fressattacken“ und dessen nachträgliches Verhalten mindestens drei Monate lang und mindestens zweimal pro Woche vorkommen muss. Auch unterscheidet der DSM-IV zwei besondere Typen der „Bulimia nervosa“: den sogenannten Purging-Typ und Nicht-Purging-Typ. Beim Purging-Typ setzt die Betroffene Erbrechen und Missbrauch von beispielsweise Laxantien ein, wiederum beim Nicht-Purging-Typ wird Fasten oder extreme körperliche Betätigung eingesetzt. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S.6)

Weiters lässt sich feststellen, dass Patientinnen mit Diagnose „Bulimia nervosa“ sich intensiv mit ihrem Körpergewicht, Körperbild und ihrer eigenen Körperwahrnehmung, als auch mit der anderer um sie herum beschäftigen. Dennoch ist es meist so, dass es bei Frauen mit Bulimie nicht zu vergleichbaren starken Gewichtsreduktionen führt wie bei Personen mit Anorexie. Patientinnen die an „Bulimia nervosa“ leiden, besitzen in den häufigsten Fällen Normalgewicht. Es wurde festgehalten, dass vor allem Frauen mit „Bulimia nervosa“ sich häufiger in therapeutische Behandlung begeben, als Patientinnen mit „Anorexia nervosa“. (Vgl. Gerlinghoff et al; 1999; S. 154) Dennoch erklärt sich durch das lang bestehende Normalgewicht der Betroffenen, dass sich viele zwar häufiger in Behandlung begeben, aber auch tendenziell später. Durch das Normalgewicht der Patientinnen erkennt die

unmittelbare Umwelt zwar beispielsweise diverse Diätversuche, schließt aber nicht auf die Erkrankung Essstörung. (Vgl. Schuch; 2009; S. 42)

Einer der vielfachen Gründe, warum Betroffene erbrechen, ist die Möglichkeit des Kontrollgewinns über den eigenen Körper und die Umwelt. Das Essen stellt somit nicht nur eine Flucht, sondern vielmehr eine Flucht nach vorne dar. Situationen, in denen sich die Betroffenen vor den Kopf gestoßen fühlen und negativ erlebbar wurden, werden durch den Essanfall und das daraufhin folgende Erbrechen „kontrolliert“. Dennoch stellen sich daraufhin oftmals wiederum schlechte Gefühle ein, wie beispielsweise Gefühle der Schuld und des Versagt-Habens. (Vgl. Schuch; 2009; S. 43) Dies entwickelt sich dadurch zu einem Teufelskreis. Eine Folge dieses Teufelskreises ist der oftmals beschriebene soziale Rückzug.

2.3.2. Anorexia nervosa

Patientinnen mit „Anorexia nervosa“ begeben sich nur selten von alleine in Therapie. Meist werden sie von ihrem Umfeld dazu gezwungen, oder die Krankheit ist soweit fortgeschritten, dass ein Krankenhausaufenthalt unvermeidlich wird. Frauen und Männer, die an Magersucht leiden, zeigen sich oft uneinsichtig und lehnen jegliche Fürsorge strikt ab. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 18) Die meisten negieren und streiten es ab krank zu sein. Für viele ist es bereits eine Art „Lebensstil“ geworden, einem Hilfeschrei nach außen, ein einziger Kontrollzustand.

DSM-IV definiert weiters folgende Kriterien, an denen sich die „Anorexia nervosa“ festmachen lässt: einer Amenorrhoe und einem Körpergewicht, das deutlich unter 85% des festgelegten Körpergewichts aufgrund des Alters, der Größe und des Geschlechts liegt. (Vgl. Jacobi et al; 2004; S. 4)

Frauen mit „Anorexia nervosa“ schränken sich oft so weit ein, dass sie sich nur kleinste Portionen von Nahrungsmitteln erlauben und deren Aufnahme nur zu bestimmten von ihnen festgelegten Zeiten stattfinden darf. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S.5) Eines der wichtigsten Charakteristika bei Patientinnen mit Magersucht ist die Angst vor einer Gewichtszunahme. Neben den einschränkenden Maßnahmen und der daraus resultierenden Mangelerscheinungen versuchen die Betroffenen ein Sättigungsgefühl durch vermehrte Flüssigkeitszufuhr zu erreichen. (Vgl. Schuch; 2009; S.40) Die Betroffenen leiden unter einer enormen Körperbildstörung, welche sich durch das Nicht-wahrnehmen-Wollen des momentanen Ist-Zustandes auszeichnet. (Vgl. Schuch; 2009; S.39) Auch ergeben sich für viele der Patientinnen ein hohes Selbstwertgefühl durch Fasten, Diät halten und dem Schlankheitsideal.

Das Verhalten von Frauen mit „Anorexia nervosa“ ist stark über Leistung, sowohl im schulischen/beruflichen Bereich, als auch im körperlichen Bereich, wie das exzessive Treiben von Sport, definiert. (Vgl. Reich; 2003; S. 8)

2.3.3. Binge Eating Disorder

Zur Abgrenzung der beiden Erkrankungen soll in dieser Arbeit auch die „Binge Eating Disorder“ Erwähnung finden. Die „Binge Eating Disorder“ zählt zu den „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ (Jacobi et al.; 2004; S. 8) laut DSM-IV.

Unter der „Binge Eating Disorder“ wird das Auftreten von Heißhungerattacken und der darauf folgenden übermäßigen Aufnahme von Nahrungsmitteln. Die Betroffenen neigen zu erhöhtem oder deutlich erhöhtem Körpergewicht, da sie weder das Aufgenommene erbrechen, noch abführen. Einige der Patientinnen versuchen sich in der Folge an Diäten, die wiederum wieder zu Heißhungerattacken führen. (Vgl. Schuch; 2009; S. 44) Die Heißhungerattacken müssen lt. Jacobi et al.

„im Durchschnitt mindestens an zwei Tagen pro Woche über sechs Monate auftreten.“ (Jacobi et al.; 2004; S. 8) Die Betroffenen nehmen Essen zu sich, obwohl sie kein deutliches Hungergefühl verspüren, wenn sie sich alleine fühlen und größere Mengen in besonders kurzer Zeit zu sich nehmen. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S. 9)

2.4. Essstörungen im Zentrum Familie

Aufgrund dessen, dass sich Essstörungen oftmals in der Adoleszenz-Phase oder im jungen Erwachsenenalter manifestieren, ist es besonders wichtig die Patientin mit Essstörung nicht singular zu betrachten, sondern vielmehr im Austausch mit ihrer Umwelt, und demnach auch im Austausch mit ihrer Familie. Bedeutsam ist, inwieweit der Familienbegriff seitens der Patientin individuell definiert wird und welche „Familienmitglieder“ mit ihr in Beziehung stehen. Um Familiengebilde in diesem Bereich verstehen zu können werden die familiären Verhältnisse oftmals mit einem sogenannten Genogramm aufgearbeitet.

Neben den „krankmachenden“ Strukturen innerhalb einer Familie, wie beispielsweise Fehlen von Bezugspersonen in der Adoleszenz etc., können auch Potenziale im Familiengebilde entdeckt werden, welche beispielsweise in einer Therapie positive Auswirkungen verzeichnen können.

2.4.1. Familienmitglieder und deren Beziehungen

Gerlinghoff et al. geben an, dass Familien essgestörter Person, meist mittelständische und besonders traditionell veranlagt sind. Neben typischen Rollenbildern von Mutter und Vater, stehen vor allem Bildung und Fortbildung, Strebsamkeit, Leistung und Ordentlichkeit im Vordergrund. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 34ff)

Allgemein wird in der Literatur vorwiegend Bezug auf die Definition der Kernfamilie genommen, nämlich die Familienmitglieder wie Vater,

Mutter und Geschwister. Mutter und Vater leben oftmals in einer zweckentfremdeten Partnerschaft – beide nehmen sich aus der Beziehung zurück und reflektieren deren Wünsche und Forderungen meist auf ihre Kinder. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 58) Der Vater, das Familienoberhaupt, ist die wegweisende Person bezüglich Tradition und Leistung. Die Vaterfigur nimmt sich großteils aus der Erziehung der gemeinsamen Kinder heraus und versucht nur teilweise in die Handhabung der Mutter in Erziehungsfragen einzugreifen. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 41) Dennoch legen Väter laut Gerlinghoff et al. Wert auf die Funktionstüchtigkeit der Familie, das schließt besonders die schulischen Leistungen der Kinder, mit ein. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 38) Hier erfolgt die Gleichsetzung einer guten schulischen Leistung mit besseren Chancen im späteren Berufsleben. Die Betroffenen haben in den meisten Fällen eine eher unterkühlte emotionale Beziehung zu ihren Vätern, wenngleich sie sich das Gegenteil wünschen würden. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 41)

Die Mütter werden meist neben der Erledigung des Haushaltes und einer eventuellen beruflichen Beschäftigung mit der Erziehung der Kinder betraut. Viele Mütter der Betroffenen neigen oft selbst zu Perfektionismus. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 42) Die betroffenen Töchter haben in den meisten Fällen eine stärkere Bindung zu ihrer Mutter, als zum Vater. Dadurch ergibt sich gehäuft, dass Töchter in ihrer Mutter auch ein Vorbild sehen. Dies kann gefährliche Züge annehmen, wenn die eigene Mutter selbst ein gestörtes Selbstwertgefühl aufweist und sich ebenfalls nur über Leistung und Erbrachtes im Leben definiert. Auch die Mütter zeigen oft Probleme mit ihrem Gewicht und einer Neigung zu Diätverhalten. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 43) Die Mütter werden von ihren Kindern oft als „Zentrum“ (Gerlinghoff et al.; 1999; S. 44) der Familie beschrieben.

Die betroffenen Frauen der Familie zeigen ebenfalls in vielen Fällen den Hang zum Perfektionismus – perfekte Leistung, perfekte Gestalt. Meist wirken sie eher unauffällig, halten sich im Hintergrund und wandern nur aufgrund ihrer schulischen Erfolge ins Rampenlicht. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 50)

Die Beziehung der Betroffenen zu ihren Geschwistern, sofern welche vorhanden sind, zeichnet sich durch ihre Ambivalenz aus. Besonders Geschwisterbeziehungen können sich in diesen Familien nur schwer entwickeln. Dies zeigt sich deutlich aufgrund der Rivalität in der Gunst der Eltern zu stehen. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S.59) Die Gefühle von Vernachlässigung und Neid, wie beispielsweise auf schulische Leistungen, herrschen vor. Gerlinghoff et al. stellten fest, dass besonders Geschwister der Betroffenen deutlich weniger familienorientiert agieren, als die Betroffenen selbst. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 54) Ein besonderer Umstand ist weiters, dass die Geschwisterkinder sich deutlich weniger zwischen die Beziehung von Vater und Mutter drängen lassen um beispielsweise zwischen beiden Parteien zu vermitteln.

Auch die Großeltern sind zwar nicht unmittelbarer Bestandteil der typischen Definition einer Kernfamilie, nehmen aber dennoch großen Einfluss auf das Familiengeflecht. Vielfach sind sie Diejenigen, welche die Richtung der Familie vorgeben, da auch die Eltern der Betroffenen bezüglich der Anweisungen noch immer ihren eigenen Eltern unterstehen. Ihnen ist es oftmals nicht gelungen sich in dieser Art und Weise „abzunabeln“. (Vgl. Gerlinghoff et al.; 1999; S. 55)

2.5. Therapien

Unterschiedliche Therapieformen sind notwendig, um individuell auf die Betroffenen und deren Probleme eingehen zu können. Dadurch ergibt sich, dass auch bei Essstörungen die „wahre Therapieform“ nicht

existiert. Auf jedes Individuum muss die Therapie abgestimmt werden. Diese kann dann durchaus auch eine Mischform unterschiedlicher Therapien darstellen. Aufgrund des Allgemeinzustandes, der Verfassung der Patientin und der Dringlichkeit einer Aufnahme einer Therapie wird entschieden, ob die Therapie ambulant oder stationär erfolgen soll beziehungsweise muss. Weiters ist die Motivation der Patientin ausschlaggebend, ob eine Therapie überhaupt begonnen werden kann. Ist die Patientin uneinsichtig und nicht kooperativ wird der Beginn einer Therapie besonders belastend für die Patientin. Dies mündet dann meist in einen Abbruch der begonnenen Therapie.

Primäre Anlaufstellen sind meist Beratungseinrichtungen, die sowohl persönliche Beratung vor Ort, als auch über das Telefon, anbieten. Neben der persönlichen Beratung bieten diese Einrichtungen meist auch Informationstage und Gruppen zur Sammlung von Informationen an. (Vgl. Schuch; 2009; S. 76) Vorzugsweise werden Therapieangebote in vielen Fällen primär ambulant angeboten. Dennoch gibt es einige Indikationen, die für eine stationäre Aufnahme sprechen. Diese wurden beispielsweise von der „American Psychiatric Association“ erstellt. Jacobi et al. empfehlen eine stationäre Aufnahme bei Patientinnen mit „Anorexia nervosa“ bei der Unterschreitung des BMI <16 , starke „somatische Folgeerscheinungen“ und „schwerwiegende Begleiterscheinungen“ (Jacobi et al.; 2004; S. 51). Auch eine starke und sehr schnelle Reduktion des Gewichts stellt eine Indikation zur Aufnahme dar. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S. 51) Ebenso bei Patientinnen mit „Bulimia nervosa“ existieren Richtlinien, nach welchen Patientinnen mit diesem Krankheitsbild stationär betreut werden sollten. Folgende Punkte können als Richtlinie anerkannt werden: das Auftreten eines Kontrollverlustes über Essen und Erbrechen, psychiatrische Begleiterscheinungen und wenn das Scheitern einer Therapie im ambulanten Setting bekannt ist. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S. 53)

Prinzipiell lassen sich folgende Beratungs- und Therapieschwerpunkte herausfiltern, welche die meisten Mischformen von Therapie beinhalten: „Normalisierung von Essverhalten und Gewicht, Bearbeitung der zu Grunde liegenden Problembereiche und Verbesserung der Körperwahrnehmung und -akzeptanz.“ (Jacobi et al.; 2004; S. 54) Neben der Beratung, soll auch Mittel der Edukation eingesetzt werden. Hier ist die Informationsvermittlung zu Beginn vordergründig, um die Wahrnehmung der Erkrankung und in weiterer Folge auch die Akzeptanz dahingehend zu fördern. Meistens werden zu Beginn ambulanter Therapieformen sogenannte Therapieverträge ausgehandelt, schriftlich aufgesetzt und von beiden Parteien unterschrieben. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S. 58) Hierbei verpflichten sich die Patientinnen zu bestimmten Punkten, wie beispielsweise einem Mindestgewicht, Mahlzeiten nach Plan und der „schwarzen Liste“. Die „schwarze Liste“ besteht sowohl aus essbaren, als auch nicht essbaren Lebensmitteln. Das Ziel ist es, dass die Liste der nicht essbaren Lebensmittel Schritt für Schritt kürzer wird. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S. 57) Eine weitere Unterscheidung des Stils des Therapieprogramms ist die Trennung eines Selbstkontrollschemas und des normalen Schemas. Ziel der Selbstkontrolle ist die stetige Zunahme von Woche zu Woche von ca. 700g. Kommt die Patientin ihrer Pflichterfüllung nicht nach, so wird sie in das normale Schema eingefügt. Das normale Schema soll durch Außenstehende anleiten und die Patientin schrittweise an die Durchführung der Selbstkontrolle gewöhnen. (Vgl. Jacobi et al.; 2004; S. 66)

2.5.1. Familienbezogene Therapien

Zu Beginn einer Therapie ist es ratsam, immer Fragen zur Familiensituation zu stellen. Dadurch ist es möglich, Personen in die Therapie zu integrieren, beziehungsweise diese auch auszuklammern, sofern dies der Wunsch der Patientin ist. Auch ist es bei Frauen im

jungen Erwachsenenalter besonders wichtig, die Eltern oder andere Bezugspersonen aus der Kernfamilie nicht auszuklammern. (Vgl. Reich; 2003; S. 56)

Um die Familiengebilde verstehen zu können, bietet es sich im Besonderen zu Beginn an, ein Genogramm der familiären Situation zu erstellen. Aufgrund des Genogramms lassen sich Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder zueinander graphisch darstellen und auch, welche Probleme und positive Ressourcen sich daraus ergeben. (Vgl. Reich; 2003; S. 69)

Laut Reich bietet die Familientherapie die Möglichkeit Konfliktgeschehen, welche im engen Zusammenhang zu der Erkrankung stehen, aufzudecken und wenn möglich auch zu lösen. (Vgl. Reich; 2003; S. 57) Grundsätzlich lässt sich die Familientherapie bei „Anorexia nervosa“ und „Bulimia nervosa“ in drei Phasen aufgliedern: die, der „Stabilisierung“, der „Konfliktlösung“ und der „Reifung“. (Reich; 2003; S. 57) An der Spitze des Beginns der Phase der Stabilisierung steht das Gespräch mit der Familie. In diesem wird die Problematik analysiert, die Familiengebilde zusammengefügt und die Motivation, warum eine Therapie begonnen werden soll, verdeutlicht. Neben der Festlegung eines Mindestgewichts, wird auch das Zielgewicht näher definiert. (Vgl. Reich; 2003; S. 73) In dieser Phase ist es besonders wichtig, unter Aufsicht, das Essverhalten zu regulieren und größtenteils zu kontrollieren. Die nächste Phase - die Konfliktlösung.-. strebt an, Konflikte zu enthüllen und die Einstellungen seitens der Familie zu Essstörungen, Essen und Diäten zu erfragen. (Vgl. Reich; 2003; S. 75) Dadurch kann sich verwendbares Potenzial zur Konfliktlösung finden lassen. Die letzte Phase - die Reifung - bestärkt die Patientin im Besonderen in ihrer eigenen Autonomie, in ihrer Selbstkontrolle und darin, sich noch weitere Ziele, wie die einer Gewichtszunahme, zu stecken. Neben Einzeltherapien sind auch Therapien für Elternpaare

oder Partner möglich. (Vgl. Reich; 2003; S. 76) Eine der besonderen Möglichkeiten in der Phase der Stabilisierung ist beispielsweise das „Family meal“. Unter dem „Family meal“ versteht man das Beisammensein beim Essen der gesamten Ursprungsfamilie beziehungsweise Kernfamilie. Wichtig ist hierbei, dass die Eltern ihre Tochter dabei animieren sollen, etwas zu essen. Dies geschieht meist zu Beginn der Aktion unter Aufsicht der betreuenden Therapeuten. Hierbei ist es besonders gut möglich die Interaktionen innerhalb der Familie zu beobachten und im Nachhinein zu deuten. Dies gibt den Therapeuten über die Konfliktgespräche hinaus die Chance, die Familie im „normalen“ Setting, welches in der Therapie von Personen mit Essstörung essentiell ist, zu erleben. (Vgl. Lock et al.; 2001; S. 79) Auch Johansson et al. beschreiben, dass das sogenannte „Family meal“ ein Mittel für die Eltern darstellt, beobachten zu können, was und wieviel die Betroffenen zu sich nehmen (Vgl. Johansson et al.; 2009; S.27)

Es bestehen bereits Studien zur Familientherapie bei Essstörung mit beunruhigenden Ergebnissen: die Angehörigen geben an, dass sie sich im Stich gelassen fühlen von Pflegepersonen, die ihre Töchter betreuen. Sie fühlen sich nur wenig in den Therapieverlauf eingebunden und stehen meist außen vor. Neben der Ignoranz seitens der professionellen Helfer, macht sich nach Angaben der Elternteile auch eine Schuldzuweisung ihnen gegenüber bemerkbar. (Vgl. Honey et al.; 2008; S.41) Honey et al. schildern des Weiteren, dass besonders auch die Teilnahme der Elternteile sich positiv auf den Verlauf der Therapie auswirken können. (Vgl. Honey et al.; 2005; S. 354) Dies lässt sich als zusätzliches Argument für eine familiäre Therapie nennen.

Dies macht deutlich, dass hier eindeutiger Handlungsbedarf herrscht. Neben der Einbindung der Familie in die ambulante, und verstärkt stationäre Behandlung, soll besonders auch auf die Nachbetreuung eine

adäquate Gewichtung der Prioritäten gelegt werden. Besonders die Nachbetreuung mit der kontinuierlichen Informationsweitergabe ist ausschlaggebend für die weitere Genesung der Patientinnen. (Vgl. McMaster et al; 2004; S. 68)

3. PROBLEMSTELLUNG

Das Kapitel der Problemstellung soll in dieser Arbeit die Verbindung zwischen den Ergebnissen der Literatur und den empirischen Ergebnissen der Arbeit herstellen. Neben der Zielsetzung beinhaltet es auch die vorherrschenden Forschungsfragen dieser Arbeit, die es gilt zu beantworten.

3.1. Problem und Zielsetzung

Essstörungen stellen, obwohl ihrer medialen Reichweite, oftmals noch immer ein Tabu in unserer Gesellschaft dar. Zwar bestehen bereits diverse Ausarbeitungen und Forschungen über das Erleben der unmittelbar Betroffenen, also den Erkrankten selbst, die Angehörigen und das nähere Umfeld wurden allerdings zumeist in der deutschen Literatur ausgespart. Es existieren lediglich ein paar englischsprachige Studien, die sich auch auf das Erleben der Angehörigen beziehen, welche bereits im Literaturteil erwähnt wurden. Ansonsten wird nur auf diverse Beziehungsaspekte in der Literatur eingegangen.

Die Zielsetzung dieser Arbeit ist es, mittels qualitativer Methodik Einsicht in die Situation von Angehörigen zu erhalten, wie diese mit der Essstörung der Betroffenen umgehen. Hierbei steht das subjektive Erleben im Mittelpunkt – also wie Angehörige/Familienmitglieder die Essstörung der Tochter/Schwester/Partnerin/Freundin erleben und welchen Belastungen sie begegnen. Weiters soll erhoben werden welche Bewältigungsstrategien von ihnen angewendet werden, um mit eben diesen Belastungen umgehen zu können.

Ausschlaggebend für die definierten Forschungsfragen war der Versuch auch Angehörige einmal bezüglich dieser Thematik in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken. Die Erkenntnis der Belastungen und eventueller daraus ergebender Bedürfnisse soll als Stütze gesehen werden, um im Feld der Praxis Annäherungen zu gestalten und einen ersten Schritt zu wagen, um Hilfe anbieten zu können. Das grundlegende Ziel der Arbeit ist es, Angehörige als ebenso bedürftig zu erkennen, wie die Betroffenen selbst.

3.2. Forschungsfrage(n)

Die Forschungsfragen dieser Arbeit lauten wie folgt:

- 1) Wie erleben Angehörige individuell die Essstörung der Betroffenen?
 - a) Welche Belastungen erfahren Angehörige von Patientinnen mit einer Essstörung?
 - b) Ob und inwiefern findet die Einbindung der Angehörigen in die Therapie statt?

4. EMPIRISCHER TEIL

Im Bereich des Kapitels „Empirie“ soll ein kurzer Überblick über die zu Grunde liegende qualitative Forschung und über die in der Arbeit verwendete Methodik gegeben werden. Weiters wird anhand von Beispielen der Akt der erfolgten Datenanalyse dargestellt.

4.1. Qualitative Forschung

In dieser Arbeit wurde, um die Erlebnisse von Angehörigen darstellen zu können, auf den Ansatz der qualitativen Forschung zurückgegriffen. Die qualitative Forschung ist als Gegensatz zur quantitativen Forschung ein geisteswissenschaftlicher Ansatz. (Vgl. Mayer; 2011; S.98) Die qualitative Forschung richtet sich immer nach dem subjektiv Erlebten und inwiefern ein Individuum ein Phänomen subjektiv erlebt. (Vgl. Mayer; 2011; S. 97) Von qualitativer Forschung wird dann gesprochen, wenn also die Entwicklung von Forschungsergebnissen induktiv erfolgt. Hier spricht man laut Mayer von einer Darstellung einer Situation „von innen heraus“. (Mayer; 2011; S. 97)

Quantitative und qualitative Forschung unterscheiden sich daher nicht nur anhand ihrer Gütekriterien und Philosophie des Herantretens an Forschungsbelange, sondern auch im Besonderen in der Darstellung der Wirklichkeit. Quantitative Forschung hat zum Ziel, anhand messbarer Daten signifikante Zusammenhänge empirisch darstellen zu können.

Der qualitative Ansatz hingegen strebt nach der subjektiven Wahrheit. (Vgl. Mayer; 2011; S. 97) Hierbei sollen Zusammenhänge aufgedeckt werden, „[...]die im Zuge sozialer Interaktionen von allen gemeinsam hergestellt werden.“ (Mayer; 2011; S. 97) Aus dieser subjektiven Wahrheit sollen im Großen und Ganzen schlussendlich Konzepte entwickelt werden, welche die Erlebnisse der betroffenen Personen allumfassend beschreiben. In groß angelegten qualitativen Studien ist

es auch des Weiteren möglich von den erhobenen Daten Theorien abzuleiten. (Vgl. Mayer; 2011; S. 98)

Einer der wichtigsten Punkte in der qualitativen Forschung ist die Form der Datenerhebung, da sie sich hier maßgeblich von der Quantitativen unterscheidet. Die Erhebung gestaltet sich offen, das heißt es wird nicht oder halb standardisiert gearbeitet. Dies gilt im Besonderen für vorgefertigte Interviewleitfäden. (Vgl. Mayer; 2011; S. 98)

4.2. Methodologie

Die in dieser Arbeit verwendete Methode richtet sich nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring hat als zentralen Gegenstand die Kommunikation. Besonderes Augenmerk soll hierbei bei der gesprochenen Kommunikation, mithilfe einer systematischen Analyse, auf deren Inhalt gelegt werden. (Vgl. Mayring; 2010; S. 11) Um die gesprochene Kommunikation auch analysieren zu können ist es von Nöten, diese zu verschriftlichen. Die Verschriftlichung der Kommunikation wird hierbei mittels Transkription herbeigeführt. Zwar handelt es sich hierbei um eine Methode der qualitativen Forschung, welche sich auf subjektive Erlebnisse konzentriert, dennoch muss laut Mayring auch hier nach Regeln vorgegangen, das heißt: analysiert, werden. (Vgl. Mayring; 2010; S. 13) Um die Nachvollziehbarkeit in der Analyse und Interpretation gewährleisten zu können ist es von Nöten, jeden Schritt mittels aufgestellter Regeln dahingehend zu prüfen, ob dieser auch bewusst und korrekt verlaufen ist. Neben dem Kodiersystem stellt bei Mayring das Bilden von Kategorien eine besonders erhabene Rolle dar. (Vgl. Mayring; 2010; S. 49) Die Kategorien sollen schlüssig und nachvollziehbar für die Leser und Leserinnen erkennbar sein. Mayring spricht einerseits von der „[...]Regelgeleitetheit[...]“ (Mayring; 2010; S. 57) und der

„[...]Theoriegeleitetheit der Interpretation.[...]“ (Mayring, 2010, S.57)
Die sogenannte „Theoriegeleitetheit“ sagt aus, dass - bevor überhaupt an die Auswertung beziehungsweise die Analyse des Materials herangegangen werden kann - zuerst sowohl das Material selbst ausgesucht werden muss, als auch inhaltlich stimmige Forschungsfragen für das Material erstellt werden müssen. (Vgl. Mayring; 2010; S. 58)

Die Methodik in dieser Arbeit, orientiert an Mayring und den Gütekriterien der qualitativen Forschung, wurde auf halb standardisierte Interviews festgelegt. Gearbeitet wurde während der Interviews mit einem Interviewleitfaden. Dieser enthält allerdings nur offene Fragen. Dadurch wurde ein gewisser Redefluss der Interviewpartner gewährleistet und die Möglichkeit Suggestivfragen zu stellen, ausgeschlossen. Der Interviewleitfaden sollte während der Durchführung der Interviews lediglich als Stütze dienen, um den roten Faden während des Gesprächs nicht zu verlieren. Weiters wurde in der Art der Interviews die Beschränkung eingeführt, dass nur Einzelpersonen und keine Gruppen, was durchaus auch üblich sein kann, als Interviewpartner herangezogen wurden. Des Weiteren wurden die Interviews persönlich geführt. Das bedeutet, dass weder Interviews per Telefon noch per Email durchgeführt wurden.

Die Transkription der Interviews erfolgte in der sogenannten „literarischen Umschrift“ (Mayer; 2011; S. 253). Das heißt, dass sowohl Hochdeutsch, als auch jede Dialektform wiedergegeben wird. Dadurch soll die Authentizität gewährleistet werden. Weiters wurde auf die Form der „kommentierten Transkripte“ (Mayer; 2011; S. 254) zurückgegriffen. Darunter versteht man die Integration sprachlicher Gegebenheiten, die man ohne deren Hervorhebung im transkribierten Text nicht mehr erkennen würde. Dazu zählen beispielsweise Pausen im Redefluss, oder Lachen der Interviewpartner. (Vgl. Mayer; 2011; S.

254) Weiters wurde für die spätere Ausarbeitung darauf geachtet, dass alle Interviews zeitig durchnummeriert sind und die Befragten, aufgrund der gewährleisteten Anonymisierung kodiert wurden. (Vgl. Mayer; 2011; S. 255) Dadurch sollen Rückschlüsse aufgrund gewisser Aussagen auf bestimmte Personen vermieden werden.

Die Stichprobe der befragten Personen dieser Arbeit setzt sich aus mehreren Angehörigengruppen zusammen. Vorerst war lediglich nur eine Befragung ausschließlich einer Gruppe geplant: der Eltern. Da allerdings nicht ausreichend Resonanz vorherrschte und es sich äußerst schwierig gestaltete genügend Interviewpartner und Interviewpartnerinnen ausfindig zu machen, welche auch bereit waren sich befragen zu lassen, wurde der Angehörigenkreis deutlich ausgeweitet. Ohne diese Ausweitung hätte eine Ausarbeitung von nur wenigen Interviews zu keiner gemäßen Sättigung der Daten geführt. Weiters war die Ausweitung im Besonderen dadurch möglich, als dass auch bereits im Kapitel „Definitionen“ der Familienbegriff sich nicht nur auf die reine Kernfamilie bezieht, sondern in unserer heutigen Zeit viel weiter gestreut ist. Dies bedeutete die Hinzufügung folgender Gruppen: Partner, Geschwister und Freundinnen.

Die Stichprobe setzt sich aus insgesamt neun Personen zusammen. Die Mütter und Freundinnen gelten in der Befragung als leicht überrepräsentiert, da jeweils drei von ihnen befragt wurden. Vorwiegend wurden weibliche Interviewpartner befragt, lediglich zwei Personen waren männlichen Geschlechts. Die Altersgruppen unterschieden sich aufgrund der zugehörigen Gruppen des familiären Settings. Die Mütter waren jeweils deutlich älter als die Partner, Geschwister und Freundinnen. Insgesamt gesehen lässt sich eine Altersspanne vom 21. Lebensjahr - 49. Lebensjahr ziehen.

Die Kriterien der zu befragenden Personen waren: eine familiäre beziehungsweise freundschaftliche Verbindung zu einer an einer Essstörung erkrankten Person, die von der Erkrankung unmittelbar betroffene Person hat bereits das junge Erwachsenenalter erreicht, die medizinische Diagnosestellung von „bulimia nervosa“ oder „anorexia nervosa“ lagen zum Zeitpunkt des Interviews bereits vor.

Grundlegend, wie schon etwas früher angesprochen, gestaltete sich die Suche nach geeigneten Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen als schwierig. Nach der Zurückweisung von Hilfe bei professionellen Helfern, deren Anlaufstellen und Institutionen, wurde das Hauptaugenmerk auf leicht zugängliche Medien gelegt, wie beispielsweise Internetforen, in welchen sich Betroffene austauschen. Auch schwarze Bretter dienten hierbei als Aushang für die Suche nach betroffenen Personen. Des Weiteren wurde, um den Kontakt zu den befragten Personen herzustellen, unter anderem auch auf das sogenannte Schneeballverfahren zurückgegriffen. Dies bedeutet, dass mit Hilfe der Herstellung eines Kontaktes zu einer Person über diese auch weitere Kontaktaufnahmen erfolgen konnten.

Die lange Zeitspanne in der nach Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen gesucht wurde, lässt unter anderem auch darauf schließen, dass die Thematik der Essstörung als solches nach wie vor ein großes Tabuthema darstellt, über welches nur ungern mit fremden Personen gesprochen wird. So unterschiedlich und individuell die befragten Personen sind, so individuell waren auch die Orte wo die Interviews stattfanden. Einige der Interviews fanden im öffentlichen Raum statt, der Großteil jedoch im Privatbereich. Die Interviewzeit variierte zwischen einer halben und ganzen Stunde. Allgemein lässt sich aussagen, dass die Informanten und Informantinnen zu jeder gestellten Frage antworteten. Lediglich ein begonnenes Interview wurde nach ca. zehn Minuten abgebrochen, da der zu befragenden Person, aufgrund

ihrer emotionalen Instabilität, ein weiteres Fortführen des Interviews nicht zugemutet werden konnte.

4.3. Gütekriterien

Auch in der qualitativen Forschung stellen die Gütekriterien einen besonders erstrebenswerten Punkt im Forschungsvorhaben dar. Mittels der Gütekriterien kann bestimmt werden, inwiefern das Forschungsprojekt nach wissenschaftlicher Sicht sowohl glaubwürdig, als auch nachvollziehbar ist. Mit der Begrifflichkeit „Gütekriterien“ werden jeweils in der qualitativen und quantitativen Forschung unterschiedliche Kriterien angegeben.

In der quantitativen Forschung beziehen sich die Gütekriterien vorwiegend auf Objektivität, Reliabilität und Validität. Objektivität bedeutet, dass unabhängig vom Forscher gleiche Studienergebnisse resultieren sollten. Reliabilität bedeutet, dass mittels unterschiedlicher Instrumente und mehrerer aufeinanderfolgender Messungen die Forschenden auf dieselben Ergebnisse stoßen sollen. (Vgl. Mayer; 2011; S. 95ff) Die Validität gibt an, ob das Instrument für die Messung „[...]tatsächlich das misst, was es messen soll.“ (Mayer; 2011; S. 96)

In der qualitativen Forschung hingegen bestehen mehrere Annahmen und Meinungen über die zu erreichenden Gütekriterien. Mayer zählt Gütekriterien qualitativer Forschung nach Lincoln und Guba folgendermaßen auf: „[...]Glaubwürdigkeit, [...]Folgerichtigkeit, [...]Angemessenheit, [...]Übertragbarkeit[...]“ (Mayer; 2011; S. 113) Mayring hingegen definiert eigene Gütekriterien für die qualitative Forschung und im besonderen Fall für die Inhaltsanalyse selbst. Nach Mayring zählen zu den Gütekriterien: „Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung und Triangulation.“ (Mayring; 2010; S. 118) In der qualitativen Forschung bestehen zwar

unterschiedliche Forschungsansätze und Analysemöglichkeiten, dennoch kann hier nicht von standardisierten Methoden gesprochen werden. Analysemöglichkeiten werden oftmals auf den zu untersuchenden Bereich abgewandelt oder adaptiert.

Genau aus diesem Grund ist eine genaue Dokumentation von beispielsweise Interpretation von Nöten, um für die Leser und Leserinnen den Forschungs- und Analyseprozess transparenter zu gestalten. Auch das Kriterium Regelgeleitetheit bedeutet, dass auch wenn viel Adaptionspotenzial in der qualitativen Forschung gelebt werden kann, dennoch einige Regeln einzuhalten sind, um die Wissenschaftlichkeit einer Arbeit gewährleisten zu können.

Des Weiteren sichert die argumentative Interpretationstechnik ab, dass jeder Schritt in der Interpretation mit ausreichend argumentiert werden muss. Dadurch sollen das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit gegenüber der Interpretation des Forschers und der Forscherin gefördert werden. Des Weiteren ist es notwendig, sich soweit wie möglich in die betroffene Person hineinversetzen zu können – das bedeutet unter anderem die Integration in die Lebenswelt beziehungsweise Umgebung begeben zu können. Zu guter Letzt dient die Beratschlagung mit mehreren anderen Forschern und Forscherinnen dazu, die Ergebnisse der Analyse zu kontrollieren und zu festigen. (Vgl. Mayer; 2010; S. 115).

Die kommunikative Validierung fand, unter anderem auch im Seminar für Diplomanden- und Diplomandinnen, im Zuge dieser Arbeit statt. Das bedeutet, dass die erarbeiteten Interpretationen und Ergebnisse diskutiert und gegebenenfalls adaptiert wurden.

4.4. Ethik

Ethik ist aus dem Kontext der Wissenschaft und dem wissenschaftlichen Anspruch einer Arbeit beziehungsweise Forschung kaum wegzudenken. Seit der Festlegung und Diskussion über Ethik, Moral und deren Prinzipien sind diese fester Bestandteil der gelebten Wissenschaft. Besondere Aufmerksamkeit wird ihnen zuteil, wenn es beispielsweise darum geht, ein neues Forschungsprojekt zu starten. Hierbei müssen Überlegungen angestellt werden, inwieweit bestimmte Thematiken mit den ethischen und moralischen Vorstellungen und „Regeln“ überhaupt zulässig sind.

Laut Lay (2004) stellen ethische Grundprinzipien unter anderem „die Förderung der Autonomie,[...] der Respekt vor der Person, [...] und die Achtung vor dem Leben[...]“ (Lay; 2004; S. 25) dar. Unter das moralische Regelwerk fallen beispielsweise „[...]Datenschutzbestimmungen, [...]Schweigepflicht“ (Lay; 2004; S. 25)

Bezugnehmend auf diese Arbeit lassen sich Datenschutzbestimmungen dahingehend zusichern, dass alle geführten und transkribierten Interviews anonymisiert wurden. Es lassen sich hiermit keine Rückschlüsse auf bestimmte Personen ziehen. Auch die Pflicht des Informierens beziehungsweise Aufklärens und der Informationsweitergabe wird in dieser Arbeit, sowohl in mündlicher, als auch in schriftlicher Form nachgekommen. (Vgl. Arndt; 2007; S.92) In schriftlicher Form besteht hierbei der sogenannte Informed consent.

Der Informed consent, auch informierte Einverständniserklärung genannt, besteht aus folgenden Punkten: der schriftlichen Einverständniserklärung zur Studie und deren mögliche Revidierung, der Gewährleistung des Datenschutzes und der Anonymität, der Möglichkeit, dass der Befragungsort der Wahl des Befragten unterliegt, dem Einräumen der Möglichkeit, dass das Interview zu jedem Zeitpunkt

abgebrochen werden kann, der schriftlichen Bestätigung, dass auftretende Fragen zu jeder Zeit beantwortet werden.

Neben diesen Punkten stellen für Monteverde und Kesselring (2012) folgende Charakteristika Ethik in der modernen medizinischen und pflegerischen Forschung sicher: „[...]positives Nutzen-Risiko-Verhältnis, [...] Fairness, [...] Schutz und Betreuung[...]“. (Kesselring, Monteverde; 2012; S. 143)

In groß angelegten Studien an Patienten und Patientinnen wird beispielsweise das Forschungsvorhaben auch einer Ethikkommission vorgelegt. Diese entscheidet dann darüber, ob das Vorhaben ethisch vertretbar und ob es zulässig ist, diese Untersuchung umzusetzen.

4.5. Datenanalyse

Die Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine der Analysemethoden, die besonders gern und häufig in der Pflegeforschung verwendet wird. Dies hat seinen Ursprung in der Soziologie, da dies auch einen Bestandteil des Einflusses auf die Pflege darstellt. Genauer gesehen entstand die Inhaltsanalyse aus der Kommunikationswissenschaft und legt deswegen auch den Großteil der Aufmerksamkeit auf das Gesprochene, beziehungsweise verschriftlichte Gesprochene.

Die Inhaltsanalyse nach Mayring setzt sich, ähnlich wie die Grounded Theory, aus mehreren Schritten zusammen. Eine besonders wichtige, welche beide Analysemethoden gemein haben, ist hierbei der Schritt des Kodierens. Bevor der Schritt des Kodierens erfolgen kann, ist es von Nöten, dass das transkribierte Gesprochene einfacher beschrieben wird. Danach kann kodiert und schlussendlich reduziert werden. (Vgl. Mayer; 2011; S. 257)

Laut Mayring (2010) besteht die Inhaltsanalyse aus folgenden Analyseteilen: „Kodiereinheit[...], Kontexteinheit[...],

Auswertungseinheit[...]“ (Mayring; 2010; S. 59) In der Kodiereinheit werden einzelne Codes vergeben. Die Kontexteinheit bestimmt, wieviele Codes unter welche Kategorie gestellt werden können. Und die Auswertungseinheit bestimmt schlussendlich die Reihenfolge, in welcher die Texte ausgearbeitet werden sollen. (Vgl. Mayring; 2010; S. 59)

Nach der Analyse soll, ähnlich einer Evaluierung, eine Kontrolle der gebildeten Kategorien und der dazugehörigen Codes erfolgen und wenn nötig nochmals neu adaptiert werden.

Hier soll nun in einzelnen Schritten erklärt werden, wie die Daten für die Ergebnisse in dieser Arbeit analysiert wurden. Dies soll der Nachvollziehbarkeit und Transparenz dienen.

Der erste Schritt stellt das sogenannte Paraphrasieren dar. Dieser Schritt wird bei all jenen Stellen im Text angewandt, welche eine besondere Bedeutung besitzen beziehungsweise einen relevanten Inhalt aufweisen. Alle anderen Textpassagen werden mit irrelevantem Status für die Auswertung „gestrichen“.

Paraphrasieren bedeutet, dass über Textstellen quasi ein Raster gelegt wird – ist die Transkription in literarischer Umschrift erfolgt, so ist es von Nöten, den Text in allgemein verständliches Hochdeutsch zu „übersetzen“. Des Weiteren sollen alle unwichtigen und sinnentleerten Wörter aus dem Satzgefüge entfernt werden. Zusätzlich ist es wichtig, sich an die aus der deutschen Sprache stammenden grammatikalischen Regeln zu halten. (Vgl. Mayring; 2010; S. 70) Somit ist es jedem Leser und jeder Leserin möglich, alle Sätze frei von Dialekt und verkürzten Wörtern aufgrund unterschiedlicher Sprechweisen zu verstehen.

Der zweite Schritt wird „[...]Generalisierung auf das Abstraktionsniveau[...]“ (Mayring; 2010; S. 70) genannt. Dies bedeutet,

dass die zuvor gebildeten Paraphrasen verallgemeinert werden müssen (Vgl. Mayring; 2010; S. 70)

Die eben beschriebenen Schritte sollen nun, anhand von unterschiedlichen Beispielen, der in dieser Arbeit erstellten Transkripte der geführten Interviews, praktisch erläutert werden.

Paraphrasieren und Generalisieren					
Fall	S.	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
A	3	90	1	Aussichtslosigkeit begleitet diese Krankheit	Aussichtslosigkeit ist Teil der Krankheit
A	4	117	2	Es gibt keine Heilung	Keine Aussicht auf Heilung
A	6	191	3	Angst haben, wenn das Telefon läutet. Sich die Frage stellen, was am nächsten Tag mit ihr sein könnte.	Angst, wenn Telefon läutet. Angst vor dem nächsten Tag
A	6	201	4	Angst haben, dass sie sich etwas antut. Sich die Frage stellen, ob man auf ein Begräbnis muss.	Angst vor dem Tod der Tochter

Tab.1.

Nach dem Schritt der Generalisierung ist es von Nöten, eine erste Reduktion der Daten durchzuführen. Diese Reduktion bedeutet, dass bei gleichen Paraphrasen oder Paraphrasen mit gleicher Aussage jeweils die Doppelnennungen gestrichen werden müssen, um das Datenvolumen überschaubar halten zu können. Im weiteren Vorgehen sollen nun auch Paraphrasen entfernt werden, die inhaltslos sind und die inhaltvollen Paraphrasen in den nächsten Schritt mit übernommen werden. Die zweite Reduktion dient zur Erstellung der ersten Kategorien – also der Zusammenfassung relevanter Paraphrasen desselben Kontextes. Mayring spricht hierbei von einer „Konstruktion“. Diese neuen Kategorien werden ebenfalls, der Übersichtlichkeit wegen, durchnummeriert. (Vgl. Mayring; 2010; S. 70)

Paraphrasieren, Generalisieren, Reduzieren							
F	S	Z	N	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie	Überk.
C	1	5	1	C. und Kinder haben sich selten gesehen. C. hatte deswegen starke Schuldgefühle	Vernachlässigung der Kinder	K3: Vernachlässigung	Schuld daran sein
C	1	7	2	C. hat sich wenig gekümmert. C. glaubt, dass dies der Grund für die Erkrankung ist.	Vernachlässigung der Kinder.		
C	1	68	3	C. hat etwas falsch gemacht.	Schuldgefühle	K4: Schuld bei sich suchen	
C	1	68	4	C. glaubt ihr zu wenig Selbstvertrauen mitgegeben zu haben.	Zu geringe Vermittlung von Selbstvertrauen		
C	1	69	5	C. gibt an ihr Ernährung falsch vorgelebt zu haben.	Vorleben falscher Ernährung		

Tab.2.

Diese Tabelle setzt sich, ähnlich wie die Tabelle zuvor, aus fixen Angaben in den einzelnen Spalten zusammen. Die Abkürzung F steht für den Fall, um den es sich hier handelt. Alle Interviews wurden mit Fallbezeichnungen nach dem Alphabet benannt. Diese Fallbezeichnungen haben keine Relevanz für den Zeitpunkt des

Interviews. Der Buchstabe S steht für die Seite, Z für die zu betreffende Zeile, da alle Interviews pro Zeile durchnummeriert wurden. Die Bereiche Paraphrase, Generalisierung und Kategorie erklären sich hiermit von selbst. Nach der gebildeten Kategorie lässt sich schlussendlich noch die Überkategorie ausmachen.

Um eine optische bessere Anschaulichkeit gewährleisten zu können, besteht die Möglichkeit, dass nach der Kategorienzuteilung alle Unterpunkte, zuzüglich der jeweiligen Ankerbeispiele, unter der dazugehörigen Kategorie aufgelistet werden.

Nach diesem Schritt, also dem zweiten Durchgang der Reduktion, kann auch bei einer sehr großen Datenmenge eine weitere Generalisierung auf ein höheres Abstraktionsniveau durchgeführt werden. Laut Mayring ist dies allerdings nur dann sinnvoll, wenn inhaltlich gesehen und die Fallanzahl dafür sprechen. (Vgl. Mayring; 2010; S. 81)

5. DARSTELLUNG der ERGEBNISSE

Das Kapitel „Darstellung der Ergebnisse“ soll auf die Forschungsfrage dieser Arbeit, nämlich wie Angehörige die Erkrankung/die Essstörung der Betroffenen erleben, spezifisch eingehen und Antworten zur Verfügung stellen. Das Kapitel gliedert sich einerseits in die Schilderung und Beschreibung der unmittelbar Betroffenen, nämlich den Erkrankten selbst, und andererseits deren Lebenswelt. Da alle Angehörigen im besonderen Maße in Verbindung zu den erkrankten Personen stehen, besteht nur so die Möglichkeit die individuell erlebten Belastungen und Bewältigungsstrategien nachvollziehen zu können.

Interessant erscheint, dass sich aus den Daten unterschiedliche Fakten ergaben. Einerseits waren es Ergebnisse, welche schon aus der Literatur bekannt waren und sich dadurch bestätigten, andererseits entwickelten sich auch ganz neue Blickpunkte auf die Thematik.

Wie Angehörige die Erkrankung erleben manifestiert sich dahingehend in welchem Verhältnis sie zur Betroffenen stehen. Eltern zeigen ganz andere Erlebnisse und Belastungen auf, als Partner und Freundinnen. Diese Differenzen zeigen sich ebenso im Bereich der Bewältigung – also was kann getan werden, um die Situation ertragen und bewältigen zu können? Neben all diesen Differenzen existieren aber auch Gemeinsamkeiten. Diese Gemeinsamkeiten beziehen sich im Besonderen auf die Diagnosestellung und auf „*Es Erfahren*“. Daraus ergibt sich, dass drei Unterkapitel die gefundenen Ergebnisse und deren Kategorien aufgliedern: die Betroffenen, Gemeinsamkeiten und Differenzierungen.

5.1. Die Betroffenen

Die Betroffenen selbst - damit sind nun die jungen Frauen im Erwachsenenalter, welche an einer Essstörung erkrankt sind, gemeint - stehen grundsätzlich im Mittelpunkt des Geschehens. Angehörige und Betroffene teilen sich im engeren Sinne nicht nur die Umwelt und die gemeinsame Lebenswelt, sondern auch, aufgrund verschiedenster sozialer und kommunikativer Prozesse, Erfahrungen. Diese Erfahrungen bestimmen nicht nur das eigene Sein, sondern auch das interaktive Miteinander. Zur unmittelbaren Lebenswelt zählen sowohl Räumlichkeiten im architektonischen Sinn, als auch Lebensbedingungen und Lebensumstände. Es lassen sich Fragen stellen, wie zum Beispiel: Wie leben die Betroffenen? Welche Gegebenheiten bestimmen ihr Leben? Lassen sie über ihr Leben bestimmen, oder nehmen sie es selbst in die Hand?

Fest steht, dass Probleme in unmittelbarer Nähe, egal ob von direkter oder indirekter Betroffenheit, oft zu Konflikten führen. In diesen Konflikten sind Verstrickungen und Auseinandersetzungen zwischen mehreren Parteien oft keine Seltenheit. So geht auch aus den geführten Interviews hervor, dass oftmals Konfliktpotential innerhalb des engeren Umfeldes Trigger-Punkte beziehungsweise Auslösemechanismen darstellen. Die Schilderung beinhaltet, dass zu neunzig Prozent der betroffenen Frauen in den Interviews ein schwieriges Verhältnis zu ihren Eltern beziehungsweise den nächsten Blutsverwandten aufweisen. Nahezu fast alle beschreiben ein Familienkonstrukt, welches zum großen Teil verworren und chaotisch ist.

Charakteristisch ist, was auch schon in der Literatur ausreichend beschrieben wurde, dass aufgrund vorherrschender problematischer Familienverhältnisse oftmals auch die Kommunikation untereinander und miteinander stark eingeschränkt ist. Dadurch kommt es zu

Situationen, in denen nicht offen über Probleme gesprochen werden kann. Deshalb wenden sich viele Betroffene von ihren Verwandten ab – einerseits um sie nicht weiter zu belasten, andererseits weil sie nur auf Unverständnis stoßen würden. In allen Fällen der Befragten begann die Erkrankung, oftmals auch nur im Nachhinein betrachtet, bereits in der Pubertät – also einer Zeit, in welcher man sich sowieso oftmals unverstanden und allein gelassen fühlt. Des Weiteren haben die Befragten mehrmals angegeben, dass das unmittelbare Umfeld sowieso kein Interesse an der Erkrankung oder der momentanen Situation der jungen Erkrankten hätten.

„Aber ich glaub die meisten interessieren sich auch nicht dafür und die hat sie halt abspeisen können mit irgendwelchen faden Ausreden.“ (IV)

Viele Betroffene ziehen andere Personen auch häufig zur Verantwortung – diese seien schuld daran, dass sich die Erkrankung überhaupt erst entwickelt habe. Dies führt dann auch oft zum sogenannten „Abstrafen“ – der Kommunikationsverweigerung.

Krankheitseinsicht

Oftmals resultiert auch die fehlende Krankheitseinsicht in einem ablehnenden Verhalten. Neben dem Abstreiten der Erkrankung verstricken sich viele Betroffene immer wieder in Lügen und Unwahrheiten. Einige geben an, dass zwischen anderen Frauen, die eine Diät machen, und ihnen kein Unterschied bestünde. Dies kann als Rechtfertigung gesehen werden. Des Öfteren kann es vorkommen, dass auf gut gemeinte Ratschläge mit Ignoranz geantwortet wird. Erst mit fortschreitender Erkrankung, oder wenn die Erkrankung immer offensichtlicher wird, fühlen sich die Betroffenen dazu gezwungen, die Wahrheit mit anderen Personen zu teilen. Diese sind in den seltensten Fällen die Eltern oder Verwandte – meistens sind es Menschen mit denen sie freundschaftliche Verbindungen eingegangen sind.

Prinzipiell werden von den befragten Personen die jungen Frauen als durchwegs offene Menschen beschrieben. Sie gehen auf fremde Personen zu und sind sehr unternehmungslustig und aktiv. Sie werden meist, trotz der Erkrankung, als positive Menschen beschrieben.

Ein Auf und Ab

Als dominierend für die Erkrankung wird von den Befragten der phasenweise Verlauf der Erkrankung beschrieben. Hinzu kommt, dass in den meisten Fällen auch noch ein weiteres Krankheitsbild, eine Ko-Erkrankung, auftritt. Häufig handelt es sich hierbei neben der Essstörung wie Bulimie und Anorexie um bipolare Störungen, die Borderline-Persönlichkeitsstörung und selbstverletzendes Verhalten. Ähnlich wie bei bipolaren Störungen beschreiben die Angehörigen auch Schwankungen im Krankheitserleben der Betroffenen. Phasenweise kann Besserung eintreten, welche aber nicht eintreten muss. Die Betroffenen werden als überfordert beschrieben, wenn sie sich in einer schlechten Phase befinden und dazu aufgefordert werden, sich in Behandlung beziehungsweise Therapie zu begeben.

Rückzug

Eine logische Schlussfolgerung auf Überforderung und Zwang von außen sich therapieren zu lassen ist es, dass sich die Betroffenen immer mehr zurückziehen. Das Phänomen des „Rückzugs“ kann auch schon zu Beginn der Erkrankung festgestellt werden, wie die Angehörigen berichten. Damit ist allerdings nicht nur der Rückzug in andere Räumlichkeiten gemeint, wie beispielsweise das eigene Zimmer, sondern auch der Rückzug aus sozialen Interaktionen. Oftmals sehr als extrovertiert erlebte Personen verhalten sich zunehmend introvertierter. Die Betroffenen versuchen im schlimmsten Fall eine unnahbare Haltung anzunehmen, welche für Angehörige oftmals auf Unverständnis und Verwirrung stößt.

Auch das Bedürfnis nach viel Ruhe und Schlaf kann hier in Verbindung gesetzt werden. Aber nicht nur der Rückzug aus sozialen Interaktionen, sondern auch der aus Verpflichtungen wird von Angehörigen beobachtet. War bei Ausbruch der Erkrankung die Tochter noch schulpflichtig, so nahm sowohl die Schulleistung, als auch die Präsenz im Unterricht ab.

„Weils oft, je nach Laune, einfach zumacht...also...als ob sie eine Tür schließen tät.“(II)

Orientierungslosigkeit

Neben den Rückzugstendenzen und der Probleme mit anderen über die eigene Situation zu sprechen, wird deutlich, dass die Betroffenen zusätzlich Schwierigkeiten haben, sich in ihrem Leben zu orientieren. Sie haben nur wenig Halt und wirken meist planlos. Trotz der eventuellen Unterstützung von außen ist es ihnen oftmals nicht möglich, positiv und mit einem Ziel vor Augen in die Zukunft zu blicken. Als Beispiel hierfür lässt sich nennen, dass viele der in den Interviews beschriebenen Betroffenen weder wissen, wann, was und wo sie arbeiten oder studieren möchten.

Diese „Orientierungslosigkeit“ wird besonders deutlich in der Wahl der Therapie und ob überhaupt eine Therapie in Anspruch genommen wird. Die Therapie an sich und die Aussicht auf einen Therapieplatz spielen häufig eine besonders große Rolle im Leben der Betroffenen. Aber auch die Angehörigen machen die Therapie an sich zu einer besonders großen Thematik im Unterstützungsbereich. Der Faktor der „Orientierungslosigkeit“ hat des Weiteren einen ungemeinen Einfluss auch darauf, ob ein begonnenes Therapieprogramm auch bis zum Ende absolviert wird. Die Angehörigen beschreiben aufgrund dieser Orientierungslosigkeit und den stetigen „Auf und Abs“ einen Alltag bestimmt durch Abbrüche. Abbruch in dem Sinne, dass zwar in den

meisten Fällen der befragten Personen Therapien begonnen, aber immer wieder abgebrochen wurden. Neben den Therapien, werden auch oftmals Schulbildung und Ausbildung abgebrochen beziehungsweise Arbeitsplätze aufgegeben.

Der Abbruch der Therapien wird deutlich, da die Angehörigen auch von häufigem Ärztechsel sprechen. Das Ziel dieser „Arzt-Odyssee“ ist es immer wieder und von neuem die „*passende Therapie*“ zu finden. Doch für viele Angehörige ist dies oftmals eine utopische Sehnsucht, da die Betroffenen zum Zeitpunkt des Beginns der Therapie weder das Bedürfnis nach Hilfe verspüren, noch Einsicht zeigen, dass sie wirklich krank sind. Oftmals wird auch gleich von Anfang an die Entscheidung gegen eine Therapie gefällt.

Auffallend ist auch, dass alle Befragten beschreiben, dass wenn der Schritt zu einer Therapie unternommen wurde, die Betroffenen diese allein in Anspruch genommen haben. In keinem der Fälle war es möglich, dass Therapiesitzungen für Gruppen der Familie abgehalten wurden. Lediglich in zwei von neun Fällen war es für Angehörige möglich, ein Informationsgespräch für sich selbst zu beanspruchen. Darüber hinaus war es in einem von neun Fällen möglich, ein Familiengespräch zu führen. Dennoch war es Angehörigen allgemein gesehen nicht möglich, sich in die Therapie der Betroffenen zu integrieren, das heißt sie standen in allen Fällen außen vor. Weiters berichten Angehörige, dass sie nur im Bereich der Versorgung der Betroffenen herangezogen werden – also beispielsweise Versorgung mit Lebensmitteln, Kleidung und anderen materiellen Gütern, die von der jungen Frau benötigt werden.

Stabilisierung

Nun lässt sich die Frage stellen – was äußern Angehörige als ihre Wünsche für die Betroffenen? Wie stellen sie sich die Zukunft vor?

„...dass sie das in den Griff bekommt...beziehungsweise, dass sie es so wie sie es auch jetzt tut, sich selbst auch immer wieder abfängt...in schwierigen Phasen.“ (VI)

Alle Befragten äußern den besonderen Wunsch nach „*Stabilisierung*“ der Betroffenen - also der Wiedergewinnung der Kontrolle über den eigenen Körper, über das eigene Ich. Auch nach einer Genesung soll es der Betroffenen möglich sein, keine Rückfälle mehr zu erleiden. Die befragten Personen erhoffen sich dadurch sowohl für die Betroffene selbst, als auch für sich persönlich, somit die Krankheit und die Zeit beziehungsweise die Lebenssituation vergessen zu können.

Alle Interviewpartner und Interviewpartnerinnen geben an, dass sie sich wünschen, die Betroffene hätte wieder einen Fixpunkt, einen Angelpunkt in ihrem Leben, an dem sie sich festhalten könnte. Wie sich dieser Punkt zum „*sich Festhalten*“ gestalten könnte sind viele unterschiedlicher Ansicht – einige benennen hierfür bestimmte Personen, andere wiederum Tätigkeiten wie beispielsweise eine neue Arbeit oder eine neue Ausbildung. Die Befragten sehen nämlich, aufgrund des Rückzugs, der tabuisierten Erkrankung in der Gesellschaft und der erfolgten Abbrüche im Leben der Betroffenen, die Betroffene am Rande des Alltags und der Gesellschaft. Durch einen Fixpunkt und die zurückgewonnene Kontrolle über das eigene Leben könnten die Betroffenen laut der befragten Personen wieder „*ins Leben zurückfinden*“ und sich wieder „*in die Gesellschaft eingliedern*“.

Über all diesen geäußerten Wünschen steht allerdings der „*Wunsch nach Normalität*“ – nach einer normalen Eltern-Kind-Beziehung, nach einer normalen Freundschaft und einer normalen Beziehung.

5.2. Gemeinsamkeiten

Durch die geführten Interviews mit unterschiedlichen Angehörigengruppen haben sich, neben der Vielfältigkeit des differenzierenden Erlebens bezüglich der Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten, auch Gemeinsamkeiten im Erleben der Situation herausgefiltert.

Unter den Punkt „Gemeinsamkeiten“ lässt sich eindeutig die Situation der Diagnosestellung setzen. Die Diagnosestellung ist für die Betroffenen und auch für die Angehörigen einerseits positiv, als auch negativ behaftet. Für die Betroffenen selbst stellt die Diagnosestellung den ersten Schritt dar um die Krankheit als eine solche zu akzeptieren. Für Angehörige gestaltet sich der Zeitpunkt der Diagnosestellung und der Zeitpunkt des „es erfahren“ sehr deutlich komplex. Natürlich muss zwischen der Diagnosestellung als solches, und der Offenbarung, dass „etwas nicht stimmt“ unterschieden werden.

„Es erfahren“

Oftmals erfuhren die Befragten von der Erkrankung der Tochter nicht von jenen selbst, sondern aus deren Umfeld. Äußerungen wie, dass „etwas nicht stimmt“ veranlassten zur eigenen Beobachtung und Kontrolle jedes einzelnen Schrittes der Betroffenen. Dies erleben die Betroffenen wiederum als eine besondere Einschränkung und Belästigung ihrer selbst. Meist geben die Befragten an, dass der Erkenntnisprozess oftmals erst bei der offiziellen Diagnosestellung begann. Sie sehen sich mit vielen Fragen wie: „Warum ausgerechnet sie?“ „Wie kommt das?“ „Warum tut sie sich das an?“ und schlussendlich „Was ist das überhaupt, was sie sich da antut?“ konfrontiert.

Emotionen vor der Diagnosestellung

Die beschriebenen Emotionen der Angehörigen vor der Diagnosestellung sind nahezu zur Gänze deckungsgleich. Alle sprechen davon nicht zu wissen was und wie es auf sie zukommen wird. Diese „*Unwissenheit*“ löst starke Gefühle der Angst aus.

„...man kann sich nicht mit dem auseinandersetzen, weil man nicht weiß, was die Krankheit ist.“(I)

Die Krankheit, die zu diesem Zeitpunkt noch keinen Namen trägt, wirkt befremdlich. In dieser Situation ist es besonders schwer, Antworten auf die eigenen Fragen finden zu können, wenn das Finden einer Definition der Krankheit für sich selbst noch unmöglich erscheint. Dieses Fremde löst allerdings nicht nur Angst aus, sondern auch, dass Angehörige ihre eigenen Rollenbilder hinterfragen. Die Angehörigen haben sich mit starken Versagensängsten auseinanderzusetzen. Diese beziehen sich einerseits auf sich selbst – also beispielsweise: „Warum hab ich nicht schon früher bemerkt, dass etwas nicht stimmt?“ – und auch darauf, wie sie mit dieser neuen fremden Situation umzugehen haben.

Aber auch „*Hoffnung*“ spielt hier eine besonders große Rolle. Hoffnung in dem Sinne, dass die Krankheit vielleicht gar nicht so schlimm sei und bald wieder Besserung eintreten wird. Diese Hoffnung hält sich so lange aufrecht, bis die endgültige Diagnose gestellt wird und ein erstes Informationsgespräch erfolgt. Aber selbst danach ist bei allen Befragten die „*Hoffnung*“ noch immer allgegenwärtig – nur in eine weitaus andere Richtung abzielend. Die Angehörigen hoffen danach im Großen und Ganzen auf eine ganzheitliche Genesung der Betroffenen.

Emotionen nach der Diagnosestellung

Alle befragten Personen geben an, dass die Diagnosestellung nicht immer gleich zu Beginn beim Aufsuchen eines Arztes gestellt werden konnte. Die Diagnosestellung benötigte meist etwas Zeit über ein gewisses Intervall. Die Diagnosestellung selbst aber erfolgte ausschließlich laut Angaben der Angehörigen durch Psychiater und Kinderärzte mit zusätzlichen psychiatrischen Kompetenzen.

Die Emotionen nach der Diagnosestellung überschlagen sich in den häufigsten Fällen. Sowohl die Betroffenen, als auch die Angehörigen erleben eine wahrhaftig zu bezeichnende Gefühlsflut. In den meisten Fällen wird davon berichtet, dass in erster Linie eine Art „*Schockzustand*“ vorherrscht. Schock darüber, dass man es nicht schon früher wahrhaben wollte. Dieser Schockzustand kann oft einige Zeit andauern. Deshalb ist es auch hier wichtig für professionelle Personen aus dem Gesundheitswesen, Einfühlungsvermögen walten zu lassen. Die Betroffenen geben an, dass durch diesen Schock es oftmals nicht möglich war, alle Informationen verarbeiten zu können. Darum sollte ein Informationsgespräch auch nicht gleich im Anschluss daran stattfinden, sondern erst terminlich festgelegt werden. Damit kann einer Überforderung seitens der Betroffenen und der Angehörigen vorgebeugt werden.

Ähnlich wie bei anderen Erkrankungen führt auch hier die Diagnosestellung zu anderen Gefühlserlebnissen wie „*Zorn, Aggression und Wut*“. Diese Gefühle können auf sich selbst bezogen sein, aber auch auf andere Personen im näheren Umfeld. Das Ausleben und zur Sprache bringen dieser Gefühle ist allerdings wichtig, um den eigenen Umgang mit der Krankheit und der momentanen Situation positiv zu beeinflussen. Dieser Schritt ist allerdings nicht leicht. Die Angehörigen

geben an, dass die Gesundheit, die man sich für seine Mitmenschen erhofft hat, vorerst gedanklich ad acta gelegt werden.

Gerade dieser Schritt löst bei den Angehörigen, wie sie es selbst beschreiben, „Angst“ aus. Diese Angst liegt darin begründet, dass erstens eine ganz neue und unbekante Situation auf persönlicher Ebene auf einen selbst zukommt und zweitens, dass auch oftmals das Gefühl aufkommt, eventuell nur unzureichend helfen zu können.

Dennoch geben alle Befragten an, dass nach dem Erlebten vor und während der Diagnosestellung, wie beispielsweise „Unwissenheit“, „Schock“ und „Wut“, der Akt des Diagnostizierens vollste Erleichterung mit sich bringt. Erleichterung deshalb, weil das „Fremde“ endlich einen Namen hatte. Durch die Diagnostik haben Angehörige endlich die Möglichkeit um beispielsweise Informationen einzuholen. In sieben der neun Fälle geben alle Befragten an, dass das Suchen und Finden von Informationen einen Teil dazu beitrug, dass sie sich mit der Erkrankung erstmals auch inhaltlich auseinandersetzen konnten.

All dies trägt zum phasenweise ablaufenden Erkenntnisprozess bei – einem Prozess, in dem die Angehörigen begreifen, dass die Existenz der Erkrankung weder weg zu denken noch weg zu diskutieren ist. Genauso wie bei den Betroffenen selbst, ist es auch bei den Angehörigen wichtig, dass sie lernen die Situation zu akzeptieren. Alle Befragten geben an, dass erst wenn „Akzeptanz“ vorherrscht und die Situation als solches vollends angenommen ist, besteht die Möglichkeit an der Situation für sich selbst zu arbeiten.

5.3. Differenzierungen

Weitaus komplexer als das Erleben vor und während der Diagnosestellung gestalten sich die Erlebnisse zu den Belastungen und der Bewältigung eben dieser. Besonders die Belastungen sind teilweise so stark, dass gerade hier besonderes Interventionspotential besteht. In diesem Unterkapitel soll zuerst darauf eingegangen werden, welche Faktoren genau sich dermaßen belastend auf die einzelnen Angehörigengruppen auswirken und im Anschluss, wie die Befragten gelernt haben damit umzugehen.

5.3.1. Belastungen

Die Belastungen und in welchem Ausmaß sie erlebt werden hängen im Besonderen davon ab, in welchem Verhältnis die Betroffene zu den Angehörigen steht. Bei allen Angehörigengruppen konnten unterschiedliche Belastungserscheinungen festgestellt und dokumentiert werden. Fest steht, dass drei der vier befragten Gruppen – nämlich die Gruppe der Mütter, Freundinnen und Partner – äußerten, wie belastend es sein kann, der Betroffenen nicht helfen zu können. Dadurch wird deutlich, dass je näher sich die damit betroffenen Personen stehen, desto untätiger fühlen sie sich.

Die Mütter:

Die Mütter stellen eine besonders betroffene Gruppe der Angehörigen dar. Dies macht sich aber nicht nur am Verwandtschaftsgrad und an der Blutsverwandtschaft fest, sondern auch daran, dass sie oftmals im Familiengefüge Rollen wahrnehmen, denen sie sich nicht einfach entziehen können. Auch in der Literatur wurde die Rolle der Mütter in beispielsweise der Krankheitsentstehung und der Krankheitsbewältigung der betroffenen Töchter ambivalent beschrieben und abgehandelt.

Die Mütter sehen sich komplexen unterschiedlichen Anforderungen an sich selbst und ihre Rolle gegenüber. Einerseits wollen sie der fürsorgenden Mutterrolle gerecht werden und sich um die betroffene Tochter kümmern, andererseits stehen auch andere Verpflichtungen im Vordergrund. Diese Ansprüche stellen sie aber nicht nur von sich an sich selbst. Diese Forderungen werden auch von außen, beispielsweise aus dem näheren Umfeld, an sie kommuniziert. Klar wird dadurch, dass Mütter aufgrund dieser Komplexität schnell an einer deutlichen Überbelastung leiden. Diese Überbelastung manifestiert sich aufgrund zahlreicher Faktoren. Neben dem gerecht werden wollen der Forderungen eine „gute Mutter“ zu sein, müssen sie dies aber immer auch noch ihren eigenen Bedürfnissen. Diese werden nur meist in diesen Ausnahmesituationen vernachlässigt, sodass die Mütter oftmals nur noch wenige Ressourcen zur Verfügung haben. Die Mütter geben an, sich der Situation nicht entziehen und nicht abschalten zu können. Das „Abschalten“, eigentlich ein essentieller Schritt zur eigenen Psychohygiene, zeigt sich unter anderem darin, dass selbst das Arbeiten am Arbeitsplatz kein Entkommen der Situation in Aussicht stellt. Auch das Bedürfnis die anderen Kinder vor diesem Umstand schützen zu wollen und abzuschirmen, benötigt sehr viel Kraft. So ist es der Fall, dass Mütter nicht nur von Überbelastung berichten, sondern auch von einem chronischen Erschöpfungszustand.

Mithilfe der geführten Interviews konnten sich folgende Kategorien bilden lassen:

„Schuld daran sein“

In erster Linie erleben die Mütter sowohl vor der Diagnosestellung, als auch im Zeitraum danach starke Gefühle der Schuld. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass sie Schuldzuweisungen von außen erfahren und zum anderen, dass sie als ersten Mechanismus des Begreifens die

Schuld bei sich selbst suchen. Vor allem der Anspruch doch eigentlich eine „gute Mutter“ sein zu wollen und in Wahrheit sei das Konträre eingetreten, nimmt ihnen aus ihrer Sicht jegliche Berechtigung auf frei von Schuld zu sein.

Die Mütter glauben daran, dass der misslungene Akt eine gute Mutter zu sein, die Krankheit bei ihren Töchtern ausgelöst habe. Die Befragten definieren eine schlechte Mutter unter anderem mit dem falschen Vorleben von Idealen. Diese Ideale beziehen sich nicht direkt auf moralische Werte und Vorstellungen, sondern vielmehr auf die hier relevanten Faktoren wie Gesundheit, Ernährung und Selbstbewusstsein. Die Mütter glauben ihren Töchtern beispielsweise eine falsche Einstellung zu Ernährung oder unzureichend Selbstbewusstsein vermittelt zu haben. Auch die Thematik der „Vernachlässigung“ steht hierbei im Raum. Die Mütter sind überzeugt davon, dass auch die Vernachlässigung der Tochter aufgrund der beruflichen Tätigkeit und anderer alltäglicher Verpflichtungen mit ein Auslöser für die Erkrankung ist.

Die Schuldgefühle, die durchlebt werden, können auch ein Resultat der Erkenntnis sein, die Erkrankung der Tochter nicht als Erste bemerkt zu haben. Um zu verkraften, dass schon frühzeitige Signale einfach überhört oder übersehen wurden, dient die eigene Zuweisung von Schuld als Selbstgeißelung.

Schuldzuweisungen, welche von außen erfolgen, empfinden die Mütter als besonders belastend. Dies im ausgeprägten Maße dann, wenn diese von den behandelnden Ärzten oder Therapeuten stammen. Auf diese Schuldzuweisungen reagieren Mütter auf unterschiedliche Art und Weise. Einerseits ist es möglich, dass sie dies hinnehmen und sich auf die Suche nach ihrer Verantwortung begeben, andererseits besteht die Möglichkeit der Abwehr.

„...Und ich bin mir ehrlich gesagt dumm vorgekommen...sagt mir die wie ich mein Kind zu erziehen hab...“(II)

Dies macht deutlich, dass derartige Vorwürfe nicht nur für die betroffenen Mütter in die Kategorie der Schuldzuweisung fallen, sondern auch oftmals als persönlicher Angriff interpretiert wird.

Des Weiteren können Schuldgefühle auch erst verzögert auftreten, nämlich genau dann, wenn die Realisation eintritt, dass nach der Diagnosestellung das eigene Hauptaugenmerk vorerst auf sich selbst lag und nicht beim eigentlichen Problem: der bedürftigen Tochter.

Scheitern

Die Kategorie „*Scheitern*“ steht in engem Zusammenhang mit der Kategorie „*Schuld daran sein*“. Zu scheitern bedeutet für die Mütter nicht nur „*Zweifel*“ an der eigenen Persönlichkeit zu haben, sondern auch an ihren Taten in der Vergangenheit – wie zum Beispiel die angewandten Erziehungsmaßnahmen.

Die Zweifel an der eigenen Persönlichkeit manifestieren sich dahingehend, dass die Mütter erkennen, ihrer Tochter weder helfen zu können, noch ihr eine große Stütze sein zu können. Oftmals wird der Eindruck gescheitert zu sein besonders verstärkt, wenn das Gefühl geweckt wird, dass andere Personen bedeutend mehr Unterstützung anbieten können.

Die Empfindung nicht gebraucht zu werden und die Rolle der Bezugsperson nicht ausfüllen zu können und zu dürfen, zwingen die Mütter dazu, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen. Es muss also ein inneres Abgleichen der eigenen Wahrnehmung und Vorstellungen und der Realität erfolgen. Dieser Abgleich rüttelt somit nicht nur am bisherigen Rollenverständnis und Rollenideal (eine gute Mutter sein) der Mütter, sondern auch an der eigenen Bewertung der realen Umsetzung.

Durch dieses Abgleichen wird die Vorstellung davon eine „schlechte Mutter“ zu sein, oftmals schnell hervorgebracht. Die Mütter entwickeln dadurch zu Beginn der Situation, eine erkrankte Tochter an ihrer Seite zu haben, ein starkes Raster um schwarz-weiß zu denken. Dieses Raster kann erst im Laufe der Zeit wieder aufgebrochen werden, wenn sich die Möglichkeit positiver Bestätigung ergibt.

Die Kategorie „*Scheitern*“ korreliert weiters im Besonderen mit dem Gefühl der „*Enttäuschung*“ Mütter, die das Scheitern besonders intensiv erleben erfahren unweigerlich auch die Enttäuschung über sich selbst. Die Mütter erleben dadurch eine Störung ihres bereits gefestigten Selbstwertgefühls. Dies kommt aufgrund der Kritik von außen und der eigenen Vorwürfe gegen sich selbst zustande.

Angst

Die Angst ist ab dem Zeitpunkt des Erkennens der Erkrankung ein ständiger Begleiter der Angehörigen. Die Angst vor einer fremden Situation wird schließlich von der Angst um das eigene Kind abgelöst. Die vormals als fremd wahrgenommene Situation wird mit der Diagnosestellung nun nicht mehr als die ultimative Angst Auslösende verspürt. Die Angst wird dadurch ausgelöst, dass der Ausgang der Situation nicht greifbar und lenkbar ist. Dies bedeutet, dass sich die momentane Situation jeglicher Kontrolle der Mütter entzieht.

Diese Ungewissheit, wie sich die Entwicklung dieser Situation über einen gewissen Zeitraum vollziehen wird, wird als besonders bedrohlich empfunden. Diese Bedrohlichkeit manifestiert sich vor allem durch die Vorstellung von Zukunftsszenarien, welche eine starke Angst vor dem Tod begreifen lassen. Alle Mütter geben an, des Öfteren Angst vor dem Tod der Tochter zu haben. Dies wird damit begründet, dass die Erkrankung jederzeit auch ohne weiteres einen tödlichen Ausgang nehmen kann.

Besonders bei Müttern, welche aufgrund des distanzierenden Verhaltens der Tochter auch einen räumlichen Abstand zu ihnen aufweisen, erleben die Existenzangst bezüglich der Tochter deutlich intensiver. Die Angst wird hierbei als stark lähmend empfunden, da sich die Tochter in diesem Beispiel jeglicher „Kontrolle“ und jeglichen „Drucks“ entzieht. Der Mutter ist es nicht mehr möglich beispielsweise mittels Beobachtung, Zurechtweisen und Ermahnen die „Kontrolle“ über die Tochter zu behalten. Diese „Kontrolle“ wird aber nur auf die Tochter projiziert – die Mutter will nicht im direkten Sinn die Tochter kontrollieren, sondern vielmehr die Erkrankung Essstörung. Die Erkrankung ist es, die die Mutter dazu zwingt, ihren Alltag nach der Angst auszurichten.

Das Erleben der Angst muss sich aber nicht unweigerlich auf ferne Zukunftsszenarien beziehen. Absolut ausreichend ist bereits nicht zu wissen, wie der kommende Tag verlaufen wird und was passieren möge. Daraus kann gefolgert werden, dass der Angehörigengruppe der Mütter jeglicher Bezug zu regelkonformen Abläufen genommen wird.

Weiters geben die Befragten an, nicht nur Angst um die betroffene Tochter zu haben, sondern auch um die anderen Kinder. Die für sie nur unzureichende Möglichkeit der Abschirmung steht hierbei im Mittelpunkt. Besonders ältere Kinder erfahren von der Krankheit der Schwester und stehen ebenso im Brennpunkt des Geschehens wie die Eltern. Erstens beziehen sich die Mütter auf die Angst um die Gefahr der Ko-Erkrankung. Geschwister, welche die Erkrankung der Schwester hautnah miterleben, bergen laut ihnen Risiko eventuell selbst daran zu erkranken. Da die Erkrankung bereits einer Tochter als dermaßen bedrohlich wahrgenommen wird, würde die Erkrankung eines zweiten Kindes eine absolute Zerstörung der eigenen Lebenswelt bedeuten. Aber auch die Angst vor der drohenden Belastung der eigenen Kinder durch diese Situation kann bei den Müttern ausgelöst werden. Somit

kann der Versuch des „Bewahrens“ der anderen Kinder vor einer solchen Erfahrung ebenso zur Bedrückung werden.

Ohnmacht

Dadurch dass die erlebten Angstgefühle auch als lähmend empfunden werden können, resultiert dies in allen Fällen in einem Gefühl der „*Ohnmacht*“. All diese Bürden, die sich die Mütter auferlegen, zehren an den Kräften und den Ressourcen, um derartigen Herausforderungen begegnen zu können. Die Mütter fühlen sich kraftlos und machtlos. Machtlos in dem Sinne, dass die „*Unfähigkeit etwas tun zu können*“ im Vordergrund eines jeden Versuchs der Hilfe steht. Nicht helfen zu können wird erstmals dann erlebt, wenn Mütter versuchen ihre Töchter zu einer Therapie zu bewegen und dies scheitert. Die Mütter haben einen Erkenntnisprozess zu durchlaufen, dass ohne die Einsicht der Tochter es keine Möglichkeit auf Helfen geben wird. Dieses „*nicht helfen können*“ wird dadurch bestärkt, indem die fehlende Einbindung in die Therapie und Behandlung der Tochter erlebt wird.

"Also ich mein... Sagen wirs so – eine Ohnmacht...hat mich eigentlich im ersten Moment...eine regelrechte Ohnmacht...hab ich mir dacht um Gottes Willen, was ist jetzt? Was kommt da auf mich zu?" (I)

Dieses Zitat zeigt deutlich, dass durch Ungewissheit der Erkrankung und deren Ausgang die Mütter mit der Ohnmacht und deren realistische Auswirkungen konfrontiert werden. Eine dieser Auswirkungen ist beispielsweise, dass sich Probleme in der Kommunikation zwischen Mutter und Tochter offenbaren. Das bedeutet, dass die Mütter eine Art Blockade erleben. Diese zeigt sich darin, dass weder ein Gespräch über die Anliegen und Probleme der Tochter begonnen noch geführt werden kann. Dadurch entwickelt sich oftmals eine ungewollte Tabuisierung der Thematik Essstörung in der Familie.

Durch diese Ohnmacht erleben die Mütter die Situation „*untätig zusehen zu müssen*“. Frühere Bewältigungsmechanismen schwieriger und problematischer Situationen wie Druck oder Zwang auszuüben greifen nicht mehr. Dadurch sehen sich die Mütter mit einer Adaptierung beziehungsweise einer neuen Entwicklung von Strategien konfrontiert, welcher sie zu diesem Zeitpunkt allerdings aufgrund der Blockade der Ohnmacht nicht nachgehen können.

Aussichtslosigkeit

Aufgrund der unklaren Entwicklung und des unklaren Ausgangs der Erkrankung fühlen sich die betroffenen Mütter oft wie Figuren auf einem Spielfeld. Oftmals ergeben sie sich für kurze Zeit ihrem Schicksal, da ihnen die „*Aussichtslosigkeit*“ der Erkrankung zu erdrückend und beschwerend erscheint. Sie geben an, aufgrund der fehlenden Aussicht auf eine Heilung der Essstörung, einen starken Mangel an Perspektiven zu besitzen. Diese fehlenden Perspektiven schlagen sich besonders in der Vorstellung der Zukunft nieder.

Die Aussichtslosigkeit wird im Besonderen davon untermauert, dass die erkrankten Personen lange Zeit benötigen um die Therapie zu Ende zu führen. Aber auch nach der Therapie ist keine Aussicht auf Heilung gegeben. Frauen, die an einer Essstörung leiden, werden immer Probleme bezüglich des Essens und Ernährung aufweisen – sie können nur erlernen damit umzugehen. Auch Angehörige müssen diese Eigenschaft der Erkrankung akzeptieren lernen.

„Sich allein gelassen fühlen“

Die Gruppe der Mütter fühlt sich von professionellen Helfern oftmals im Stich gelassen. Dies erklären sie dahingehend, dass sie das Gefühl haben in der Therapie außen vor zu sein. Aufgrund der fehlenden gemeinsamen Therapieangebote und fehlender Informationen fühlen sich die betroffenen Mütter mit ihrem Kummer und ihren Sorgen allein gelassen. Sie glauben *„alles alleine schaffen zu müssen.“* Sie geben an weder Unterstützung von den Ärzten, noch vom Pflegepersonal im Bereich der stationären Behandlung erhalten zu haben. Wie auch schon eingehend in der Literatur beschrieben merken auch diese befragten Mütter an, das Gefühl gehabt zu haben als Ursache für die Erkrankung der Tochter stigmatisiert zu werden.

„Dann steht da die Mutter, die ist total verhärtet, mit nassen Augen, nicht. Und ja, keiner. Keiner. Wirklich jetzt kein...kein Mensch hat sich gekümmert...“ (I)

Auch die fehlende Auskunft bei fortschreitendem Alter der erkrankten jungen Frau gestaltet sich zunehmend zu einem Problem. Trotz höheren Alters nehmen die Mütter ihre Tochter immer noch als ihre Kinder wahr – sie entwachsen dem Kind-Status nicht. Die Mütter äußern, dass eine gute Mutter sich nach wie vor um ihr Kind kümmert – das Alter der Tochter spielt hier keine Rolle. Aufgrund der Verschwiegenheitspflicht sehen sich allerdings viele professionelle Helfer und Helferinnen gezwungen, keine Auskunft zu erteilen. Dies kann ebenso belastend wahrgenommen werden – da auf die Bedürfnisse der Mütter nicht eingegangen wird. Als Beispiel kann hier angeführt werden, dass die Mütter dadurch nicht erfahren können wie es ihren Töchtern geht. Dies kann als Grundbedürfnis deklariert werden.

Auch die fehlende Unterstützung aus dem unmittelbaren Umfeld wirkt sich negativ auf die Gefühlswelt der Mütter aus. Diese fehlende

Unterstützung geht oftmals vom Partner oder dem anderen Elternteil aus und muss durch die Hilfe anderer Personen kompensiert werden. Ist dies nicht der Fall, so fühlen sich die Mütter auch hier allein gelassen.

Die Schwester:

Die Geschwister zeichnen sich, ähnlich wie die Mütter, zwar durch den vorherrschenden Verwandtschaftsgrad aus, sind aber auf eine ganz deutlich andere Art und Weise von der Erkrankung der Schwester betroffen. Die Geschwister erleben sowohl die Familiensituation vor, als auch nach der Diagnosestellung als besonders zerbrechlich und instabil.

Für die Belastungserlebnisse der Schwester konnten folgende Kategorien identifiziert werden:

Konkurrenzdruck

Aufgrund der Erkrankung der Schwester fühlen sich die Schwestern leicht mit ihren Problemen und Anliegen ins Abseits gedrängt. Sie fühlen sich außen vor und werden oftmals durch Versuche des Abschirmens daran gehindert, sich an der familiären Situation aktiv zu beteiligen. Obwohl sie vielleicht in vielen Fällen ebenso helfen möchten, wird ihnen die Möglichkeit, beispielsweise durch die Eltern, dafür genommen. Dabei wäre es, sowohl für die Psyche der Geschwister, als auch für allgemeine Familienstruktur förderlich, wenn Geschwister in eine solche Situation geschützt integriert werden.

Tritt allerdings nun der Fall ein, dass die Aufmerksamkeit der Eltern vorwiegend auf dem kranken Kind haftet, so fühlen sich Geschwisterkinder häufig und auch sehr schnell übergangen. Dies führt zu einer Konkurrenzsituation der betroffenen Geschwister. Die Schwester gibt an, immer das Gefühl gehabt zu haben, die erkrankte Schwester wollte stets im Mittelpunkt stehen. Dadurch ergab sich für sie

für einige Zeit ein Kampf um Aufmerksamkeit, den sie laut eigenen Angaben verlor.

Zerrissenheit

Die Geschwister erfahren aufgrund des vorherrschenden Konkurrenzdrucks auch viele Streitsituationen mit der erkrankten Schwester. Die verbalen Attacken untereinander gehen allerdings nicht spurlos vorüber – sie hinterlassen tiefe emotionale Wunden. Aufgrund der Streitereien und der fehlenden Aufmerksamkeit, nehmen die Geschwister der Betroffenen das Leben in der Familie als disharmonisch und angespannt wahr. Aufgrund dessen versuchen auch die Geschwister, abseits der Erkrankung der Schwester, sich ihre eigene neue Lebenswelt aufzubauen. Diese Lebenswelt gestalten sie nach ihren eigenen Bedürfnissen und wählen sich selbst eine Ersatzfamilie, wie beispielsweise Freunde, aus.

Im Lebenskonstrukt Familie herrscht für die betroffenen Geschwister zu viel Chaos. Um sich mit der Situation nicht weiter auseinandersetzen zu müssen, entfernen sich die Geschwister von den anderen Familienmitgliedern immer mehr. Dadurch nehmen sie eine „Zerrissenheit“ der Familie wahr. Diese „Zerrissenheit“ wird von den Geschwistern als besondere Belastung erkannt, da ihr größtes Bedürfnis eine „heile und normale“ Familie darstellt. Dies stellt für sie das höchste Gut dar, da die Belastungen die sie erleben, sich alle auf die gestörte Integrität der familiären Bande beziehen.

Zurückweisung

Die Thematik der „Zurückweisung“ ist besonders mit Gefühlen der Angst verbunden. Aufgrund der ständigen Streitereien und einer gestörten schwesterlichen Beziehung können beide Fronten verhärtet und uneinsichtig vorgehen. Deshalb haben Geschwister – und in diesem Fall

die Schwestern – es besonders schwer, nach ihrem „Austritt“ wieder in die Familie zurück zu finden. Der sporadische Kontakt, der zuvor nur noch vorhanden war, wird jetzt zum größten Hindernis. Aufgrund dessen wird die gut gemeinte angebotene Hilfestellung in schwierigen Situationen dann in vielen Fällen abgelehnt. Dadurch ergibt sich ein starkes Angstgefühl vor Ablehnung und Zurückweisung.

Im Besonderen nennt hierfür die Schwester auch die Angst davor, den ersten Schritt in Richtung Versöhnung zu machen. Um Enttäuschungen wegen eines ablehnenden Verhaltens der Schwester zu entgehen, wird dieser Schritt auch erst gar nicht unternommen.

Die Freundinnen:

Die Gruppe der befragten Freundinnen unterscheidet sich gravierend von den drei anderen Gruppen. Die Freundinnen sind zwar genauso betroffen von der Erkrankung der jungen Frau – sind dies aber auf eine ganz andere Art und Weise. Sie unterscheiden sich dahingehend, dass sie einen Blick von außen, einen Blick von einer anderen Betrachtungsebene auf die Probleme der betroffenen Personen werfen können. Sie sind in das Konstrukt Familie nicht integriert, und so ist es ihnen möglich, sich ihr ganz eigenes - auch manchmal objektives - Bild von der Situation zu gestalten.

Verschwiegenheit

Die Freundin stellt für die Betroffene eine besondere Stütze dar. Sie ist da, wenn man sie braucht. Dieses „*Da-Sein*“ orientiert sich allerdings auch an Regeln, wie beispielsweise der „*Verschwiegenheit*“. Die Freundin wurde in das Geheimnis der Betroffenen eingeweiht und wird so zur „*Geheimnisträgerin*“ beziehungsweise Mitwisserin. Einerseits hat dies den Vorteil, der Betroffenen mit Ratschlägen oder dergleichen beistehen zu können, andererseits bedeutet dies auch eine enorme

Belastung. Als Mitwisserin dieses Geheimnisses verpflichtet sich die Freundin dazu mit absolut niemandem darüber zu sprechen. Dieses „nicht darüber sprechen können“ bezieht sich nicht nur auf den familiären Kreis, da die Freundin oftmals die Erste ist, die von der Krankheit erfährt, sondern auch auf professionelle Helfer. Selbst wenn es die Freundin schon für den richtigen Zeitpunkt hält um die Betroffene zur Therapie zu bewegen, so entscheidet sich die Betroffene in den meisten Fällen noch dagegen.

Aber auch die Verschwiegenheit im eigenen Freundeskreis wird als bedrückend empfunden, nämlich genau dann, wenn die Freundin selbst Ansprechpartner bräuchte, um „sich auszureden“.

„Sonst hab ich eigentlich niemanden, weil das irgendwie...es kennen sie alle...nur, ja...es wissen auch nicht so viele...Und dann will ich nicht. Also dann erzähl ichs nicht noch zusätzlich wem.“ (V)

Um der Forderung, Loyalität walten zu lassen nachkommen zu können, halten sich die Befragten in den meisten Fällen an die Grundsatzregel des Schweigens. Sollte dies nicht den Tatsachen entsprechen, so kommt es zum Rückzug der Erkrankten und schlussendlich zum Entzug beziehungsweise Aufkündigen der Freundschaft.

Erzwungene Passivität

Die Kategorie „Erzwungene Passivität“ ergibt sich daraus, dass auch die Gruppe der Freundinnen einzig und allein „Da sein“ können. Denn auch obwohl ihnen sehr viel Vertrauen von den Betroffenen entgegen gebracht wird, ist es auch ihnen nicht möglich der Betroffenen vor deren Krankheitseinsicht zu helfen. Auch sie müssen dabei untätig zusehen, wenngleich sie gerne eingreifen würden. Die Versuche des Eingreifens stoßen allerdings auf allgemeine Ignoranz und Maßregelungen.

„...naja, mir fällt es schon schwer jemanden zuzusehen, der sich absichtlich zu Grunde richtet.“ (IX)

Dieses „nicht helfen können“ ist für Freundinnen genauso erschütternd und Kräfte zehrend, wie für alle anderen Angehörigengruppen auch. Dennoch können sich die Freundinnen der Situation immer noch leichter entziehen, als die anderen Gruppieren wie beispielsweise die Mütter.

Im klassischen Gegensatz zu den Müttern versuchen die Freundinnen auch gar nicht erst, Druck oder Kontrolle als Hilfsmittel einzusetzen, sondern vielmehr die Betroffene zu beratschlagen. Dennoch stoßen diese Ratschläge meist auf Abwehr. Dadurch vermeiden sie dies größtenteils im Gespräch mit der Betroffenen. Auch hier wäre die Konsequenz, dass die Betroffene sich weiter zurückziehen würde und auch die Gespräche immer mehr abnehmen würden.

Sich Sorgen machen

Aufgrund der Verschwiegenheit ist es den Freundinnen nicht möglich, sich mit jemand anderem über ihre Sorgen auszutauschen. Dies wirkt sich natürlich ebenfalls darauf aus, dass die zu tragende Bürde immer beschwerlicher wird. Ein Faktor, der ebenso dazu beiträgt, dass auch die Freundinnen von den Sorgen um die Betroffene belastet werden, ist, dass sie immer wieder erneut die Anlaufstelle sind um mit der Betroffenen über deren Probleme zu reden. Jedes Mal aufs Neue fühlt sie sich dazu „gezwungen“, alte und neue Sorgen zu besprechen und aufzurollen. Des Weiteren lassen auch die Freundinnen nichts unversucht, um nach der Diagnosestellung nach Informationen über die Erkrankung zu suchen. Diese Suche nach Informationen dient ihnen selbst dazu, sich mit der Erkrankung der Betroffenen auseinander setzen zu können.

Sie geben an Angst zu haben, dass die Betroffene alle Möglichkeiten, die ihr vielleicht zur Verfügung stehen würden, nicht nutzt.

Überforderung

Die als Hauptkategorie identifizierte „Überforderung“ hat ihren Ursprung in den jeweils drei Anderen. Die Verschwiegenheit, das „nicht helfen können“ und zusätzlich auch noch Sorge um die Betroffene zu haben führen allesamt zur Überforderung dieser Angehörigengruppe. Die Überforderung wird am meisten belastend wahrgenommen.

Die Freundinnen müssen nicht nur primär die Krankheit verstehen lernen, sondern auch die Akzeptanz dessen, dass sich auch Rückschläge ereignen können. Diese Rückschläge können beispielsweise sein, dass Ratschläge weiterhin ignoriert werden. Oder wie eine Angehörige formuliert, dass bereits eine Zusage zur Therapie seitens der Betroffenen bestanden hat, diese aber dann doch wieder zurückgezogen wurde.

„...Und ich sie...wie sie eben gesagt hat wegen der Diagnostik und sie macht das...ja da war ich so froh! Und dann sagt sie: nein, sie mag das doch nicht machen. Und da hab ich mir gedacht sie erklärt mir die Gründe...ja. Ich hab gedacht ich hab sie soweit.“ (V)

Daraufhin geben die Befragten an sich selbst oft mit „Ratlosigkeit“ konfrontiert zu sehen. Ratlosigkeit in dem Sinne, dass alles Versuchte entweder abgelehnt, oder oftmals erst gar nicht in Anspruch genommen wurde. Durch diese erlebte Überforderung treten auch gehäuft Ungeduld und Gleichgültigkeit seitens der Angehörigen auf. Für sie ist „Da-sein“ ab einem gewissen Zeitpunkt im Fortschreiten der Erkrankung nicht mehr genug. Die Tatenlosigkeit können sie häufig nicht mehr ertragen.

Die Partner:

Die Angehörigengruppe der Partner, sind ähnlich wie die Freundinnen, zwar eine Gruppe, welche von „außen“ stammt, aber dennoch eine Integration in das familiäre Umfeld der Betroffenen erfährt. Dadurch kennen sie nicht nur die Realität der Partnerin, sondern auch die der Eltern. Es kann vorkommen, dass auch der Partner zur Unterstützung der Eltern herangezogen wird. Sie haben also oftmals nicht nur den Anforderungen der Partnerin, sondern auch denen der Eltern zu entsprechen.

Unsicherheit

Zu Beginn der Diagnosestellung der Erkrankung beziehungsweise nach der Erkenntnis der Erkrankung fühlen, sich die Partner oftmals stark verunsichert. Dies liegt meist begründet in mangelnder Information. Aufgrund dessen wissen die Partner oftmals weder, wie sie darauf reagieren sollen, noch welche Reaktion für diese Situation angemessen erscheint und eventuell von der Betroffenen erwartet wird. Mangelnde Information führt auch des Öfteren zu Anfang zu Verständnislosigkeit. Diese Unsicherheit wird von den Partnern als belastend empfunden, da sie sich weder in einer solchen Situation befunden haben, noch jemals dieses Gefühl in einem solchen Ausmaß erlebt haben.

Täuschung

Des Weiteren zählt die Erfahrung „getäuscht zu werden“ ebenso zu den Belastungen – diese Täuschmanöver der Betroffenen führen allerdings nicht nur zu einer Belastung des Partners, sondern auch ihrer gemeinsamen Beziehung beziehungsweise Partnerschaft.

Die Partner beschreiben diese „*Täuschung*“ als besonders eindringlich, da oftmals gleich zu Beginn der gemeinsamen Beziehung die Partnerin versucht, ihre Krankheit zu verheimlichen oder zu leugnen. Wird dieser

Tatsache Glauben geschenkt, so verstricken sich die Betroffenen immer mehr in ein Netz von Lügen und Unwahrheiten. Unerträglich erscheint es somit im Nachhinein diese Lügen ertragen zu haben. Die Partner versuchen nach der Diagnosestellung – und somit der Offenbarung der Krankheit – zu verstehen, warum ihre Partnerin sie davor über einen längeren Zeitraum belogen hat. Diese Offenbarung erschüttert die Beziehung dahingehend, dass der Partner davon ausgeht, der Betroffenen nichts mehr glauben zu können.

Eine essentielle Grundlage in einer jeden Beziehung ist daher das Vertrauen. Ist dieses nicht von Beginn an vorhanden, so ist es notwendig, dass es langsam aufgebaut wird. Hier sehen sich die Partner genau mit dem Gegenteil konfrontiert. Die Partner entdecken das Misstrauen erweckende Vergehen zu spät, dadurch wird die Beziehung stark auf die Probe gestellt.

Im Partner erweckt diese Erkenntnis nicht nur Misstrauen, sondern vielmehr „*Enttäuschung*“. Enttäuschung in erster Linie über sich selbst, dass er es nicht schon früher bemerkt hat und in zweiter Linie, Enttäuschung über den Vertrauens-Betrug der Partnerin. Sie hatten sich erhofft, dass aufgrund des gegenseitigen erbrachten Vertrauens zu Beginn der Beziehung die Partnerin sie als ersten Ansprechpartner ausgewählt hätte.

Nichts tun können

Zusätzlich zum Vertrauensmissbrauch und der Täuschung kommt hinzu, dass auch den Partnern die Tatsache „*nichts tun zu können*“ bedeutsam stark zusetzt. Auch die Partner setzen sich der Situation aus, sich ausgesprochen viele Sorgen zu bereiten. Auch die Partner berichten von einer „*Aussichtslosigkeit*“, da sie sich in einem Kreislauf von Lügen und Tatenlosigkeit befinden. Sie empfinden sowohl die Situation der Beziehung aussichtslos, als auch die Situation der Erkrankten selbst.

„Aber was hätt' ich denn noch tun können? Reden wollte sie mit mir nicht und angelogen hat sie mich auch dauernd...“ (IV)

Auch erleben die Partner die Situation, dass sich ab einem gewissen Zeitpunkt die Bandbreite der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten im Bereich des Helfens erschöpft hat.

5.3.2. Bewältigungsstrategien

Neben den Belastungen konnten mithilfe der Interviews auch Kategorien zur Bewältigung entwickelt werden. Die Bewältigung einer Situation dieses schweren Ausmaßes, oftmals auch „Coping“ genannt, benötigt Methoden und Strategien. Der Begriff „Bewältigung“ soll, bezugnehmend auf die Situation der Angehörigen von Betroffenen mit der Erkrankung Essstörung, aber nicht mit dem Begriff „Anpassung“ gleich gesetzt werden. Diese beiden Begrifflichkeiten gilt es vehement zu unterscheiden. „Anpassung“ würde bedeuten, dass dies kein Überwinden der Belastung auf lange Sicht wäre. Die Anpassung wäre nur dann erfolgreich, wenn auch die Situation der Angehörigen keinen Veränderungen unterliegen würde. Dies ist jedoch hier nicht der Fall, da aufgrund der, sich häufig in Phasen zeigenden, Erkrankung der Betroffenen, die Situation der Angehörigen ebenfalls einem stetigen Wandel unterliegt.

Fest steht, dass die Bewältigung der Belastungen nicht von jetzt auf gleich erfolgen kann – auch die Bewältigung ist einem phasenweisen Prozess unterworfen. Dieser Bewältigungsprozess muss ständig mit Tatsachen der Realität, also der eigenen Situation und der der Betroffenen, abgeglichen werden.

Die Mütter:

Die Mütter haben aufgrund ihrer vielschichtigen Belastungen einen besonderen Bedarf an professioneller Unterstützung notwendig. Die Bewältigung dieser Belastungen erscheint für sie oftmals unmöglich. Dennoch konnten alle Befragten die für sie wichtigen Bewältigungsstrategien identifizieren. Für andere Angehörigengruppen besteht die Möglichkeit sich der problematischen Situation einfach zu entziehen – dies können und wollen die Mütter großteils auch gar nicht. Egal wie sehr sie es auch wollen würden, sie wären doch immer auf eine Art und Weise mit ihren Töchtern verbunden. Sie stellen an sich selbst den Anspruch, dass auch die Mutter immer nur Mutter bleiben kann, egal wie anspruchsvoll und prekär die Situation auch sein mag. Genauso wie die Tatsache: „*Mutter bleibt Mutter*“ so bleibt auch die Tochter „*ewig Kind*“.

Folgende Bewältigungsstrategien konnten bei der Angehörigengruppe der Mütter entdeckt werden:

Akzeptanz

In erster Linie ist es für die Mütter von Bedeutung, dass sie, um ihre eigene belastende Situation annehmen zu können, vorerst die Ursache eben dieser akzeptieren – die Erkrankung der Tochter. Ohne diese Einsicht wird es den Müttern nicht möglich sein, Strategien zur Bewältigung entwickeln zu können.

Die Bewältigungsstrategie „*Akzeptanz*“ führt aber noch tiefer in die eigentliche Problematik – nämlich die Akzeptanz, dass das eigene Kind, vor allem nach dem Erhalt der Volljährigkeit, eine eigenständige Person geworden ist. Dazu zählt, dass sie ihre eigenen Entscheidungen treffen, auch wenn diese nicht im Sinne der Mütter sind. Die Mütter geben an, dass sie erst lernen mussten damit umzugehen.

Aufgefangen werden

Als eine weitere Kategorie im Bereich der Bewältigungsstrategien konnte „aufgefangen werden“ identifiziert werden. Dieses „aufgefangen werden“ bezieht sich auf das soziale Netzwerk der betroffenen Mütter. Die Mütter fühlen sich allgemein gesehen sowohl privat, als auch beruflich von ihren Mitmenschen unterstützt. Diesen Rückhalt erfahren sie beispielsweise aufgrund der Bestätigung ihrer selbst und der Bestätigung ihrer gesetzten Taten und Interventionen.

„Ja, aber da gibt’s so viele Leute...so liebe Leute dann um mich herum, die was auffangen, die was dir, wenn du dann das Gefühl hast es geht nicht mehr... die sagen dir jetzt dann, du musst des machen, des, des, des...und dann rappelst dich wieder auf.“ (I)

Aufgrund der Belastung durch die Gefühle wie „Scheitern“ und „Schuld daran sein“ ist es für sie von besonderer Wichtigkeit, Lob und Anerkennung von außen zu bekommen. Aber auch Bestätigung im Sinne davon, dass die Mütter auf dem richtigen Weg sind ist manchmal notwendig, um einer Resignation vorzubeugen.

Ebenso bedeutsam wie der private und berufliche Rückhalt ist es, dass Mütter, egal in welchem Ausmaß sie sich gerade um die betroffene Tochter kümmern, nie auf sich selbst vergessen und die eigenen Bedürfnisse außer Acht lassen. Dies kann dadurch erreicht werden, indem sie „aktiv nach Hilfe suchen“. Dieser Akt lässt sich als einen ermächtigenden Ansatz der Bewältigung deuten.

Die Mütter, die aktiv nach Hilfe für sich selbst gesucht haben, wurden auch fündig. Das Angebot eine Selbsthilfegruppe zu besuchen, nehmen zwei der drei befragten Personen in Anspruch. Hier ist es ebenso möglich aufgefangen zu werden, da die Begegnung mit Personen zwar nicht identer, aber ähnlicher, Probleme oftmals eine Erleichterung

darstellen kann. Diese Erleichterung äußert sich dahingehend, dass auch wenn man oft das Gefühl hatte „*allein gelassen zu sein*“ dies doch nicht der Fall ist.

In Selbsthilfegruppen ist es möglich über die eigenen Erfahrungen zu sprechen und sich sowohl die Meinungen anderer Betroffener, als auch die eines Psychologen einzuholen. Des Weiteren ist es den betroffenen Müttern möglich, ihren Emotionen in dieser Gruppe von Angehörigen, freien Lauf zu lassen. Die Mütter bezeichnen dies als einen Ort des Verstanden-Seins. Dies lässt sich als Gegensatz zu den Erfahrungen des stationären Settings beschreiben. Die Mütter fassen aufgrund der Teilnahme in den Selbsthilfegruppen wieder Vertrauen zu professionellen Helfern.

Den Weg gemeinsam gehen

Die Mütter haben aufgrund dieser Situation sowohl gelernt, dass die Tochter Herrin ihrer eigenen Entscheidungen ist, als auch dass die Methodik des Drucks keine Wirkung zeigt. Eine Mutter beschreibt mit der Situation und der Tochter einfach „*mitzuwachsen*“.

„...ich hab versucht immer Schritt für Schritt mit ihr zu gehen, ja, und da wächst du mit, ganz einfach.“ (I)

Dieses „*mitwachsen*“ und „*Schritt für Schritt*“ gehen bedeutet, dass bereits die Begleitung der Tochter an sich schon eine Bewältigungsmethode darstellt. Diese Begleitung setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen. Einerseits signalisieren die Mütter ihren Töchtern zu jeder Zeit Gesprächsbereitschaft – wollen sie aber gleichzeitig zu nichts drängen.

Weiters bieten die Mütter jegliche Unterstützung an – nicht nur in Bezug auf die Krankheit, sondern universell. Diese bedingungslose Unterstützung ist einzigartig für diese Angehörigengruppe. Sollte die

Tochter signalisieren, dass sie dies momentan nicht benötigen, ziehen sich die Mütter zurück um den Augenblick abzuwarten, ab dem sie wieder „gebraucht“ werden. Damit setzen sie das Zeichen immer da zu sein, zu jeder Tages- und Nachtzeit.

Somit ist es der Mutter nicht nur möglich aus der „Ferne“ und in gewissem Abstand die Tochter zu beobachten, sondern auch auf sie aufzupassen und, sofern es die Situation erfordert, zu beschützen.

Diese Bewältigungsmethode lässt sich als einen Kompromiss zwischen beiden „Parteien“ interpretieren. Die Mütter räumt der Tochter ihren nötigen Freiraum ein und die Tochter wiederum akzeptiert ihre Mutter in der Rolle der Helfenden.

Die Schwester:

Die Schwester wendet für sich persönlich lediglich zwei Bewältigungsstrategien an – „*Flucht*“ und „*Gesprächsführung*“.

Flucht

Die „*Flucht nach außen*“ und in eine andere Lebenswelt, als die der Eltern und Geschwister, stellt für die Schwester die einzige Möglichkeit dar, um den Belastungen zu entkommen und zur Ruhe zu kommen. Ihr ist durchaus bewusst, dass dies keinen Ansatz der positiven Bewältigung darstellt, und dennoch sieht sie keinen anderen Ausweg. Es mag paradox erscheinen, dass gerade bei genauerer Betrachtung die erlebte Belastung durch die „Zerrissenheit“ der Familie auf diese Art und Weise kompensiert wird – dem ist allerdings nicht so. Die „*Flucht nach außen*“ stellt lediglich die Sehnsucht der Betroffenen nach einer intakten Familie dar. Da dies in naher Zukunft für sie nicht realisierbar erscheint, bleibt für sie nur eine Konsequenz übrig, um sich vor einem Dauerzustand der Enttäuschung selbst zu bewahren.

Gespräche führen

Auch die Schwester benötigt eine aktive Strategie, um die Belastungen verarbeiten und überwinden zu können. Dies schafft sie im Zuge von Gesprächsführung mit ihr nahe stehenden Personen, welche sehr enge Freunde sind. Diese Gespräche dienen auch häufig der Selbstreflexion.

Die Freundinnen:

Auch die Freundinnen wählen, aus ihren Erzählungen zu schließen, zwei Bewältigungsstrategien – davon ist eine passiv und die andere eine aktive Methode.

Distanz

Ähnlich wie bei der Schwester verhält es sich auch bei den Freundinnen der Betroffenen. Diese haben zwar den Willen für die Betroffene „da zu sein“, schaffen dies aber nicht immer aufgrund ihrer teilweisen „Überforderung“ mit der Situation. Um dieser „Überforderung“ für einige Zeit zu entkommen ist ihnen das Mittel der Wahl, die Schaffung von Distanz, gerade recht. Daraufhin besteht kein täglicher Kontakt und dies macht es möglich nur bis zu einem gewissen Maß „da zu sein“. Das bedeutet nicht, dass hierbei ein Mangel an Unterstützung oder eine Reduzierung von „*Quality time*“ zu vermuten ist. Die Gruppe der Freundinnen haben nur im Laufe der Zeit realisiert, dass neben der Bedürftigkeit der Betroffenen auch ihre eigenen Bedürfnisse nicht außer Acht gelassen werden dürfen.

Füreinander Da-sein

Auch die Freundinnen versuchen der Betroffenen zu signalisieren, dass wenn sie dies benötigen sollten, sie für sie „da sein“ werden. Dies tun sie dadurch, indem sie zu Gesprächen bereit sind, welche entweder von der Krankheit selbst, oder von anderen Problemen handeln.

Die betroffenen Freundinnen definieren für sich selbst den Begriff „Freundschaft“ so, dass „*füreinander da-sein*“ oberste Priorität besitzt. Dieses „füreinander da sein“ ist oft nicht immer leicht, da sie aufgrund des fehlenden täglichen Kontaktes eigene Schritte setzen müssen, um den Kontakt aufrecht zu erhalten. Somit ist dieser Schritt, also das aktive „von sich aus melden“ ein sehr Bedeutsamer. Auch das Fragen nach dem Befinden der Betroffenen ist für sie die Möglichkeit einen Überblick darüber zu haben, wie es der Freundin geht und ob Handlungsbedarf besteht.

Auch die Gruppe der Freundinnen hegt das Bedürfnis der Betroffenen so gut als möglich helfen zu wollen. Soweit es die Betroffene zulässt, möchten sie für sie Möglichkeiten der Bewältigung finden und mit ihr gemeinsam erarbeiten. Die Tatsache für die Freundin „da-sein“ zu können hilft ihnen gegen die Belastung der „erzwungenen Passivität“ vorzugehen.

Die Partner:

Auch die Partner stellen im Gegensatz zu den Müttern eine Gruppe dar, in der auch sie die Möglichkeit nach Abstand in Anspruch nehmen können. Für die Partner konnten folgende Kategorien aufgestellt werden:

Stark sein

Um die „Unsicherheit“ bewältigen zu können versuchen die Partner die Partnerin zu beschützen. Dies können sie unter anderem dadurch erreichen, indem sie in allen Situationen Stärke beweisen. Sie sind es auch, die für die Partnerin den Wunsch hegen, dass ihr weder etwas in Zukunft widerfährt noch, dass diese schutzlos ihrer Umwelt ausgeliefert sind.

Da die Partner angeben stark genug für beide zu sein, haben sie auch nicht das Bedürfnis sich mit anderen Personen über ihre Erfahrungen und Belastungssituationen zu sprechen. Es ist für sie ausreichend der Partnerin eine starke Schulter bieten zu können, da das „stark sein“ für sie die einzige Möglichkeit darstellt der Partnerin zu helfen. Alle anderen Versuche Hilfe zu leisten wurden von der Partnerin abgelehnt.

Abstand

Die Partner geben an, deutlich weniger betroffen zu sein, als beispielsweise die Eltern der erkrankten Frau, da sie nur indirekt betroffen sind. Diese indirekte Betroffenheit machen sie daran fest, dass das einzige wodurch sie betroffen sind, die Beziehung zu ihrer Partnerin ist. Sie versuchen auch im Gegensatz zu den anderen Gruppierungen nur wenig Interventionen bezüglich der Erkrankung der Partnerin zu setzen. Dadurch lässt sich eine Art „Abstand“ deklarieren.

„Ich war ja nur indirekt davon betroffen...ich kann das gut beiseiteschieben. Ich bin da eher resolut. Mhm...“ (III)

Dennoch besteht für die Partner immer noch die Möglichkeit des „Abstandes“ auch in der Art und Weise, dass sie sich von der Partnerin distanzieren. Dies ist dann der Fall, wenn entweder alle Ressourcen des „Stark seins“ aufgebraucht sind, oder durch die weitere „Täuschung“ durch die Partnerin kein Vertrauensaufbau mehr möglich ist. Dadurch sehen die Partner nur noch den Weg des Abstandes. Sie versuchen die Partnerin zu überzeugen, indem sie sie „vor die Wahl stellen“. Dieses „vor die Wahl stellen“ dient in letzter Konsequenz als Druckmittel, wengleich sie davon berichten, die Partnerin nie unter Druck setzen zu wollen. Führt dieses Druckmittel nicht zu dem erwünschten Ergebnis, nämlich, dass die Partnerin sich für sie und ihre Beziehung entscheidet, erfolgt die Trennung um sich und der Partnerin weitere Enttäuschungen zu ersparen.

6. DISKUSSION

Bezugnehmend auf die Ergebnisse in dieser Arbeit soll diskutiert werden, inwiefern die Ergebnisse mit der Literatur übereinstimmen und welche Potentiale der Bereich der Pflege auszuschöpfen hat, um den Anforderungen gerecht werden zu können. Auch die methodische Vorgehensweise soll hier noch einmal kurz reflektiert werden.

Die Sättigung der Daten hat zwar stattgefunden, dennoch muss angegeben werden, dass auch hier noch etwas Verbesserungspotential bestünde. Besonders die Befragtengruppe der Geschwister würde, wenn es mehr befragte Personen gäbe, noch aussagekräftiger ausfallen. Weiters wäre es sicherlich von großem Interesse gewesen, wenn auch ein männlicher Elternteil befragt hätte werden können. Diese Befragtengruppe, nämlich die der Väter, blieb auch bisweilen in anderen Studien zum Großteil unerforscht. Dabei wäre gerade die Befragung der Väter attraktiv, um die literarische Beschreibung eben dieser hinterfragen und prüfen zu können.

Im Vergleich der Literatur mit den, hier gewonnenen, Ergebnissen lassen sich mehrere Schlüsse ziehen. Obwohl die Angehörigen angegeben haben keine oder nur sehr wenig Unterstützung erhalten zu haben, ist dies keines der vorherrschenden Themen in der Befragung. Auch die Frage, inwieweit die Familientherapien angeboten und in Anspruch genommen wurden, wurde zwar immer beantwortet, aber scheinbar nicht seitens der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen stark gewichtet. Dies lässt sich davon ableiten, dass die Antworten der befragten Personen weder sonderlich lang, noch umfangreich ausfielen. Zweifellos stellt für die Betroffenen die fehlende professionelle Unterstützung eine Belastung dar, dennoch kehren alle befragten Personen im Gesprächsverlauf zu anderen Thematiken zurück.

Besonders zur Studie von Honey et al. aus dem Jahr 2005 lassen sich Parallelen entdecken. Auch Honey et al. fanden heraus, dass die Eltern besonders mit „pressuring“ (Honey; 2005; S. 353), also Druck auszuüben, versuchen die Tochter wieder auf den „richtigen Weg“ zu bringen. Durch die hier erarbeiteten Ergebnisse kann zwar deutlich gemacht werden, dass besonders das Annehmen der Erkrankung hilfreich ist, das Konstrukt dieser Erkrankung zu verstehen, dennoch wurden keinerlei Aussagen darüber gemacht, inwiefern die Symbolik der Erkrankung auf diesen Prozess Einfluss nimmt. Honey et al. beschreiben diese Symbolik in der Deutung der Eltern beispielsweise als die Krankheit als Krankheit zu erkennen, ein „psychological problem“ (Honey; 2005; S. 353) oder auch die eigens getroffene Wahl der Betroffenen. (Vgl. Honey; 2005; S.353) Als neu erscheint hingegen, dass sich die erlebten Belastungen und Bewältigungsstrategien aufgrund der Gruppenzugehörigkeit unterscheiden.

Einen weiteren Diskussionspunkt stellt das Thema dar, inwiefern Potentiale für die Pflege gegeben sind, um auf eventuelle Bedürfnisse der Angehörigen reagieren zu können. Einerseits sollte im Besonderen ein Augenmerk auf die Gesundheitsförderung und Prävention der Angehörigen gelegt werden. Aufgrund der Belastungen und eventueller ungenügender Bewältigungsstrategien ist es wichtig, ihnen eben solche aufzeigen zu können und dabei Hilfe zu leisten, wie sie sich selbst vor gesundheitlichen Belastungen schützen können. Auch auf die Thematik der Ko-Erkrankungen sollte hier verwiesen werden.

Welche Tätigkeits- und Handlungsbereiche ergeben sich also daraus für die Pflege?

Professionelle Beratung sowohl im vorbeugenden, also präventiven, Bereich im Sinne der Gesundheitsförderung, als auch im akuten Bereich wie beispielsweise während stationärer psychosomatischer Behandlung

und Therapie ist von Nöten, um den Angehörigen das Gefühl des „aufgefangen werdens“ zu vermitteln. Gerade der pflegerische Bereich bietet sich für dieses Angebot an, da es hierfür einen konstanten Ansprechpartner in allen Belangen benötigt. Oftmals ist es Angehörigen leichter möglich mit professionellen Pflegenden über ihre Anliegen zu sprechen, da nach ständigem Arztwechsel und dem Mangel an Informationen, ein starker Vertrauensverlust vorherrscht um dies mit den betreuenden Ärzten zu tun.

Hierbei könnte zum Beispiel auch das Konzept der Family Health Nurse angewendet werden. Einer Family Health Nurse hat nicht nur die notwendigen Kompetenzen bezüglich Beratung, sondern auch das nötige Einfühlvermögen um ins Familienkonstrukt eintauchen zu können. Dies kann besonders auch bei den internen, familiären Konflikten oder partnerschaftlichen Konflikten hilfreich sein.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend lässt sich behaupten, dass die gewählten Forschungsfragen ausreichend beantwortet werden konnten. Wie Angehörige die Situation und die Erkrankung Essstörung erleben, konnte sowohl in einen Bereich von Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten aufgeteilt werden. Wichtig ist hierbei, dass alle Angehörigengruppen teils unterschiedliche Belastungen erleben und jede Gruppe für sich andere Bewältigungsstrategien anwendet, um damit umgehen zu lernen und zu können.

Allgemein vorherrschende Belastungen, wie beispielsweise nicht helfen zu können und sich selbst in manchen Momenten nutzlos zu erscheinen, fordern kompetente Beratung. Viele Angehörige erleben allerdings auch das Gefühl allein zu sein – gerade hier ist es besonders wichtig, Angehörigen zu signalisieren, dass dies nicht der Fall ist. Sowohl in der Literatur, als auch in dieser Arbeit war eines der vielen Ergebnisse, dass Angehörige auch in einer Beziehung mit professionellen Helfern sich oftmals auf sich allein gestellt fühlen. Hier wäre es wichtig, ihnen einen konstanten Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin, zum Beispiel jemand aus der Pflege, zur Verfügung zu stellen.

Bezugnehmend auf die zweite Forschungsfrage als Unterpunkt, findet keine wirkliche Einbindung in die Therapie der Betroffenen statt. Obwohl Angehörige ebenfalls unter den Belastungen leiden, werden diese leider nur äußerst selten als ebenso Betroffene wahrgenommen. Diese Annahme gilt es zu verwerfen – denn um die an der Essstörung erkrankte Person in ihrer Genesung unterstützen zu können, ist es genauso wichtig auch deren Angehörige zu unterstützen um ihre psychosoziale Gesundheit zu erhalten.

8. LITERATURVERZEICHNIS

BÜCHER:

ARNDT, Marianne (2007): *Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

BAUMANN, Eva (2009): *Die Symptomatik des Medienhandelns. Zur Rolle der Medien im Kontext der Entstehung, des Verlaufs und der Bewältigung eines gestörten Essverhaltens*. Köln: Herbert von Halem Verlag.

BRUCH, Hilde (2004): *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

GERLINGHOFF, Monika; BACKMUND, Herbert; MAI, Norbert (1999): *Magersucht und Bulimie. Verstehen und Bewältigen*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

JACOBI, Corinna; PAUL, Thomas; THIEL, Andreas (2004): *Essstörungen. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag

KANDLBINDER, Jakob (2005): *Halbstark und Cool. Ausgewählte Jugendkulturen seit den 1950er Jahren*. Münster: Telos.

KESSELRING, Annemarie; MONTEVERDE, Settimio (2012): Forschung in der Pflege und Ethik. In: Settimio MONTEVERDE: *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*. (S. 139-155) Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

LAY, Reinhard (2004): *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

LUBKIN, Ilene Morof (2002): *Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Bern: Verlag Hans Huber.

LOCK, James; LE GRANGE, Daniel; AGRAS, W. Stewart; DARE, Christopher (2001): *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press.

MAYER, Hanna (2011): *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

MAYRING, Philipp (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Basel: Beltz Verlag.

MCDANIEL, Susan H.; CAMPBELL, Thomas L.; HEPWORTH, Jeri; LORENZ, Alan (2005): *Family-Oriented Primary Care*. New York: Springer Science and Business Media.

REICH, Günter (2003): *Familientherapie der Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

REICH, Günter, KRÖGER, Silke (2007): *Essstörung. gesunde Ernährung wieder entdecken*. Stuttgart: Trias-Verlag.

RENN, Crystal; INGALL, Marjorie (2009): *Hungry: A Young Model's Story of Appetite, Ambition and the Ultimate Embrace of Curves*. New York: Simon & Schuster.

SCHUCH Sonja (2009): *Essstörungen. Aufklärung, Beratung, Therapie*. Innsbruck: Studienverlag.

ZEITSCHRIFTEN:

HONEY Anne; HALSE Christine (2005): Parents dealing with Anorexia Nervosa: Actions and Meanings. In: Eating Disorders – the Journal of Treatment & Prevention, 13(4), S. 353 – 367

HONEY Anne; BOUGHTWOOD Desiree; CLARKE Simon; HALSE Christine; KOHN Michael; MADDEN Sloane (2008): Support for Parents of Children with Anorexia: What Parents Want. In: Eating Disorders – the Journal of Treatment & Prevention, 16(1), S. 40-51

JOHANSSON Annica E.M.; JOHANSSON Ulla (2009): Relatives experiences of family members' eating difficulties. In: Scandinavian journal of occupational therapy, 16(1), S.25- 32.

MCMASTER Rose; BEALE Barbara; HILLEGE Sharon; NAGY Sue (2004): The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. In: International Journal of Mental Health Nursing, 13(1), S. 67-73.

INTERNET:

Bundesministerium für Gesundheit: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011.
http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Frauengesundheit/Oesterreichischer_Frauengesundheitsbericht_2010_2011, Zugriff am 10. August 2012

Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, Fassung vom 10.8.2012.
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622>, Zugriff am 10. August 2012

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen,
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/block-f50-f59.htm>, Zugriff am 10. August 2012

Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2011.
http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=526, Zugriff am 10. August 2012

Vereinte Nationen: Resolutionen und Beschlüsse der Generalversammlung. <http://www.un.org/Depts/german/gv-64/band1/ar64142.pdf>, Zugriff am 01. April 2011

Wiener Initiative gegen Essstörungen: Ursachen.
<http://www.essstoerungshotline.at/allgemeines/ursachen/>, Zugriff am 01. August 2012

9. EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass die vorliegende Arbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

Datum:

Unterschrift:

10. CURRICULUM VITAE der VERFASSERIN

PERSÖNLICHE ANGABEN

Daniela DURCHSCHLAG
Anschrift: Hahngasse 24-26/2/1/9
1090 Wien, Österreich
0676/9669280
daniela-durchschlag@gmx.at

27.08.1988 in Wien

Ledig

STUDIUM

10/2006 – 11/2012 UNIVERSITÄT WIEN

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft (IDS)

Abschluss: Mag.

09/2009 – 06/2012 FH CAMPUS WIEN

Bachelorstudium „Gesundheits- und Krankenpflege“

Thema der Bachelorarbeit: „We can do it!“ – Pflege im Brennpunkt zwischen Akademisierung und Berufspolitik

Abschluss: Bachelor of Health Sciences mit Berufsberechtigung; ausgezeichnete Erfolg

PRAKTIKA

08/2009 – 08/2009 Bettenstation, Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler, Wien

01/2010 – 02/2010 Langzeitpflegebereich, Geriatriezentrum am Wienerwald, Wien

05/2010 – 07/2010 Strahlentherapie, AKH, Wien

11/2010 – 12/2010 Interne und chirurgische Station, Privatklinik Döbling, Wien

12/2010 – 01/2011 Gynäkologie, Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Wien

05/2011 – 06/2011 Endoskopie-Ambulanz, Wilhelminen Spital, Wien
06/2011 – 07/2011 Hauskrankenpflege, Volkshilfe, Wien
09/2011 – 10/2011 Wohn- und Pflegeheim, ÖJAB Haus Neumargareten, Wien
10/2011 – 12/2011 Wochenbettstation, Semmelweis Frauenklinik, Wien
12/2011 – 01/2012 Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
(ÖGKV), Wien
04/2012 – 05/2012 Innere Säuglingsstation, St. Anna Kinderspital, Wien
05/2012 – 06/2012 Strahlentherapie, AKH, Wien

BERUFSTÄTIGKEIT

07/2008 – 10/2008 Shopmitarbeiterin der Firma BIPA – Rewe Group (25h)
11/2008 – 07/2009 Mitarbeiterin im Inbound der Firma Coca Cola Beverages
(20h)
02/2012 – 02/2012 geringfügige Beschäftigung beim Österreichischen
Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)
07/2012 – 08/2012 Tätigkeit als Interviewerin im Bereich der Langzeitpflege
beim KAV (Krankenanstaltenverbund)

SCHULBILDUNG

1994 - 1998 VOLKSSCHULE
1200 Wien, Spielmannsgasse 1/2
1998 – 2006 BRIGITTENAUER GYMNASIUM (BORG20)
1200 Wien, Karajangasse 14
Schultyp: Gymnasium mit 2. Lebender Fremdsprache ab
der 3. Klasse
Abschluss: bestandene Reifeprüfung mit ausgezeichnetem
Erfolg