



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Psychometrische Überprüfung der deutschen Fassung des
„Carers’ Needs Assessment Measure (CaNAM)“

Verfasserin

Mag. phil. Michaela Hinteregger

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im November 2008

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuerin: Mag. Dr. Karin Waldherr

Für meine Tochter Leonie Anja

Wir mussten beide geduldig miteinander sein.

Bedanken möchte ich mich ganz herzlich bei ALLEN, die mir geholfen haben, mich unterstützten und mir beistanden und so zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben. Ein besonderes Dankeschön gilt meinem lieben Mann Gernot!

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	7
1.1 Kurzdarstellung der Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	8
1.1.1 Anorexia nervosa („Magersucht“)	9
1.1.2 Bulimia nervosa („Ess-Brechsucht“)	10
1.2 Krankheitsmodell und Behandlung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa	10
1.2.1 Krankheitsmodell	10
1.2.2 Behandlung	14
2. PROBLEMSTELLUNG UND FORSCHUNGSSTAND	16
2.1 Der Standort (die Rolle) der Angehörigen von Menschen mit Essstörungen	16
2.2 Untersuchungen rund um die Angehörigen	21
2.3 Belastungen und Bedürfnisse nach Unterstützung auf Seiten der Angehörigen – aktueller Erkenntnisstand	23
2.3.1 Zur Begriffsbestimmung: Belastung – Bedürfnis	23
2.3.2 Aktuelle Studien	25
3. ZIEL DER ARBEIT UND METHODIK	32
3.1 Ziel – Fragestellung: zweigeteilt	32
3.2 Methodik	37
3.2.1 Erhebungsinstrumente	37
3.2.2 Vorgangsweise und Stichprobe	40
3.2.3 Statistische Auswertung	41
3.2.3.1 Zur psychometrischen Überprüfung des CaNAM	41
3.2.3.2 Zu den weiteren Fragen (Hypothesen)	42
3.2.3.2.1 Zusatzinformationen: Zu den offenen Fragen im CaNAM	44
3.2.3.3 Kritische Betrachtung der Skalierung des CaNAM	44
4. ERGEBNIS	47
4.1 Beschreibung der Stichprobe	47
4.1.1 Soziodemographische Daten der Angehörigen	47

4.1.2	Soziodemographische Daten der erkrankten Familienmitglieder	60
4.2	Antwort auf die Fragestellung	79
4.2.1	Psychometrische Überprüfung des CaNAM	79
4.2.2	Antwort auf die weiteren Fragen (Hypothesen)	91
4.2.2.1	Frage I	91
4.2.2.2	Frage II	109
4.2.2.3	Frage III	110
4.2.2.4	Frage IV	111
4.2.2.5	Frage V	114
4.2.2.6	Frage VI	119
4.2.2.7	Frage VII	120
4.2.2.8	Frage VIII	124
4.2.2.9	Frage IX	125
4.2.2.10	Zusatzinformationen: Die Antworten der Angehörigen auf die offenen Fragen im CaNAM	128
5.	DISKUSSION INKL. KRITISCHE BETRACHTUNG	131
6.	SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK	138
7.	VERZEICHNISSE	140
7.1	Anmerkungen	140
7.2	Literatur	141
7.3	Tabellenverzeichnis	145
7.4	Abbildungsverzeichnis	149
7.5	Anhang	151
7.5.1	Muster Erhebungspaket	152
7.5.2	Übersicht: an der Erhebung teilgenommene Institutionen	162
7.5.3	Tabellen	163
ZUSAMMENFASSUNG		171
LEBENS LAUF		173

1. EINLEITUNG

„'Iß doch endlich mal normal' ist der verzweifelte Ausruf vieler Angehöriger von magersüchtigen und bulimischen Mädchen.

Sie stehen ihrer Tochter hilflos gegenüber, wenn diese anfängt zu hungern, mit der Familie nicht mehr am Tisch zusammen essen will, Kalorien zählt, statt Essen zu genießen, heimlich Unmengen verschlingt und dann wieder erbricht oder so stark abmagert, dass ihr Untergewicht lebensbedrohliche Ausmaße annimmt. [...]

Der Umgang mit einer Ess-Störung stellt Eltern und Geschwister vor viele neue Fragen. Sie sind konfrontiert mit einer Krankheit, von der sie bisher nichts wussten oder wenn, dann nur durch die Medien oder durch Berichte von anderen Eltern.“

Dieser Ausschnitt aus einem Vortrag von Frau Dr. Wardetzki anlässlich der „4. Wiener Ess-Störungs – Enquete“ im Frühjahr 2007 (siehe Anm. 1) ist ein erstes „Blitzlicht“ darauf, wovon in meiner Diplomarbeit die Rede sein wird:

Die vorliegende Arbeit hat vor allem

1. – wie der Titel bereits besagt - eine psychometrische Überprüfung des Erhebungsinstruments „Carers` Needs Assessment Measure“ (CaNAM) zur Bestimmung der Unterstützungsbedürfnisse der Angehörigen von Menschen mit Essstörungen zum Ziel.

Die vorliegende Arbeit hat daneben

2. die Erhebung der Belastungen und Bedürfnisse nach Unterstützung der Angehörigen von Menschen mit Essstörungen zum Ziel.

Die Bedeutung der Untersuchung kann augenscheinlich daran festgemacht werden, dass Angehörige eine der wichtigsten Versorgungsinstanzen für PatientInnen – dieser und sicher auch anderer Störungsbilder – darstellen. Es liegen Hinweise vor, dass die Familienmitglieder und nahen Angehörigen der an einer Essstörung Erkrankten vielfach unerfüllte Bedürfnisse nach Unterstützung haben. Diese Sorgen, Nöte, Probleme der Angehörigen beim Umgang und der Versorgung des essgestörten Familienmitglieds

wurden bislang jedoch kaum wissenschaftlich untersucht. Mehr dazu folgt in den anschließenden Kapiteln.

1.1 Kurzdarstellung der Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Das Thema Essstörungen hat im Laufe der vergangenen zwanzig bis dreißig Jahre in Medien und Öffentlichkeit immer stärker Einzug gehalten. Auch die wissenschaftliche Forschung beschäftigte sich zunehmend mit dieser Krankheitserscheinung.

1980 wurde Bulimia nervosa als eigenständiges Krankheitsbild in das Diagnostische und Statistische Manual psychiatrischer Störungen (DSM-III) aufgenommen. Es folgte ein Anstieg wissenschaftlicher Arbeiten auf den Fuß; der ungedeckte Behandlungsbedarf wurde ersichtlich und forderte zu Maßnahmen auf.

Zwei bedeutende – und die gleichzeitig häufigsten - Erkrankungsformen von Essstörungen sind Anorexia nervosa und Bulimia nervosa; auf sie bezieht sich diese Diplomarbeit.

In einem ersten Schritt wird eine Kurzbeschreibung der beiden Erkrankungen gegeben. Es liegen eine Fülle von Arbeiten zu Definition, Krankheitsmodell und Behandlung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vor. Mein Anliegen an dieser Stelle ist, einen zusammenfassenden Abriss und keinesfalls eine erschöpfende, umfassende Darstellung zu geben. Dies erscheint mir wesentlich, um eine Grundlage und Grundverständnis für die Situation und Probleme der Angehörigen der Erkrankten zu schaffen.

Einen ausführlichen Fokus auf die Angehörigen selbst, die im Zentrum der Diplomarbeit stehen, richte ich im daran anschließenden Kapitel 2.

Grundlage der Kurzdarstellung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bilden vorwiegend entsprechende Ausführungen von Grunwald (2003).

1.1.1 Anorexia nervosa („Magersucht“)

Unter „Anorexia nervosa“ wird bei Köhle und Simons (1990) eine schwere psychische Erkrankung, die mit einer zentralen Störung des Essverhaltens verbunden ist und oft zu einem bedrohlichen Zustand der Unterernährung führt, verstanden. Es sind in der überwiegenden Mehrzahl Mädchen und Frauen betroffen. Zumeist fällt das erstmalige Auftreten in den Verlauf der Adoleszenz (Pubertät).

Anorexia nervosa bringt chronische körperliche und psychosoziale Leiden mit sich (ca. 35% mit chronischem Verlauf) und endet für – je nach Quelle der Daten – ca. 10 bis 30 % der erkrankten Menschen mit dem Tod.

Charakteristisch für PatientInnen, die an Anorexia nervosa in der Ausprägungsform des *Restriktiven Typus* erkrankt sind, ist vor allem eine geringe Kalorienaufnahme sowie Weglassen von Mahlzeiten. Beim *Purging oder Binge Eating Typus*, einer weiteren Unterform der Anorexia nervosa, sind selbst herbeigeführtes Erbrechen und der Missbrauch von Abführ- und Entwässerungsmitteln hervorstechende Merkmale.

Der folglich starke Gewichtsverlust führt oftmals zu einem Körpergewicht von lediglich 25 – 30 kg. Die geschilderten Verhaltensweisen werden auf der psychischen Ebene begleitet von der völligen Verleugnung eines bestehenden Krankheitszustands.

Laut Meermann und Vandereycken (1987) veranlassen schließlich Erschöpfungszustände, nachlassende Schulleistungen oder schwerwiegende körperliche und endokrinologische Begleitsymptome zu einem Einholen ärztlicher Hilfestellung. Die fehlende Krankheitseinsicht der PatientInnen macht psychotherapeutische Behandlung meist sehr schwierig. Interventionen, die über mehrere Jahre notwendig sind, führen lediglich bei in etwa einem Drittel der vorwiegend Mädchen und Frauen zu einem anhaltendem Therapieerfolg. Bruch (1991) verdeutlicht, dass das veränderte Essverhalten von einem veränderten Körperschema bzw. Körperbild begleitet wird. Diese gestörte Körperwahrnehmung zeigt sich u.a. in massiven Fehleinschätzungen der räumlichen Dimensionen des eigenen Körpers. Betroffene Mädchen und Frauen beschreiben ihren Körper bei augenscheinlichen Abmagerungserscheinungen als dick, fett und aufgedunsen.

Die Ursachen der Erkrankung in ihrer Gesamtheit sind bis dato noch nicht erschöpfend geklärt. Grunwald et al. (2001a-c) vertritt aufgrund seiner Untersuchungen die Hypothese, dass eine funktionale Störung des rechten parietalen Kortex mitverantwortlich für die Entstehung von Anorexia nervosa ist.

1.1.2 Bulimia nervosa („Ess-Brechsucht“)

Bei Grunwald (2003) werden folgende Merkmale von Bulimia nervosa sowie krankheitsbegleitende Veränderungen hervorgehoben:

Hauptcharakteristik ist die Aufnahme großer Nahrungsmengen (bis zu 20000 kcal) in sehr kurzer Zeit im Zuge von Essattacken. Wie bei Anorexia nervosa sind auch bei Bulimia nervosa vor allem Mädchen und Frauen betroffen (die Erkrankung manifestiert sich zumeist zwischen dem 18. und 35. Lebensjahr, ca. 20% der Erkrankungen nehmen einen chronischen Verlauf). Die Essanfälle sind nicht kontrollierbar und willentlich abbrechbar, so berichten die Patientinnen.

Ebenfalls tritt ein ganzer Komplex an Symptomen auf; dazu zählt etwa die pausenlose Auseinandersetzung mit dem Thema Essen und Verdauung. Die Betroffenen leiden unter einer immensen alles beherrschenden Angst, dick zu werden. Sie streben ihre eng festgelegte „Gewichtsgrenze“ an, wobei diese das prämorbidem Niveau aber nie erreicht. Typisch für das Krankheitsbild ist das selbst herbeigeführte Erbrechen, die missbräuchliche Verwendung von Abführmitteln, das streckenweise Hungern sowie die Einnahme von Appetitzüglern. Der Bulimia geht oftmals eine schwere Form der Anorexia-Erkrankung voraus. Anders als bei Anorexia nervosa differiert das Körpergewicht der vorwiegend weiblichen Patientinnen: es kann dem empfohlenen Normalgewicht entsprechen, es kann darunter liegen, ebenso aber auch darüber. Affektive Störungen sowie Störungen der Impulskontrolle treten oft begleitend auf.

Bulimiebetreffene stehen unter einem ausgeprägten Leidensdruck, was sie bald selbst nach Unterstützung suchen lässt. Auch das unterscheidet die Erkrankung von der verwandten Anorexiaform. Therapien verlaufen erfolgversprechender, es sei denn es treten zusätzlich Persönlichkeitsstörungen auf.

1.2 Krankheitsmodell und Behandlung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

1.2.1 Krankheitsmodell

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft sind eine Reihe sogenannter „Vulnerabilitätsfaktoren“ dafür verantwortlich, ob das Risiko für die Erkrankung an einer

Essstörung erhöht ist. Zum Ausbruch kommt die Essstörung dann, wenn zu diesen Vulnerabilitätsfaktoren bestimmte „auslösende Faktoren“ hinzukommen. Zudem wurden die Krankheit aufrechterhaltende Faktoren identifiziert, wobei diese vielfach mit den oben angesprochenen auslösenden Bedingungen nicht ident sind.

Wesentlich zu erwähnen ist weiters, dass die Erkrankung zumeist von verschiedenen körperlichen und psychischen Veränderungen begleitet wird, die das **prozesshafte Zusammenwirken der pathogenen Anteile im Einzelfall** mitbestimmen und damit das individuelle Erscheinungsbild, den Krankheitsverlauf und die Behandlung(smöglichkeiten).

Es liegen eine Reihe von Störungsmodellen vor, die darzustellen den Rahmen der Diplomarbeit übersteigen würde. An dieser Stelle sollen jedoch die wichtigsten empirisch bestätigten Einflussfaktoren vorgestellt werden (vgl. dazu Fairburn & Harrison, 2003):

Allgemeine Risikofaktoren für die Entwicklung einer Anorexia oder Bulimia nervosa:

- Weibliches Geschlecht
An beiden Erkrankungen leiden in großer Mehrzahl Frauen.
- Adoleszenz oder frühes Erwachsenenalter
Wobei der Erstaustritt der Störungen immer früher zu beobachten ist (teilweise sind die Mädchen erst 10 Jahre alt).
- Leben in einer westlichen Kultur
Andere Gesellschaften kennen Essstörungen nur im Fall einer stattgefundenen Kontaktnahme mit westlichen Kulturen.

Individuelle Risikofaktoren

Familienanamnese

- Essstörungen in der Familie
Für beide Erkrankungsformen gibt es Hinweise auf eine genetische Mitbeteiligung (und zwar aus Zwillingsstudien und molekulargenetischen Untersuchungen).
- Depressionen, Ängste, Zwangserkrankungen in der Familie
- Substanzmissbrauch, auch Alkohol (v.a. bei Bulimia nervosa)
- Übergewicht der Eltern oder der erkrankten Person in der Kindheit (v.a. bei Bulimia nervosa)

Prämorbide Auffälligkeiten

- Niedriges Selbstwertgefühl
Dieser Bedingungsfaktor steht oft im Zentrum der Erkrankung und ist daher wesentliches Thema in der Therapie!
- Perfektionismus (v.a. bei Anorexia nervosa)
- Angststörung, v.a. soziale Phobie und Trennungsangst
- Adipositas (v.a. bei Bulimia nervosa)
- Früher Beginn der Menarche (v.a. bei Bulimia nervosa)

Prämorbide Erfahrungen

- Verhalten der Eltern
Beispiele: geringer Kontakt, Eheprobleme der Eltern (v.a. bei Bulimia nervosa), hohe Erwartungen der Eltern an das Kind, überbehütendes und ängstliches Verhalten der Eltern (v.a. bei Anorexia nervosa)
Ganz wichtig ist hierbei festzuhalten:
Heute weiß man, dass es keinen monokausalen Zusammenhang in Richtung „bestimmtes Elternverhalten“ bewirkt „Essstörung“ gibt. Essstörungen werden als **Interaktionsstörungen** gesehen. D.h. Elternverhalten ist ebenso Reaktion auf frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten der Kinder. *Alleinige Schuldzuweisungen an die Eltern – früher vielfach passiert – schaden mehr als sie dienen. Sie bringen beide Seiten in Not, die Heilungsprognose der Betroffenen leidet ebenso wie die Eltern unter der allzuschweren Schuldlast!*
- Sexueller Missbrauch
- Häufiges Diätverhalten in der Familie
- Kritik an Essverhalten, Figur oder Gewicht durch Familienmitglieder, Freunde oder andere
- Berufs- oder freizeitbedingter Schlankheitsdruck, z.B. bei TänzerInnen (Ballett), Models, LeistungssportlerInnen usw.

Prozesshaftes Zusammenwirken

Eingangs wurde erläutert, dass zwischen auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren oder Bedingungen unterschieden wird.

Am Beginn einer Essstörung steht laut Darstellung bei Fairburn und Harrison (2003) zunächst wesentlich ein **restriktives Essverhalten**, es kann als Einstiegsfaktor

bezeichnet werden. Sehr oft liegt der tiefere Grund für dieses veränderte Essverhalten in einem starken **Wunsch nach Kontrolle** über das eigene Leben. Auffällig ist weiters das Auftreten von sog. „kritischen Lebensereignissen“ zum selben Zeitpunkt: etwa Verlust wichtiger Bezugspersonen, Trennung, Wohnort-/Umweltwechsel, neue Leistungsanforderungen in Schule/Ausbildung, pubertäre Veränderungen körperlicher und sozialer Natur (Rollenerwartungen) u.v.m. Kontrolliertes Essen erzeugt nun – wie erwähnt – genau dieses ersehnte Kontrollgefühl.

Als zweiter wesentlicher Einstiegsfaktor (Auslöser) wird die **enge Verknüpfung des Selbstwertgefühls mit dem Thema Körpergewicht**, „gute Figur“ beschrieben. Das eigene Selbstwertgefühl steigt, wenn Kilos schwinden. Sensibilisiert auf das Thema Gewicht sind die Betroffenen oft durch Kritik aus der nahestehenden Umgebung. Bemerkenswert ist, dass das System zunächst selbstverstärkend funktioniert: Mit dem Abnehmen erhält die (zumeist) Frau/Mädchen Kontrolle und oftmals Zuwendung und Anerkennung ob ihres Gewichtsverlusts. Leistungsfähigkeit, körperliche Attraktivität und Selbstwertgefühl steigen – zunächst.

Der weitere Verlauf der Essstörung sieht vielfach wie folgt oder ähnlich aus: Das Thema Essen nimmt zunehmend mehr Raum im Leben der Person ein. Essen läuft starr ritualisiert ab und hat einen so wichtigen Stellenwert erreicht, dass für anderes kaum mehr Zeit bleibt. Soziale Kontakte nehmen ab, was gerade in der Zeit der Pubertät etwa gewisse Fertigkeiten im Umgang miteinander zu kurz kommen lässt. Das Selbstwertgefühl leidet unter diesem Umstand, gestärkt wird es wiederum alleinig über das (Nicht-)Essen, Attraktivsein, Schlanksein...

D.h. auch, dass die Stimmung abhängt von „Hungererfolgen“ und der Mensch dementsprechend labil ist/wird.

Es folgt etwas, das man einen Teufelskreis nennen kann: rigide Diäten führen zu Heißhungerattacken; die vermehren Ängste vor Kontrollverlust und Gewichtszunahme; was wiederum strikte Essenskontrolle verlangt; es droht der nächste Fressanfall“...

Die folgende schematische Abbildung soll das Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren (und gleichzeitig den „Teufelskreis“) zusammenfassend veranschaulichen:

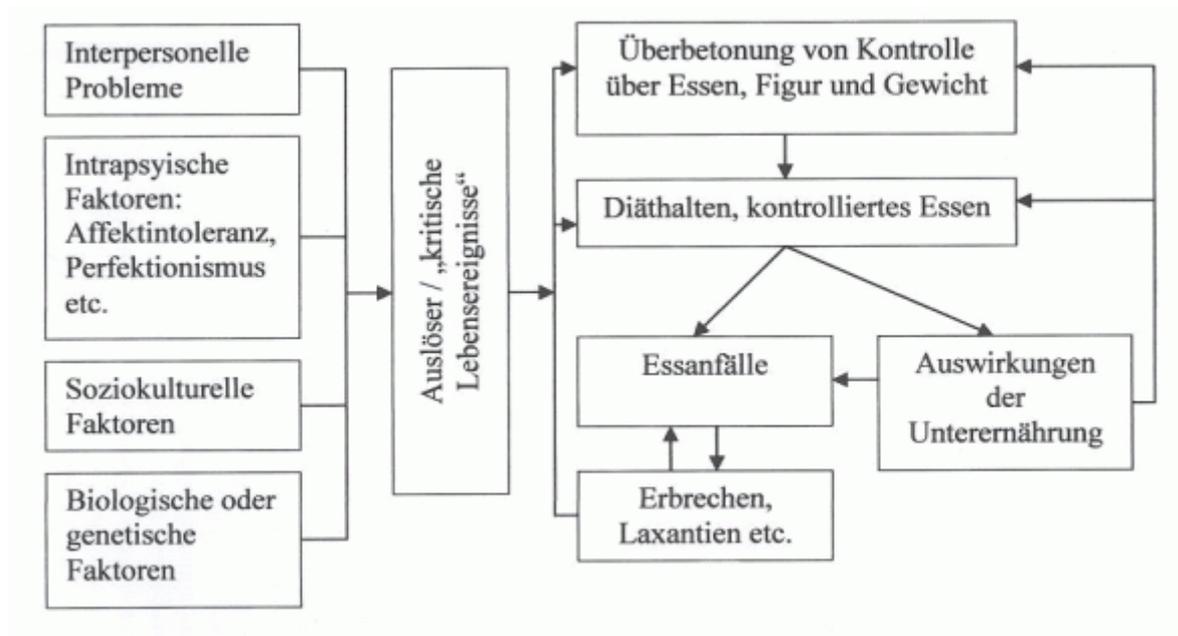


Abbildung 1: aus Graap, 2007, S. 10: Ein Störungsmodell der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa adaptiert nach Fairburn und Harrison (2003)

1.2.2 Behandlung

Die Behandlung von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa folgt einem multimodalen Ansatz entsprechend einem „two-track-approach“ und zwar unabhängig von der theoretischen Ausrichtung des Therapeuten. (vgl. dazu Graap, 2007, S. 11)

Der eine „track“ hat eine **direkte und indirekte Veränderung des Körpergewichts** bei Anorexia nervosa **bzw. des Essverhaltens** bei beiden Störungsbildern zum Ziel. Auf die erste Diagnosephase folgt eine Stabilisierungs- bzw. Rehabilitationsphase mit Ernährungstherapie und Psychoedukation.

Der andere „track“ hat eine **mittel- und langfristige Veränderung der psychologischen wie psychosozialen Bedingungsfaktoren** im Auge. Hierbei unterscheiden sich die verschiedenen Therapierichtungen: Psychodynamische Ansätze stellen eine Stärkung der Ich-Funktionen, eine Bearbeitung zentraler Abwehrmuster sowie eine Herausarbeitung und Bearbeitung zentraler Ängste und Konflikte (unter Miteinbezug der Familie) ins Zentrum. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Formen zielen auf Informationsvermittlung, Erzeugung von kognitiver Dissonanz zum Motivationsaufbau, Bearbeitung dysfunktionaler Denkschemata und irrationaler Annahmen ab. Weitere Eckpfeiler dieses

Therapieansatzes: Training in Problemlösen, Aufbau von alternativen Selbstwertquellen, Exposition und Reaktionsverhinderung sowie Training in Körperwahrnehmung.

Wichtig zu erwähnen ist weiters, dass die **Familien** der PatientInnen oftmals **in die therapeutischen Bemühungen miteinbezogen** werden. Psychoedukation im Einzel- oder Gruppensetting, individuelle Familienberatung und –therapie sind dabei Möglichkeiten. Gute Erfolge konnten mit Familientherapie bislang bei PatientInnen unter 19 Jahren und Vorliegen der Erkrankung unter 3 Jahren beobachtet werden (Russell et al., 1987; Eisler, Dare, Russell, Smukler, le Grange, Dodge, 1997).

2. PROBLEMSTELLUNG UND FORSCHUNGSSTAND

2.1 Der Standort (die Rolle) der Angehörigen von Menschen mit Essstörungen

Im Folgenden stütze ich mich v.a. auf die Ausführungen von Bärbel Wardetzki (1996), Therapeutin und Autorin zahlreicher Veröffentlichungen zum Thema Essstörungen, insbesondere im Bereich Betroffene und Angehörige.

Angehörige durchlaufen in der Auseinandersetzung mit ihrem erkrankten Familienmitglied verschiedene Gefühlszustände, anders ausgedrückt kann von Stadien oder Phasen gesprochen werden.

Verleugnung und Verheimlichung

Es vergehen oftmals Jahre der Geheimhaltung bis die Angehörigen hinter die Ess-Brechanfälle oder die Essensverweigerung der Tochter oder der Partnerin kommen. Wie kann das sein, lebt man doch unter einem Dach?

Zum einen liegt es am Unwissen über Esserkrankungen, zum anderen an verschiedenen Mechanismen, die wirksam werden: Nicht-genau-Hinschauen, Beschönigen, Erklären, Leugnen und Umdefinieren. Damit wird ein Erkennen der Esserkrankung verhindert bzw. zeitlich verzögert.

Zunächst bedeutet dieser Zustand Entlastung für alle Betroffenen, denn die Tochter oder Partnerin muss sich nicht mit ihren Problemen auseinandersetzen, die Angehörigen müssen sich nicht sorgen. Zu einer Lösung kommt es allerdings nicht.

Wardetzki spricht bei Bulimie und Anorexie von Suchterkrankungen, die – wie für Süchte typisch – von den Angehörigen lange Zeit verleugnet werden. Angst und Hilflosigkeit sowie der Wunsch nach einer heilen Familie und Partnerschaft lassen sie wegschauen. Die Essstörung wird dadurch nur noch verstärkt.

Wut und Hilflosigkeit

Nach dem ersten Schock über die Esserkrankung des Angehörigen gehen Vater/Mutter oder Partner meist dazu über, das Problem so rasch wie nur möglich „in den Griff zu bekommen“. Das Familienmitglied soll bald wieder normal essen, zunehmen, nicht mehr

erbrechen. Doch die gut gemeinten Versuche scheitern und die Kluft zwischen den beiden Seiten vergrößert sich: Weder Strenge, noch Gutzureden oder Ignorieren hilft seitens der Eltern oder des Partners; die Betroffene wird noch unzugänglicher, dünner, immer unerreichbarer.

Nun suchen die Angehörigen zumeist fachlichen Rat, denn sie wissen selbst nicht mehr weiter und beginnen immer mehr unter der Erkrankung der Tochter oder Partnerin zu leiden.

Die Gefühle Hilflosigkeit und verdeckte Wut machen sich breit. Wie sollen sie mit dem Familienmitglied umgehen, wie zu einer Therapie motivieren?

Näher betrachtet stellt sich der Zustand von betroffenen Eltern wie folgt dar: Das Verhalten der Tochter, die sich nun aggressiv verschließt und sie garnicht an sich ranlässt ist für die Eltern ungewöhnlich und unerklärlich; denn zuvor war das Mädchen doch „pflegeleicht“ zu erziehen. Die Eltern leiden nun nicht rein unter dem Gewichtsverlust der Tochter, sondern auch unter der verlorenen Erziehungsmacht über das Kind. Und das macht sie hilflos, immer mehr aber auch ärgerlich und wütend. Ärger und Wut werden aber nicht offen ausgedrückt, was die Angehörigen mit dem Hinweis auf das Vorliegen einer Erkrankung erklären.

Die Situation der Betroffenen sieht folgendermaßen aus: Sie möchte die Fürsorge und Hilfe ihrer Angehörigen nicht haben, erlebt alles dergleichen als Bevormundung, die ihr Angst macht.

In der Folge richten Angehörige ihr Leben immer mehr nach der Essstörung der Tochter oder der Partnerin aus. Denn Hilflosigkeit und unterdrückter Ärger sind so schwer auszuhalten, dass sie einfach „etwas tun müssen“. Sie sammeln Informationen, Ratschläge von Fachleuten, führen endlose Gespräche mit den Betroffenen, kontrollieren sie, denken ununterbrochen über die Situation nach. Ihr Leben ist von dieser Krankheit (ebenfalls) beherrscht.

Die Versuche geben ihnen eine gewisse Sicherheit, doch etwas tun zu können. Auch wenn es faktisch wenig hilft, so hilft es den Angehörigen doch ihre Situation besser auszuhalten.

Die Suche nach Schuldigen

Nach Schuldigen wird von dem Moment an gesucht, wo sich die Magersucht oder die Bulimie nicht mehr bessern. Eltern geben oftmals sich selbst die Schuld an der Erkrankung der Tochter. Es quält sie die Frage „Was haben wir nur falsch gemacht?“.

Selbstanklagen und Schuldgefühle der Eltern (etwa die Tochter nicht genug geliebt zu haben, zu wenig oder zu viel getan zu haben in der Erziehung) belasten die aktuelle Beziehung zum kranken Kind.

Eine Suche nach Fehlern bei den Eltern könnte zum Überdenken und positiven Verändern eigenen Verhaltens führen. Leider tut es das nicht. Eltern, die merken, Fehler in der Erziehung gemacht zu haben tendieren dazu sich zu verurteilen, als „schlechte Eltern“ zu sehen. Sie kommen dadurch einer Problemlösung nicht näher, sondern entfernen sich immer weiter davon; die neurotischen Schuldgefühle verschlimmern die Situation zusehend.

Neurotische Schuldgefühle und Schuldbewusstsein

Die ewigen Selbstanklagen führen zu den neurotischen Schuldgefühlen und einem Verhalten, das wie Buße tun anmutet. Die Eltern wollen (wenigstens jetzt) verwöhnen, trauen sich der Tochter keine Grenzen zu setzen und meinen sogar es selbst nicht besser verdient zu haben als so schlechte, versagende Eltern.

Wardetzki (1996) meint, dass eine solche Form von Schuldgefühlen zerstörerisch sei. Denn sie löst bei der Tochter Aggressivität und bei den Eltern selbst Minderwertigkeitsgefühle aus.

Das Gefühl der Eltern, schuld an der Essstörung der Tochter zu sein, ist – so Wardetzki – unangebracht, da eine Einzelperson nicht für eine spätere Anorexie oder Bulimie verantwortlich ist. Diese Krankheiten entstehen aus einem komplexen Bedingungsgefüge heraus, das mit Faktoren der Tochter als auch familiären, kulturellen und gesellschaftlichen Normen zu tun hat. Die Mutter beispielsweise trägt einen Teil bei, ist aber niemals die alleinige Schuldige.

Scham und Schuld

Betroffene Eltern sind häufig massiv von Scham betroffen. Scham trifft die Persönlichkeit, das Identitätsgefühl von Menschen und bewirkt Minderwertigkeitsgefühle. Scham ist schwer auszuhalten von uns Menschen. Eigentlich ohne genau zu wissen, was wir falsch gemacht haben, schämen wir uns und sind dieser Scham ausgeliefert, hilflos. Schuld ist leichter zu ertragen, also rächen wir uns an dem, der uns beschämt hat. Wir wandeln Scham in Schuld um.

Mit dieser Schuld im Gepäck meinen die Eltern besser umgehen zu können und „etwas tun und verändern zu können“ (vergleiche oben). Doch in der Realität sieht es anders aus. Es entwickelt sich eine Falle: Die Eltern wollen, dass die Tochter gesund wird, um sich selbst von ihren Schuldgefühlen zu befreien. Die Tochter spürt diesen Druck und leistet Widerstand.

Tatsächlich geht es um Übernahme von Verantwortung. Die Eltern müssen lernen, jene Schuld, die sie tatsächlich haben anzunehmen und sich zu verzeihen. Was sie nicht verschuldet haben, aber auch nicht zu tragen. Die Genesung der Tochter darf nicht mit dem Selbstwertgefühl der Eltern verknüpft werden. Denn es käme zu einer emotionalen Ausbeutung der Tochter: für das Selbstwertgefühl der Eltern haben diese selbst Sorge zu tragen und nicht die Tochter.

Die Fragen nach Schuld und Verantwortung beschäftigen Familien mit magersüchtigen oder bulimischen Töchtern oder Partnerinnen im besonderen und führen zu verstrickten Umgangsformen miteinander und belasteten Beziehungen.

Es übernehmen beide Seiten (also Eltern/Partner einerseits und Tochter/Partnerin andererseits) Verantwortung – allerdings nicht für sich selbst, sondern für den jeweils anderen Part. Die Mutter etwa sorgt sich um ihr erkranktes Kind, scheint aber dabei sich selbst und ihr eigenes Wohlergehen zu vergessen. Gründe dafür dürfte es mehrere geben: Auf sich zu schauen übersteigt vielleicht ihre Kräfte oder passt nicht zu ihrer Vorstellung von der „perfekten Mutter“.

Auch die Tochter oder Partnerin kümmert sich um die Ihren zuerst, bevor sie an sich selbst denkt.

Ein Familiensystem, in dem diese Form der Verantwortungsübernahme vorherrscht, begibt sich in einen ungesunden Kreislauf: Die Mitglieder verstricken sich in Schuldgefühle und Vorwürfe („Mir geht’s nur gut, wenn es dir gut geht“). Das wahre Problem wird nicht definiert, Eigenverantwortung wird nicht übernommen, eine Entscheidung wird nicht gefällt und das Problem nicht gelöst.

Die Eheleute machen sich gegenseitig verantwortlich „mehr“ an der Erkrankung der Tochter schuldig zu sein. Die Tochter selbst macht die Eltern verantwortlich für ihren Zustand. Sie sucht einen Grund bei den anderen, mit dem sie ihre Krankheit rechtfertigen kann. Dieser kann aus ihrer Sicht auch beim Partner liegen (sie werde zu häufig sexuell begehrt, zu oft alleine gelassen oder bekäme nicht genug emotionale Zuwendung).

Co-Abhängigkeit

Wardetzki (1996) führt dazu aus, dass Schuldverschiebung und mangelnde Eigenverantwortung charakteristisch für Suchtsysteme seien. Die Angehörigen werden dabei als sogenannte „Co-Abhängige“ bezeichnet.

Co-Abhängigkeit bedeutet die Tendenz von Angehörigen, das eigene Tun von den anderen, speziell den Süchtigen, abhängig zu machen und sich nur noch auf diese und ihre Erkrankung zu konzentrieren (sich ganz „aufzuopfern“). Eigene Wünsche und Bedürfnisse werden zum Wohle der Süchtigen hintangestellt. Hinzu kommt die ohnehin vorhandene elterliche Liebe und Fürsorge. Das „Helfenmüssen“ der Eltern kann sogar seinerseits Suchtcharakter annehmen.

Co-Abhängige merken dabei nicht, dass sie mit ihrem Tun die Sucht der Tochter oder Partnerin aufrechterhalten.

Mit der Rolle, die der Co-Abhängige hat (zumeist sind es emotional nahe stehende Personen wie Eltern, Partner, aber auch Geschwister, Lehrer, Ärzte; alle, die „wegschauen“, verharmlosen oder unbeachtet lassen), verhindert er, dass die Betroffene mit ihrem Suchtverhalten und oft gefährlichen Konsequenzen des Essverhaltens konfrontiert wird. Dem Verhalten keine Grenzen zu setzen, zu schonen, fördert Verantwortungslosigkeit und somit die Sucht.

Die falsch verstandene Hilfe

In essgestörten Familien scheint jeder für den anderen Verantwortung zu übernehmen, jedoch keiner für sich selbst (siehe weiter oben).

Die Angehörigen vertreten ein Verständnis von Verantwortung und Sorge, dass sie die kranke Tochter/Partnerin nur dann nicht im Stich ließen, wenn sie gleichzeitig sich selbst ganz außer Acht ließen. Beides scheint ihnen nicht möglich zu sein.

Was passiert aber mit den Angehörigen? Sie erschöpfen sich in der Sorge, weil sie sich selbst dabei verlieren und im wahrsten Sinn des Wortes selbst-los werden. Ihre aufopfernde Hilfe braucht die Hilfsbedürftigkeit des anderen und führt ihn nicht in die Unabhängigkeit.

Die Hilfe, die der Angehörige gibt, sollte doch eigentlich zum Ziel haben, dass sie sich überflüssig macht. Das tut sie aber nicht. Und macht damit Angehörige wie Betroffene nur unglücklicher und zunehmend erschöpft.

Die Verantwortung für die Genesung abgeben – Loslassen

Tatsächlich wird auf beiden Seiten Last empfunden: Die essgestörten Mädchen und Frauen bedrückt, dass ihre Eltern/Partner nur noch für sie zu leben scheinen. Denn sie fühlen sich damit verpflichtet, sich ihrerseits vollends um diese zu kümmern und eigene Wege zu vernachlässigen.

Die Angehörigen trauen sich nicht, die Genesung des so Nahestehenden diesem selbst zu überlassen, da sie ein „Abrutschen“ fürchten.

Im „Loslassen“ läge aber ein Stückchen Lösung verborgen. Die Dinge, die sich nicht ändern lassen, hinnehmen, die eigenen Grenzen anerkennen, darin läge der Lösungsweg. Es bedeutet nicht, die Verantwortung ganz abzugeben, es bedeutet aber, dort tatenlos zu bleiben, wo es die eigene Macht übersteigt.

Vertrauen ist der Schlüssel, der hinter dem Loslassen steht. Etwa das Vertrauen in die Tochter oder Partnerin, dass sie IHREN Weg findet/geht, auch wenn es derzeit nicht danach aussieht. Vertrauen aber in sich selbst, die Kraft zu haben, alles durchzustehen. Laut Wardetzki (1996) sind Loslassen und Vertrauen zwei wesentliche Haltungen, die es den Angehörigen ermöglichen, ihr eigenes Leben zurückzugewinnen und der Tochter/Partnerin, ihre Essstörung zu überwinden.

2.2 Untersuchungen rund um die Angehörigen

Im Zentrum der ersten Forschungsansätze, die auch die Familie der Erkrankten miteinbezogen, stand die – möglicherweise pathogene - Funktion des Familiensystems bei der Entstehung der Anorexie bzw. Bulimie. Es wurde untersucht, inwieweit die Interaktionsmuster innerhalb der Familien essgestörter Personen auf besondere Weise verändert sind und eine wesentliche Rolle bei der Genese und Aufrechterhaltung der Symptomatik spielen (Bruch, 1973; Sperling, 1965; Selvini-Palazzoli, 1982; Minuchin et al., 1983, Andersen, 1985; Kog & Vandereycken, 1989). Verschiedene Formen der Familientherapie wurden ausgehend von den geprüften Hypothesen entwickelt (vgl. Cierpka, 1991; Massing et al., 1999). Man übersah dabei allerdings die Möglichkeit, dass das als krankhaft erkannte Interaktionsverhalten Konsequenz der Essstörung sein könnte und nicht zwangsweise deren Ursache sein muss.

Da eine gestörte Interaktion in Familien psychisch Erkrankter eher eine Reaktion auf die Krankheit als deren Ursache ist, wird mittlerweile verstärkt vom Reaktionsparadigma ausgegangen (vgl. Klingberg & Buchkremer, 1998; auch Treasure et al., 2003).

Die Einbeziehung von Familienangehörigen wirkt sich prinzipiell positiv auf die Therapieerfolge von Essgestörten aus, wie zahlreiche Untersuchungen ergaben (Uehara 2001, Jantschek & Jantschek 1989, Seide 1992, Vanderlinden & Vandereycken 1989, Vanderlinden et al. 1992, Sellwood et al. 2001). Ein interessantes Detail beobachteten Russell et al. (1987): Familientherapie brachte bessere Ergebnisse als individuelle Psychotherapie bei PatientInnen unter 18 Jahren; ältere zeigten in Einzeltherapie größere Erfolge.

Ein Ansatz sind psychoedukative Gruppen mit Angehörigen essgestörter Personen. Es konnte gezeigt werden, dass dadurch innerfamiliäre Stressbelastungen verringert werden. Wobei angenommen wird, dass diese Stressreduktion durch ein verbessertes Interaktionsverhalten der Familienmitglieder erzielt wird (vgl. Uehara, 2001).

Die Forschung beschäftigte sich auch mit der Frage nach dem Interesse Angehöriger (und zwar Familienangehöriger und Freunde) an Informationen über Essstörungen. Das Ergebnis zeigte, dass professionelle Behandler dieses Infointeresse konstant unterschätzen (Surgenor, Rau, Snell und Fear, 2000).

Wie kann eine zielgerechte Einbeziehung der Angehörigen in die Therapie der an Anorexie oder Bulimie Erkrankten den Verlauf oder die Prognose der Erkrankung positiv beeinflussen?

Auf diese grundlegende Frage gibt es nach wie vor keine hinlänglich zufriedenstellende Antwort.

2.3 Belastungen und Bedürfnisse nach Unterstützung auf Seiten der Angehörigen – aktueller Erkenntnisstand

2.3.1 Zur Begriffsbestimmung: Belastung – Bedürfnis

Wie schon aus dem Titel der Diplomarbeit deutlich wird, sind für das Erhebungsvorhaben zwei Begriffe zentral: Belastung und Bedürfnis.

Im Anschluss soll daher eine kurze Definition erfolgen, um ein gemeinsames Verständnis zu erzielen.

Belastung

Die Belastung kann anhand der Anzahl und Ausprägung von Problemen und Beeinträchtigungen im gesundheitlichen oder sozialen Bereich eingeschätzt werden. Je höher Anzahl und Ausprägung der Problembereiche, desto höher ist auch die Belastung einzuschätzen.

Eine Definition nach Platt (1985) besagt sinngemäß: Belastung ist die Anwesenheit von Problemen, Schwierigkeiten oder widrigen Umständen, mit welchen die nächsten Angehörigen durch die Erkrankung ihres Familienmitgliedes zu tun haben.

Interessant festzuhalten ist, dass erst ab Mitte der 60er Jahre die Auswirkungen psychischer Krankheitsfälle in der Familie auf die Angehörigen untersucht wurden. Zuvor standen stets Fragen in die andere Richtung im Zentrum: Belastungen von Seiten der Familie für die PatientIn (Clausen und Yarrow, 1955; Grad und Sainsbury, 1966).

Heute wird zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren unterschieden (Hoenig und Hamilton, 1966). Unter objektiven Belastungen („objective burden“) werden die beobachtbaren bzw. unmittelbar „greifbaren“ negativen Auswirkungen der psychischen Erkrankung verstanden. Subjektive Belastungen („subjective burden“) meint die Emotionen, welche durch die objektiven Belastungen entstehen und belastend erlebt und eingeschätzt werden. Allerdings hat sich diese Unterscheidung per Definition in den meisten Untersuchungen nicht durchgesetzt. Stattdessen werden oftmals Beispiele zur besseren Einordenbarkeit gegeben. Bei Bindl (2003) finden sich folgende Beispiele objektiver Belastungsfaktoren (wobei er sich auf Schene et al., 1994, bezieht):

- Regelmäßige Unterstützung des Kranken bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens
- Beziehungen der Familienmitglieder untereinander
- Soziale Beziehungen der Angehörigen außerhalb der Familie

- Freizeit und berufliches Fortkommen der Angehörigen
- Finanzielle Belastungen
- Gesundheitliche Belastungen
- Belastungen durch schwieriges PatientInnenverhalten
- Mitbetreuung und Versorgung von Kindern oder Geschwistern des/der psychisch kranken Angehörigen

Eine Liste wesentlicher „subjektiver“ (emotionaler) Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker findet man bei Schmid et al. (2003):

- Schuldgefühle
- Gefühl der Alleinverantwortung und Einsamkeit
- Auf und Ab zwischen Hoffnung und Enttäuschung
- Angst vor Rückfall und Suizid der Erkrankten
- Gefühl der Hilflosigkeit
- Ablehnung durch die Erkrankten
- Trauer und Verlusterleben
- Zukunftsängste

Hoenig und Hamilton (1969) konnten bereits feststellen, dass objektive und subjektive Belastung nicht direkt zusammenhängen: Bei 81% der untersuchten Familien lagen objektive Belastungen vor; nur 11% fühlten sich auch schwer belastet, 29% fühlten sich überhaupt nicht belastet, 60% der Befragten gaben mittelstarke Belastungen an. Ähnliche Ergebnisse fanden auch spätere Untersuchungen (Noh und Avison, 1988; Thompson und Doll, 1982).

1987 stellten Noh und Turner bei Angehörigen psychotischer PatientInnen fest, dass das Wohlbefinden als Moderatorvariable eine Rolle spielen dürfte, inwieweit objektiv vorliegende Belastungen auch als subjektive Belastungen erlebt werden. Eine wesentliche Rolle spielt hier die subjektive Einschätzung der Angehörigen, die objektiven Belastungen bewältigen zu können und Kontrolle über ihr Leben zu haben (Selbstwirksamkeit). (siehe auch Noh und Avison, 1988)

In dieselbe Richtung weisen die Ergebnisse einer Studie von Solomon und Draine (1995): Interviews mit 225 Familienangehörigen von psychisch Kranken zeigten, dass soziale Unterstützung wie etwa Bestätigung durch das soziale Netz, Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder andere soziale Kontakte mit effektivem Bewältigungsverhalten in Zusammenhang steht. Je effektiver die Bewältigungsstrategien, desto größer war auch die Zuversicht, schwierige Herausforderungen bestehen zu können. Die beiden Autoren fanden heraus, dass es weniger die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung, sondern

eine spezifische, auf den Umgang mit der psychischen Erkrankung bezogene ist, welche das subjektive Belastungserleben ausmacht.

Eine Untersuchung von Partnern psychisch Erkrankter von Wilms, Wittmund und Angermeyer (2001) zeigte, dass das Gefühl, die Krankheit nicht beeinflussen zu können ebenso wie zuviel Verantwortungsübernahme für den Patienten bei den Partnern einen Risikofaktor für eine eigene Erkrankung darstellt. Wobei die Belastung der Partner durch das Ausmaß der Alltagseinschränkung und den Grad der Funktionsbeeinträchtigung der Patienten bestimmt wurde (und nicht so sehr durch die Dauer oder Art der Grunderkrankung).

Bedürfnis („demand“)

Unter Bedürfnis wird jene aus Sicht der Angehörigen (also subjektiv) für sie nötige Unterstützung/Hilfe/Intervention, unabhängig von den vorhandenen Angeboten („supply“), verstanden. (siehe dazu: Stevens und Raferty, 1994)

2.3.2 Aktuelle Studien

So wie die Antwort auf die prinzipielle Frage nach einer erfolgreichen Mitwirkung der Angehörigen im Therapiegeschehen noch aussteht, fehlt es bisher ebenso an Ergebnissen zu den Belastungen und Bedürfnissen der Familienmitglieder und nahe stehenden Personen.

Bei Erkrankungen wie Demenz oder Schizophrenie liegen bereits seit einigen Jahren Untersuchungen zum Thema Angehörigenbelastungen vor (Katschnig et al., 1997). Im Bereich Essstörungen sind fünf Studien zu nennen, die sich speziell mit den Belastungen bzw. Bedürfnissen der Angehörigen essgestörter PatientInnen auseinandersetzen. Im Anschluss eine kurze Vorstellung.

Zunächst zu zwei Studien, die die Belastungen zum Thema haben:

Eine erste Untersuchung von Santonastaso et al. (1997) umfasste eine sehr kleine Stichprobe (neun Angehörige von Anorexiepatientinnen) und ergab eine Ähnlichkeit der objektiven und subjektiven Belastung der Angehörigen von Essgestörten und jener von schizophrenen Personen. Ein weiteres Ergebnis: Die subjektive Belastung (das Ausmaß,

in welchem sich die Angehörigen in ihrer Selbstwahrnehmung als belastet ansehen) und das Ausmaß der Involviertheit in die Erkrankung ihres Angehörigen war im Fall von Anorexia nervosa signifikant höher als bei Bulimia nervosa. Auch die Daten betreffend objektive Belastung (einschneidende Veränderungen für die Angehörigen aufgrund der Essstörung des Familienmitglieds) deuteten auf eine stärkere Belastung bei Anorexia nervosa hin. Bei beiden Krankheitsbildern wurde die subjektive Belastung höher eingeschätzt als die objektive (definiert durch beobachtbare, einschneidende Faktoren im Leben des Angehörigen aufgrund der Erkrankung der PatientIn). Wie angeführt ist die Aussagekraft dieser Studie unter Bedacht auf die kleine Anzahl Untersucher eingeschränkt (9 anorektische, 12 bulimische PatientInnen sowie 3 mit nicht näher bezeichneten Essstörungen).

Treasure et al. (2001) verglichen ebenfalls die Belastungen von Angehörigen zweier PatientInnengruppen: AnorexiepatientInnen (n=71) und psychotische PatientInnen (n=68, Schizophrenie und schizoaffektive Psychosen). Die Forscher setzten zwei Selbsteinschätzungsinstrumente zur Ermittlung des Belastungsgrades ein: ECI (Experience of Caregivers Inventory, Szmukler et al., 1996) und GHQ (General Health Questionnaire, Goldberg & Hillier, 1979) zur Selbsteinschätzung (Likert-Skala) der gesundheitlichen Veränderung innerhalb der letzten Wochen.

Es zeigte sich kein Unterschied des Ausmaßes der Belastung von Angehörigen essgestörter und schizophrener PatientInnen. Auffällig war, dass die Angehörigen von Anorexiebetroffenen in der Skala „Verlusterlebnisse“ des ECI doppelt so hohe Belastungswerte zeigten. Die inhaltliche Auswertung der zusätzlichen Briefe über die Erfahrungen und Belastungen im Umgang mit den erkrankten Familienmitgliedern von den Angehörigen der AnorexiepatientInnen ergab Folgendes: Es wurden hohe Belastungen durch negative Emotionen wie etwa Schuld- und Schamgefühle genannt. Laut den Briefen beschäftigen die Angehörigen Fragen wie zum Beispiel „Habe ich die Krankheit zu spät erkannt? Habe ich schnell genug medizinische Hilfe in Anspruch genommen? Habe ich alles getan, was ich konnte?“. Ebenfalls wurde von steigender sozialer Isolation – auch aus Angst vor den Vorwürfen durch Dritte – geschrieben. Es fanden sich aber auch positive Folgen der Krankheit: größerer Familienzusammenhalt als Auswirkung der gemeinsam durchstandenen Belastungen, Kraft und Hoffnung zum Durchhalten und Weitermachen, bedingungslose Liebe und Unterstützung für den kranken Familienangehörigen.

Drei weitere Untersuchungen im Bereich Bedürfnisse der Angehörigen sollen vorgestellt werden:

Mit Hilfe eines eigens dafür von ihnen entwickelten Fragebogens – dem „Carers` Needs Assessment Measure (CaNAM)“ – untersuchten Haigh & Treasure (2003) die Bedürfnisse von 28 Angehörigen von AnorexiepatientInnen. Das Selbsteinschätzungsinstrument erfasst die subjektiven Bedürfnisse der Angehörigen nach Unterstützung. Die Ergebnisse: ein hohes Maß an ungedeckten Bedürfnissen in den Bereichen „Information über Essstörungen“, „Unterstützung von Organisationen und Dritten“, „Informationen vom Hausarzt“, „emotionale und praktische Unterstützung im Umgang mit der Krankheit“. In Großbritannien läuft seit 1999 im Rahmen des Carer`s Act (siehe Anm. 2) ein entsprechendes Programm im Gesundheitsressort zur Verbesserung der Situation Angehöriger essgestörter PatientInnen.

Eine Befragung in Form eines semistrukturierten Telefoninterviews (mit 20 Angehörigen) führten Winn et al. (2004) durch: Die Angehörigen wurden über ihre Bedürfnisse und Erfahrungen mit Unterstützungsangeboten gefragt. Es fehlte den Befragten demnach an Information über die Auswirkungen der Krankheit und über die Behandlungsmöglichkeiten, an praktischer Anleitung für den Umgang mit den Kranken sowie Möglichkeiten, mit jemandem über ihre Probleme zu reden. Sie klagten auch über zu wenig Therapieangebote speziell für Essgestörte in Wohnortnähe. Sie fühlten sich zu wenig eingebunden in die Behandlung bzw. fehlte ihnen das Gespräch mit den behandelnden Einrichtungen.

Ein weiteres Ergebnis zeigte, dass Angehörige jugendlicher bulimischer PatientInnen unter ähnlich hohen Belastungen zu leiden hatten wie jene anorektischer PatientInnen einer vergleichbaren Studie (Haigh & Treasure, 2003).

Graap et al. (2005) publizierten nach Haigh & Treasure (2003, s.o.) **die erste Untersuchung zum Thema Bedürfnisse nach Unterstützung** (oder Hilfe oder Interventionen Dritter) **von Angehörigen essgestörter PatientInnen im deutschen Sprachraum.**

Ziel der Studie (unter dem Titel „Die Belastungen und Bedürfnisse Angehöriger anorektischer und bulimischer Patientinnen“) war, den Grad der aktuellen psychischen Belastung und die Bedürfnisse von Angehörigen nach Unterstützung beim Umgang und der Versorgung eines essgestörten Familienmitglieds zu erheben. Darüberhinaus sollte

der Schweregrad der Essstörung ermittelt werden, um einen etwaigen Zusammenhang zwischen diesem und dem Grad des Bedürfnisses der Angehörigen nach Unterstützung festzustellen.

Es wurden 32 Angehörige untersucht (16 mit an Anorexia nervosa erkrankten Familienmitgliedern, 16 mit an Bulimia nervosa erkrankten).

Folgende Untersuchungsinstrumente kamen zum Einsatz: der General Health Questionnaire (GHQ-12), der Fragebogen zur persönlichen Belastung (FPB), der Fragebogen Carers` Needs Assessment Measure (CaNAM) in der eigenen deutschen Übersetzung der Autoren (nähere Beschreibung der drei Verfahren siehe Kap. 3.2.1 in dieser Arbeit). Die Eating Disorder Examination (EDE) erhob den Schweregrad der Essstörung der PatientInnen. Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Interview zur Erfassung relevanter Problembereiche bei Essstörungen und zur Einschätzung der Ausprägung der Symptomatik auf vier Skalen (Gezügeltessverhalten, Sorgen bezüglich des Essens, Sorgen bezüglich des Gewichts, Sorgen bezüglich der Figur). Die EDE ermöglicht die Berechnung eines Gesamtscores sowie die Diagnosestellung aller Essstörungen nach DSM IV.

Zunächst die Ergebnisse der Studie in Zusammenfassung: Der CaNAM ergab in allen Bereichen ein hohes Bedürfnis der Angehörigen nach Unterstützung: vor allem der Wunsch nach mehr Information über Behandlungsmöglichkeiten trat hervor; der Wunsch nach Information über die Prognose der Störung und weitere Behandlungsmöglichkeiten; der Wunsch nach Unterstützung durch professionelle Helfer. Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Angehörigen anorektischer und bulimischer Erkrankter betreffend die Bedürfnisse festgestellt werden.

Die Ergebnisse im Detail:

- Stichprobenbeschreibungen

Die Stichprobe der PatientInnen setzte sich aus 31 Frauen und 1 Mann zusammen. Im Durchschnitt waren die teilnehmenden Erkrankten 23 Jahre alt (SD=6 Jahre; sie mussten mindestens 18 Jahre alt sein). Die beiden Diagnosegruppen unterschieden sich nicht signifikant in den EDE-Skalen, somit war der Schweregrad der Erkrankungen vergleichbar (gleich hoch). Die Stichprobe der Angehörigen setzte sich aus Frauen und Männern zu gleichen Teilen zusammen (zumeist Mütter n=14, eine große Anzahl an Partnern n=11). Im Durchschnitt waren sie 41 Jahre alt (SD=12 Jahre). Festzuhalten ist weiters, dass 20

Angehörige mit den PatientInnen gemeinsam in einer Wohnung lebten, 12 getrennt (aber in regelmäßigem Kontakt standen).

- Die Ergebnisse nach Erhebungsinstrument

GHQ-12

47 % der Angehörigen zeigten Hinweise auf eine psychische Störung. Wobei Angehörige anorektischer PatientInnen signifikant mehr pathologische Werte zeigten als jene bulimischer Erkrankter ($U= 59,00$, $p=0,009$). Speziell Item 5 („Gefühl, unter Druck zu stehen“) ergab bei den Angehörigen der Anorexia-Betroffenen eine höhere Belastung.

FPB

Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen den Angehörigen der beiden Erkrankungsgruppen festgestellt. Die Ausprägung der Belastungen gemessen am Wert des mittleren Summenscores aus den Variablen 1-21 betrug 19,6 (SD= 13,8).

Die höchsten Belastungen ergaben sich für die Angehörigen aus den Bereichen:

- Unsicherheit im Umgang mit dem kranken Familienmitglied
- Angst um die Zukunft desselben
- Angst vor Abhängigkeit des Kranken vom Angehörigen
- Zweifel, ob selbst genug für die Genesung des Familienmitgliedes unternommen wurde

Geringe Belastungen zeigten sich wie folgt:

- kaum finanzielle Probleme durch die Versorgung der Kranken
- wenig Angst, die Versorgung nicht mehr weiterhin fortführen zu können
- kaum der Wunsch nach Abtretung der Versorgung
- selten Scham betreffend das Verhalten des Familienmitgliedes

CaNAM

In diesem Fragebogen wurde ebenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen den Angehörigen der beiden Diagnosegruppen in den Ausprägungen ihrer Unterstützungsbedürfnisse ermittelt. Detto gaben angehörige Frauen ähnlich hohe Unterstützungsbedürfnisse wie angehörige Männer an.

Für die Fragen vorliegender Untersuchung interessant sind die **Detailergebnisse** in den einzelnen Bereichen des CaNAM.

Im Bereich „Informationen über Essstörungen“:

Bei durchschnittlich 66 % von 14 Fragen wurden „ungedeckte Bedürfnisse“ angegeben. In den anschließenden Bereichen wurden die höchsten Ausprägungen erhalten: „aktueller und zukünftiger Behandlungsplan“, „Verlaufsprognose der Patientin“, „weitere Behandlungsmöglichkeiten der Patientin“ und „Kontaktmöglichkeiten im Falle eines Rückfalls der Patientin“. Hoher Bedarf an „Kontaktmöglichkeiten zu anderen Angehörigen“ und an „Erfolgsberichten von anderen Angehörigen“ konnte des Weiteren festgestellt werden. Das Bedürfnis nach „Informationen über Essstörungen“ und „individuellen Beratungs- und therapeutischen Unterstützungsmöglichkeiten für sich selbst“ wurde von je 62,5 % geäußert.

Es konnte eine signifikante Korrelation des Anteils ungedeckter Bedürfnisse mit dem GHQ-12 Gesamtscore festgestellt werden ($r=0,520$; $p=0,002$); mit dem FPB ergab sich keine Signifikanz.

Im Bereich „Unterstützung von anderen Leuten oder Organisationen“:

34 % von 13 Items in diesem Bereich wurden im Durchschnitt mit „ungedeckten Unterstützungsbedürfnissen“ beantwortet. 66 % der Befragten fehlte Unterstützung im Bereich „Unterstützung durch das Gesundheitssystem“. Wobei von Seiten des Hausarztes deutlich weniger ungedeckter Unterstützungswunsch angegeben wurde. Am wenigsten ungedeckten Unterstützungsbedarf sahen die Angehörigen durch Arbeitgeber bzw. KollegInnen. Betreffend PartnerInnen, FreundInnen, engster Familienkreis wurde ein bereits gegebener hoher Unterstützungsgrad angegeben und kaum darüber hinausgehende Hilfe gewünscht. 40-50 % der Angehörigen wünschten sich Unterstützung durch Sozialarbeiter, Selbsthilfe- und andere Gruppenangebote sowie Krisentelefone. Auch hier zeigte sich eine signifikante Korrelation mit dem Summenscore des GHQ-12 ($r=0,357$; $p=0,04$); mit dem FPB korrelierte die Skala nicht signifikant.

Im Bereich „Unterstützung für sich selbst“:

Hier zeigte sich ein durchschnittlicher Anteil an „ungedeckten Unterstützungsbedürfnissen“ von 37 % (bei 5 Fragen). Ein ungedecktes Bedürfnis, dem erkrankten Familienmitglied zu berichten, selbst Hilfe zu brauchen, gaben nur wenige an. Auffallend ist, dass in diesem Bereich die meisten bereits gedeckten Bedürfnisse zu zählen waren. 37 % gaben an, es zu bedauern, bisher keine professionelle Hilfestellung in Anspruch genommen zu haben. „Tipps für die gemeinsame Mahlzeitgestaltung“ bekam

die meiste Zustimmung: 57 % wünschten sich hier Unterstützung. (9 % hatten bereits Hilfe bekommen, 34 % benötigten keine laut ihren Angaben.)

Dieser Bereich korrelierte weder mit dem GHQ-12 noch mit dem FPB signifikant.

Im Bereich „Andere Bereiche, in denen Angehörige vielleicht Hilfe brauchen könnten“:

Hier zeigte sich bei durchschnittlich 57 % der 15 Items ein „ungedecktes Bedürfnis nach Unterstützung“. 84 % (höchster Wert) wünschten sich Unterstützung bezüglich „Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, ihrem (kranken) Angehörigen geht es schlechter?“. (Kein Angehöriger wurde in diesem Punkt bereits unterstützt, 15 % brauchten hierbei keine Hilfe laut deren Einschätzung.) Ebenfalls hoch bewertet wurde das Bedürfnis, für den Umgang mit eigenen Emotionen Hilfe zu benötigen. Die Items „Zeitaufteilung für andere Familienangehörige“, „Umgang mit exzessivem Sport der Patientin“ sowie „Unterstützung bei vorsätzlich selbstverletzendem Verhalten der Patientin“ wurden mit geringer Ausprägung als Unterstützungsbedürfnis angesehen.

Die Skala dieses Bereichs korrelierte signifikant mit dem Gesamtscore des GHQ-12 ($r=0,427$; $p=0,015$) sowie ebenfalls mit dem Summenwert des FBP ($r=0,468$; $p=0,007$).

Neben den genannten Bereichen gibt der CaNAM die Möglichkeit, weitere Bereiche/Unterstützungswünsche anzuführen. Im Fall dieser Studie wurde sie von zwei Angehörigen genutzt (Unterstützung betreff Berufsmöglichkeiten für Erkrankte/n, Beratung bezüglich finanzieller Unterstützungsmöglichkeiten).

Ein weiteres Detailergebnis zeigte, dass kein Zusammenhang besteht zwischen gemeinsamen und getrennten Wohnverhältnissen und dem Grad der Belastung bzw. des Unterstützungsbedürfnisses der Angehörigen.

Schließlich konnte auch kein Zusammenhang zwischen Schwere oder Dauer der Erkrankung und Belastungsgrad oder Ausprägung der Unterstützungswünsche der Angehörigen festgestellt werden.

Zur Interpretation der Ergebnisse sei grundlegend angemerkt, dass es sich um eine recht kleine Stichprobe handelte. Zudem wurde mit keinem Instrument eine positive Veränderung für die PatientIn oder den Angehörigen aufgrund der Erkrankung erfasst.

3. ZIEL DER ARBEIT UND METHODIK

Die folgenden Kapitel widmen sich der Operationalisierung der Problemstellung. Was bisher inhaltlich erfasst und beschrieben wurde, soll nun mittels einer wissenschaftlich-methodischen Vorgangsweise überprüft werden.

3.1 Ziel – Fragestellung: zweigeteilt

Wie die Kapitelüberschrift besagt, ist das Ziel der vorliegenden Arbeit zweigeteilt:

1. Hauptziel ist eine psychometrische Überprüfung der deutschen Version des bereits mehrmals genannten Fragebogen „Carers` Needs Assessment Measure“ (CaNAM).

Um diesem Ziel nahe zu kommen, wurde die Güte des Erhebungsinstruments anhand verschiedener Kennwerte der Klassischen Testtheorie überprüft.

2. Ein weiteres Ziel besteht darin, die Belastungen und Bedürfnisse nach Unterstützung der Angehörigen beim Umgang und der Versorgung ihrer an Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa erkrankten Familienmitglieder zu erheben.

Um diesem Ziel nahe zu kommen, wurden die folgenden drei **Hauptfragen sowie -hypothesen** formuliert und in einigen **Unterfragen sowie -hypothesen** ausdifferenziert (in Klammer finden sich *kursiv* jeweils die relevanten Erhebungsinstrumente, die im anschließenden Kapitel 3.2.1 näher vorgestellt werden):

3 Hauptfragen - Haupthypothesen:

I. Haben die Angehörigen von Personen mit Essstörungen ein Bedürfnis nach Unterstützung?

In welchen Bereichen bestehen bei den Angehörigen von EssstörungspatientInnen Unterstützungsbedürfnisse?

Hypothese I:

Ich gehe davon aus, dass ein hohes Bedürfnis an Unterstützung bei den Angehörigen besteht.

Ich gehe ferner davon aus, dass vor allem in den genannten konkreten Bereichen starke Unterstützungswünsche vorliegen:

- Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und -plan, Krankheitsverlaufsprognose sowie Kontaktmöglichkeiten bei Rückfall
- Unterstützung durch professionelle Helfer aus dem Gesundheitssystem
- konkrete Anweisungen für den alltäglichen Umgang mit dem kranken Familienmitglied (z.B. Tipps für Mahlzeitgestaltung)
- Rat bei Verschlechterung sowie Umgang mit und Bewältigung von eigenen emotionalen Reaktionen (z.B. Umgang mit Emotionen, Bewältigungstechniken)

Diese Annahmen sind vorwiegend auf den entsprechenden Ergebnissen der Vorgängerstudie aus Deutschland begründet (vgl. Graap et al., 2005; vgl. Kap. 2.3.2 oben).

(CaNAM)

II. Fühlen sich die Angehörigen belastet?

Welche Belastungen zeigen sie besonders stark, welche schwach?

Hypothese II:

Ich gehe davon aus, dass sich viele Angehörige durch die Versorgung ihres erkrankten Familienmitglieds insgesamt stark belastet sehen.

Ich gehe weiters davon aus, dass diese Personen in einigen Bereichen von besonders starken Belastungen berichten, in anderen Bereichen von wenig ausgeprägten (vgl. dazu wiederum Graap et al., 2005; ebenfalls Kap. 2.3.2 oben).

(FPB)

III. In welchem psychischen Gesundheitszustand befinden sich die Angehörigen?

Welche psychischen Belastungsfaktoren kommen verstärkt vor, welche nur schwach?

Hypothese III:

Ich gehe davon aus, dass bei vielen Angehörigen Hinweise auf psychische Erkrankungen zu finden sind.

Ferner meine ich, dass sich wiederum Bereiche mit stärkeren bzw. umgekehrt mit schwächeren Krankheitshinweisen identifizieren lassen (vgl. dazu die Ergebnisse bei Graap et al., 2005 sowie die Ausführungen unter Kap. 2.3.2 dieser Arbeit).

(GHQ-12)

4 Unterfragen - Unterhypothesen:

- IV. Besteht ein Zusammenhang zwischen den Unterstützungsbedürfnissen (Bedürfnisgrad) und den Belastungen (Belastungsgrad) der Angehörigen?
Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Unterstützungsbedürfnissen (Bedürfnisgrad) und dem psychischen Gesundheitszustand der Angehörigen?

Hypothese IV:

Ich gehe davon aus, dass ein hohes Bedürfnis an Unterstützung bei den Angehörigen sich ebenfalls in einem hohen Belastungsgrad sowie starken Hinweisen auf psychische Erkrankungen widerspiegelt.

Oder anders ausgedrückt:

Je weniger Bedürfnisse der Angehörigen gedeckt sind, umso stärker fühlen sie sich belastet und umso schlechter beschreiben sie ihren seelischen Gesundheitszustand.

Auch dazu liegen Ergebnisse von Graap et al. (2005) vor, welche im Kap. 2.3.2 referiert wurden.

(CaNAM, FPB, GHQ-12)

- V. Zeigen sich bei den Ergebnissen im CaNAM Unterschiede zwischen den Angehörigen von anorektischen versus bulimischen PatientInnen?
Bestehen bei den Ergebnissen im FPB Unterschiede zwischen den Angehörigen von anorektischen versus bulimischen PatientInnen?
Gibt es bei den Ergebnissen des GHQ-12 Unterschiede zwischen den Angehörigen von anorektischen versus bulimischen PatientInnen?

Hypothese V:

Ich gehe von der *Möglichkeit* aus, dass sich die Gruppe der Angehörigen anorektischer PatientInnen von der Gruppe der Angehörigen bulimischer PatientInnen in den drei angewendeten Erhebungsinstrumenten unterscheidet.

Anders formuliert:

Die Angehörigen der zwei Diagnosegruppen zeigen andere (unterscheidbare) Bedürfnisausprägungen, andere Belastungsgrade sowie andere psychische Gesundheitszustände.

(vgl. dazu Graap et al., 2005; vgl. Kap. 2.3.2 oben).

(CaNAM, FPB, GHQ-12)

- VI. Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Erkrankung der Familienmitglieder und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) der Angehörigen?

Hypothese VI:

Ich gehe davon aus, dass die Bedürfnisse der Angehörigen mit der Dauer der Erkrankung des Familienmitglieds korrelieren.

D.h. die Annahme lautet: Je länger die Erkrankungsdauer des Familienmitglieds, desto *mehr* Unterstützungswünsche zeigen die Angehörigen. Oder umgekehrt: Je länger die Erkrankungsdauer des Familienmitglieds, desto *weniger* Unterstützungswünsche zeigen die Angehörigen.

Bei diesem Zusammenhang will ich bewusst die *Richtung* offenlassen, da ich beide Möglichkeiten für plausibel halte: Es könnte in manchen Bereichen zu weniger Unterstützungswünschen kommen, je länger die Erkrankung anhält (z.B. im Bereich „Informationen über Essstörungen“). In anderen Bereichen könnte gerade die lange Dauer der Krankheit ein starkes Unterstützungsbedürfnis hervorrufen (z.B. im Bereich „Andere Bereiche, wo Sie Hilfe benötigen könnten“: unter anderem hier gibt der CaNAM auch Raum für die Nennung von eigenen Unterstützungswünschen, die unter den Fragen nicht vorgekommen sind).

(vgl. dazu Graap et al., 2005; vgl. Kap. 2.3.2 oben).

(Datenblatt „Angaben zur Person“, CaNAM)

- VII. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem emotionalen Verhältnis von Angehörigen und Erkrankten einerseits und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) der Angehörigen andererseits?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des persönlichen Kontakts (Kontaktrate) und dem Bedürfnisgrad?

Hypothese VII:

Ich gehe davon aus, dass jene Angehörigen weniger Unterstützungsbedürfnisse (niedrigen Bedürfnisgrad) zeigen, welche ihr emotionales Verhältnis zum

Erkrankten als weniger nahe einstufen bzw. weniger oft persönlichen Kontakt pflegen.

Anmerkung:

Ein „weniger nahes“ emotionales Verhältnis wird wie folgt definiert. Die Ratingskala für die Einschätzung des persönlichen Verhältnisses setzt sich aus den 5 Kategorien „sehr nahe“, „eher nahe“, „mittelmäßig nahe“, „eher wenig nahe“ und „wenig nahe“ zusammen. Unter „weniger nahe“ werden die Einstufungen ab „eher nahe“ (und distanzierter) verstanden.

Unter der persönlichen Kontakthäufigkeit „weniger oft“ werden alle Einstufungen weniger oft als „täglich“ subsummiert (d.h. „xMal/Woche“ und „seltener“).

(Datenblatt „Angaben zur Person“, CaNAM)

VIII. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Alter der erkrankten Familienmitglieder und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) der Angehörigen?

Hypothese VIII:

Ich gehe davon aus, dass die Bedürfnisse der Angehörigen mit dem Alter des/der Erkrankten korrelieren, und zwar mit folgender Richtungsangabe: Je jünger das Familienmitglied ist, desto mehr Unterstützungswünsche (höherer Bedürfnisgrad) liegen vor.

Diese Annahme stützt sich in erster Linie auf Erfahrungen aus dem alltäglichen Umgang („Hausverstand“). Die Liebe, Fürsorge und Pflege (auch im Sinne eines Rechtsauftrags/Pflicht: Obsorge, Aufsicht) wie sie innerhalb eines familiären Verbands von Seiten der Erwachsenen (insbesondere der Eltern) gegenüber den Jüngeren (Kindern) gelebt wird, bringt mich zu dieser Vermutung.

(Datenblatt „Angaben zur Person“, CaNAM)

IX. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Angehörigen und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) desselben?

Hypothese IX:

Der Annahme nach liegt *möglicherweise* bei Männern ein schwächeres Bedürfnis nach Unterstützung vor als bei Frauen. Diese Hypothese lässt sich wie folgt erklären: Ich gehe davon aus, dass das große Betätigungsfeld Familie und deren Versorgung zu einem Gutteil von Frauen wahrgenommen wird (wie auch viele Studien belegen, ohne hier nähere Recherche angestellt zu haben). Diese „Nähe“ zu allen Themen rund um die Familie inklusive der Sorgen und Nöte lässt vermuten, dass die Frauen, die an dieser Studie teilnehmen, ein stärkeres Unterstützungsbedürfnis zeigen könnten.

Ferner gehe ich davon aus, dass die Mehrzahl der befragten Frauen und Männer die Mütter und Väter der erkrankten Familienangehörigen sind (und nicht PartnerInnen oder ArbeitskollegInnen).

(Datenblatt „Angaben zur Person“, CaNAM)

3.2 Methodik

3.2.1 Erhebungsinstrumente

Die folgenden Untersuchungsinstrumente kamen bei der Erhebung zum Einsatz. Kurz dargestellt handelt es sich um:

Carers` Needs Assessment Measure (CaNAM)

In deutscher Übersetzung: Fragebogen zu Bedürfnissen Angehöriger

Haigh & Treasure (2003) entwickelten speziell für die Angehörigen von essgestörten PatientInnen einen Fragebogen zur Erhebung ihrer Bedürfnisse nach Unterstützung. Bei vorliegender Arbeit wurde eine deutsche Übersetzung verwendet (vgl. Graap et al., 2005). Der CaNAM setzt sich aus vier Bedürfnisgruppen zusammen: „Informationen über Essstörungen“ (14 Fragen), „Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen“ (13 Fragen), „Unterstützung für sich selbst“ (5 Fragen), „Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten“ (15 Fragen). In jedem Bereich werden die Unterstützungsbedürfnisse Angehöriger also anhand von jeweils 5 bis 15 konkreten Nennungen von Hilfsangeboten oder Problemgebieten (= Frageitems) erfasst. Für die Beantwortung der einzelnen Items stehen 3 Antwortkategorien zur Verfügung („ungedecktes Bedürfnis“, „kein Bedürfnis“, „gedecktes Bedürfnis“). Zusätzlich erhebt der CaNAM in einigen offenen Fragen eventuelle weitere ungedeckte Angehörigenbedürfnisse, die jedoch im Fragebogen noch nicht vorgekommen sind. Es ist anzumerken, dass dieser Fragebogen die *subjektiven* Bedürfnisse der Angehörigen erfasst (im Gegensatz dazu stünde der gedeckte/ungedeckte Bedarf nach ExpertInnenmeinung).

Da zum CaNAM bisher noch keine Validierungsstudien für den deutschen Sprachraum durchgeführt wurden, wäre sein ausschließlicher Einsatz nicht ausreichend. Folgende zwei weitere Erhebungsinstrumente wurden daher angewendet:

Zarit Burden Interview (Burden Inventory)

In deutscher Übersetzung: Fragebogen zur persönlichen Belastung (FPB)

Dieser Fragebogen wurde 1980 von Zarit, Reever und Bach-Peterson anhand von klinischen Erfahrungen mit Angehörigen Demenzerkrankter sowie einer Studie von Lowenthal et al. (1967) entwickelt.

Schneider et al. sorgten 1999 für eine deutsche Übersetzung, die in dieser Arbeit zum Einsatz kam.

Der beliebte Fragebogen liegt mittlerweile in vielen Sprachen vor und wird auch bei verschiedenen anderen Störungsbereichen angewendet.

Der FPB erfasst die *subjektive* Belastung der Angehörigen anhand ihrer Einschätzung der eigenen emotionalen und physischen Gesundheit sowie hinsichtlich *subjektiver* Veränderungen ihres sozialen oder finanziellen Status im Zusammenhang mit der Versorgung des kranken Familienmitglieds.

Die insgesamt 22 Frageitems setzen sich wie folgt zusammen:

Mittels Item 1 bis 21 werden Belastungen im privaten und beruflichen Bereich, die im Zusammenhang mit der Erkrankung in der Familie stehen könnten, erfragt; diese Items werden zu einem Summenscore addiert. Item 22 erhebt die gesamte subjektive Belastung, die durch die Versorgung des kranken Angehörigen entsteht.

Zur Beantwortung dient eine 5-stufige Likert-Skala/Ordinalskala (0=niemals, 1=selten, 2=manchmal, 3=häufig, 4=fast immer). Der Summenscore bewegt sich zwischen 0 und 84.

General Health Questionnaire (GHQ-12)

In deutscher Übersetzung: Fragebogen zum gesundheitlichen Befinden

Linden, Maier, Achberger, Herr, Helmchen und Benkert legten 1996 eine deutsche Fassung des GHQ-12 vor, welche hier als Screening-Instrument zur Erfassung des Gesundheitszustands zum Einsatz kam. Es handelt sich um einen vielfach untersuchten Fragebogen, beliebt bei Untersuchungen zur Frage „Gibt es Hinweise auf psychische Erkrankungen?“ (vorwiegend Depressionen und Angststörungen). Der sehr praktikable Fragebogen (schnell durchführ- und auswertbar) weist auch gute Reliabilitäts- und Validitätswerte auf. Der GHQ-12 setzt sich namensgerecht aus 12 Items, die unterschiedliche Gesundheits- bzw. Befindlichkeitsbereiche betreffen, zusammen. Der

Befragte wird aufgefordert, seinen aktuellen psychischen Zustand mit jenem zu vergleichen, wie er sich für gewöhnlich fühlt („besser als gewöhnlich“, „so wie gewöhnlich“, „schlechter als gewöhnlich“, „viel schlechter als gewöhnlich“). Die Empfehlungen von Goldberg et al. (1997) wurden in dieser Arbeit eingehalten: ein bimodales Scoring (0-0-1-1) beim Einsatz des GHQ-12 als Screening-Instrument; ein Cut-Off (Schwellenwert) von 2/3 für Befragte unter 65 Jahren. Der Schwellenwert im GHQ wird mit zwei Zahlen angegeben (in unserem Fall 2/3). PatientInnen, die einen Wert kleiner oder gleich der ersten Zahl (hier also „2“) haben, liegen unterhalb der Schwelle. PatientInnen, die einen Wert gleich oder größer der zweiten Zahl („3“) haben, liegen über der Schwelle und zeigen damit ein „auffälliges“ Ergebnis im Sinne von „auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung hinweisend“.

Die drei vorgestellten Fragebögen wurden in unveränderter Form in die Erhebung aufgenommen.

Zusätzlich wurde ein Datenblatt entworfen, welches den Fragebögen vorgestellt wurde, um einige Angaben zur Person des Angehörigen selbst und zum erkrankten Familienmitglied abzufragen. Es handelt sich um soziodemographische Daten, Angaben zur näheren Beschreibung des Beziehungsverhältnisses von Angehörigem und Erkranktem sowie Details zur Essstörungsausprägung.

Anzumerken ist, dass an zwei Stellen – namentlich im Datenblatt und im CaNAM – ebenfalls offene Fragen vorkommen.

Die Befragten sollten schließlich das aktuelle Datum am Fragebogen vermerken sowie zwei „Codes“ zur Zuordenbarkeit von Angehörigen derselben Familie (bestehend aus einer Kombination von Straßename und Hausnummer der Wohnadresse des Erkrankten).

Ein Muster des gesamten „Erhebungspaketes“ bestehend aus Begleitbrief, Datenblatt und Fragebögen CaNAM, FPB und GHQ-12 findet sich im Anhang unter Kap. 7.5.1.

3.2.2 Vorgangsweise und Stichprobe

Im Zeitraum Dezember 2007 bis Juni 2008 wurden insgesamt mehr als 266 „Erhebungspakete“ (dabei handelt es sich um die Zusammenstellung der drei Fragebögen CaNAM, FPB und GHQ-12 inkl. Begleitbrief und Datenblatt „Angaben zur Person“) an verschiedene österreichische Einrichtungen im Bereich ambulante und stationäre Betreuung von EssstörungspatientInnen sowie Selbsthilfegruppen für PatientInnen und/oder Angehörige übermittelt.

Im Anhang befindet sich ein Muster-Erhebungspaket ebenso wie eine kurze Übersichtsliste über die kontaktierten Institute.

Die Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen erfolgte zum Großteil telefonisch, teils persönlich (wo bereits Kontakte der Betreuerin meiner Diplomarbeit, Frau Dr. Waldherr, bestanden). Die Erhebungspakete wurden vor allem per Post versendet (auf Wunsch bereits mit Rückporto versehen), ein kleiner Teil persönlich weitergegeben. Zudem wurde im Newsletter der ÖGES (Österreichische Gesellschaft für Essstörungen) im April 2008 ein Aufruf zur Teilnahme an der Studie gepostet. Nach dem Erstkontakt wurde ein- bis mehrmals nachtelefoniert oder das direkte Gespräch gesucht, um die Befragung in Erinnerung zu rufen und die Rücklaufquote der Fragebögen zu erhöhen.

Die ausgefüllten Erhebungspakete wurden wiederum v.a. postalisch retourniert. Der letzte Rücklauf erfolgte Mitte August 2008.

Wichtig festzuhalten ist weiters, dass bei der ersten Kontaktierung der Einrichtungen darauf hingewiesen wurde, dass die Teilnahme von

- mehreren Angehörigen einer Familie (z.B. Mutter, Vater, Geschwister der von der Essstörung betroffenen Person),
- nahe stehenden Personen (nicht nur Familie) wie etwa PartnerInnen, FreundInnen, KollegInnen sowie
- Angehörigen von erwachsenen Betroffenen ebenso wie Kindern/jugendlichen Betroffenen

erwünscht ist.

Zum Teilnahmewunsch ganzer Familien ist folgendes zu sagen: ursprünglich sollte auch eine Fragestellung zum Vergleich der einzelnen Familienmitglieder in Bezug auf Belastungs- bzw. Bedürfnisstärke in die Untersuchung mit aufgenommen werden.

Aufgrund der geringen Anzahl an ganzen „Angehörigenfamilien“, welche die Fragebögen retournierten (siehe Kap. 4.1.1), musste eine solche Hypothese entfallen.

Die Erfahrungen mit den Kontaktpersonen waren durchwegs sehr positive, entgegenkommende; es kamen an der Studie interessierte Rückmeldungen. Die Praxis des Fragebogenrücklaufs brachte jedoch einige Ernüchterung: die Rücksendungen erfolgten sehr spärlich und trotz des langen Erhebungszeitraums von mehr als einem halben Jahr traf eine unerwartet kleine Anzahl Erhebungspakete für die Auswertung ein: 43 (rund 12,5 % der ausgegebenen Pakete). In die Erhebung eingeschlossen wurden schließlich 38 Erhebungspakete. Die restlichen 5 Pakete wurden aus verschiedenen Gründen nicht aufgenommen. (Darunter fanden sich zwei Erhebungspakete mit der Angabe der Essstörungsform Adipositas; einmal wurden die Fragebögen von ein und derselben Person zu einem zweiten Zeitpunkt nochmals ausgefüllt; einmal wurde ein Erhebungspaket laut Angabe von Mutter und Vater zusammen ausgefüllt; ein Erhebungspaket wurde ausgeschieden, da die große Mehrzahl der Fragen unbeantwortet blieb.)

Zum einen vermutete ich, dass die Fragebögen Anklang finden würden aufgrund eines bestehenden Leidensdrucks und fehlenden oder nur wenigen Möglichkeiten für die Angehörigen, ihre Sorgen und Wünsche rund um die Erkrankung des Familienmitglieds (an einer Stelle, die professionell mit dem Thema betraut ist) zu deponieren. Zum anderen stellt die anonyme Gestaltung der Erhebung auch keine hohe Schwelle dar, so meine Annahme. Andererseits bringe ich den kleinen Rücklauf mit der offenbar sensiblen Problematik der Essstörungen, die in den Familien sehr lange zurückgehalten, verheimlicht wird (wie in der einschlägigen Literatur dargestellt) in Zusammenhang. Die Vertreterin einer Selbsthilfegruppe brachte diese Situation wie sie sie wahrnimmt sinngemäß auf den Punkt: „Die Leute wollen nicht darüber reden“.

3.2.3 Statistische Auswertung

Für die statistische Analyse der Daten wurde das Softwarepaket SPSS (in Version 15) herangezogen.

3.2.3.1 Zur psychometrischen Überprüfung des CaNAM

Eine Überprüfung der Fragebogengüte sollte durch Ermittlung folgender Kenngrößen der Klassischen Testtheorie geschehen:

Reliabilität,

Itemtrennschärfe,
Itemattraktivität und
Objektivität.

Ferner wurde ursprünglich beabsichtigt, die *Validität* (in Form der Internen Validität = Konstruktvalidität) des CaNAM zu überprüfen. Die Validität (oder Gültigkeit) gibt im eigentlichen Sinne das Ausmaß an, in dem der Fragebogen das misst, was er zu messen vorgibt. Die Ergebnisse einer Test- oder Fragebogenkonstruktion müssen letztlich mit dem Gesamtwissen zum Konstrukt übereinstimmen. Ein Verfahren zur Bestimmung der internen Validität ist die Faktorenanalyse. Aufgrund der problematischen Skalierung des CaNAM (siehe Kap. 3.2.3.3 weiter unten; die 3-kategorielle Skala ist fragwürdig) erschien eine faktorenanalytische Auswertung jedoch nicht sinnvoll.

Es liegen bisher noch keine Daten aus einer deutschsprachigen Validierung des Carers' Needs Assessment Measure für einen etwaigen Vergleich mit den Ergebnissen der vorliegenden psychometrischen Überprüfungsstudie vor.

3.2.3.2 Zu den weiteren Fragen (Hypothesen)

Frage I

Im Rahmen der ersten Fragestellung zu den Unterstützungsbedürfnissen der Angehörigen wurden die *absoluten* und *relativen Häufigkeiten* (Prozentsatz) der 3 Antwortmöglichkeiten für jedes einzelne Item (= Frage) – für jede der 4 Skalen (= Bereiche) des CaNAM getrennt – berechnet. Es wurde weiters für jeden Bereich die relative Häufigkeit „ungedeckter Bedürfnisse“ (Bedürftigkeitsgrad) ermittelt, d.h. der Anteil der Fragen, bei denen ein „ungedecktes Bedürfnis“ angegeben wurde, wurde durch die Gesamtzahl der Items in diesem Problembereich geteilt. Schließlich wurde die letztere Berechnung für die beiden Erkrankungsformen getrennt angestellt.

Frage II

Die Ausprägung der Belastung im FPB wurde in Form des mittleren Summenscores aus den Variablen 1-21 ermittelt. Ebenfalls wurden die Anwohnhäufigkeiten für alle Items getrennt bei Fragestellung zwei zur Aufdeckung der Einzelbelastungen der Angehörigen berechnet.

Frage III

Frage drei – zu den Hinweisen auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung – wurde mit dem Anstellen der Mittelwertberechnung des bimodalen Scorings (0-0-1-1) im GHQ-12 beantwortet. Der verwendete Cut-off lag bei 2/3. Für die Antworten auf die einzelnen (12) Items wurden wiederum die Häufigkeiten bestimmt, um Aussagen über die entsprechenden Belastungen treffen zu können.

Frage IV

Ein möglicher Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad und Belastungen (FPB-Gesamtscore) bzw. psychischen Erkrankungshinweisen (GHQ-12-Gesamtwert) wurde mit Hilfe einer Korrelation nach Spearman überprüft. Die Korrelationen wurden für die einzelnen Skalen/Bereiche gerechnet. Ebenfalls wurden partielle Korrelationen berechnet.

Frage V

Um jeweils mögliche Unterschiede zwischen den Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienangehöriger aufzudecken, wurden für CaNAM, FPB und GHQ-12 nonparametrische Mann-Whitney-U-Tests durchgeführt.

Frage VI

Ein ev. Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad und Erkrankungsdauer wurde mittels Spearman-Rangkorrelation – für jede der 4 Skalen - überprüft.

Frage VII

Um Zusammenhänge zwischen Bedürfnisgrad und emotionalem Verhältnis Angehörige-Erkrankte aufzudecken, kamen wiederum Korrelationen nach Spearman zum Einsatz. Detto wurde die Zusammenhangsfrage von Bedürfnisgrad und persönlicher Kontakthäufigkeit Angehörige-Erkrankte behandelt. (Berechnet getrennt für die 4 Bereiche des CaNAM.)

Frage VIII

Diese Fragestellung (Besteht ein Zusammenhang zwischen Alter des erkrankten Familienmitglieds und Unterstützungsbedürfnissen der Angehörigen?) wurde ebenfalls mittels Spearman-Rangkorrelationen mal 4 für die Einzelbereiche des CaNAM überprüft.

Frage IX

Schließlich wurden zur Beantwortung der letzten Frage nach einem Zusammenhang zwischen Geschlecht der Angehörigen und Unterstützungsbedürfnissen nonparametrische Mann-Whitney-U-Tests (für die 4 CaNAM-Bereiche) berechnet.

3.2.3.2.1 Zusatzinformationen: Zu den offenen Fragen im CaNAM

Der Fragebogen Carers` Needs Assessment Measure enthält neben den 47 gebundenen Fragen weitere 5 offene Fragen an die Angehörigen. Sie beziehen sich auf etwaige offene Fragen, Wünsche, Unterstützungsbereiche, die für die Befragten von Interesse sind, aber im Fragebogen nicht vorkommen. Ein Beispiel: „Gibt es noch irgendwelche anderen Bereiche bei der Versorgung Ihres Angehörigen, in denen Sie gerne Unterstützung hätten?“

Die Antworten sollen im Abschnitt „Ergebnis“ (unter Kap. 4.2.2.1) zunächst gesammelt werden; im Abschnitt „Diskussion“ (Kap. 5) sollen mögliche Folgerungen (gemeinsame Problemfelder bzw. Bedürfnisbereiche?) angestellt und ev. weitere ungedeckte Unterstützungsbedürfnisse aufgedeckt werden.

3.2.3.3 Kritische Betrachtung der Skalierung des CaNAM

Der Fragebogen Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM) besteht in allen 4 Bereichen aus 3-kategoriellen Skalen. Anhand eines Beispiel-Items soll die Problematik dieser Skalierung aufgezeigt werden:

Bereich 1, Frage 1 lautet:

Haben Sie über die folgenden Bereiche genügend Informationen erhalten?:

a) Essstörungen im allgemeinen.

Zur Auswahl stehen die 3 Antwortmöglichkeiten:

0 = Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.

1 = Ich brauche keine Informationen hierüber.

2 = Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.

Betrachtet man den *Inhalt*, die *Aussage* der 3 Kategorien näher, so kann man feststellen, dass hier 2 verschiedene Aspekte (im Hintergrund) abgefragt werden. Nämlich zum einen, ob das Bedürfnis nach Informationen über Essstörungen im allgemeinen „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ (Kategorie „1“) ist. Zum anderen, ob das Bedürfnis – wenn vorhanden - bereits „gedeckt“ (Kategorie „2“) oder noch „nicht gedeckt“ (Kategorie „0“) ist.

Es wird also einerseits nach „ungedeckten“ Bedürfnissen gefragt – was im eigentlichen Sinn im Interesse des Fragebogens steht, nämlich offene Unterstützungsbedürfnisse

aufzudecken. Andererseits wird erhoben, ob ein mögliches Bedürfnis überhaupt ein Bedürfnis für den individuellen Befragten darstellt (überhaupt „vorhanden“ ist).

Mit dieser methodisch unsauberen, fragwürdigen Vermischung von Antwortaspekten einher geht auch die Problematik, dass die Befragten bei der Auswahl der für sie passenden Antwort möglicherweise die *falsche* wählen. Gemeint ist mit „falsche“ Antwort, dass sie aufgrund der nicht gegebenen Eindeutigkeit der Formulierungen unabsichtlich eine andere Kategorie ankreuzen.

Der CaNAM besteht – wie bereits weiter oben erwähnt – aus vier Bereichen oder Teilen. Betrachtet man die Skalierung, so fällt auf, dass sich die Antwortkategorien des Bereiches 4 von den übrigen drei Bereichen unterscheiden: Hier stehen auf die Frage „Möchten Sie Unterstützung in folgenden Bereichen?“ die drei Antworten „Ja“, „Nein“ und „Weiß nicht“ zur Auswahl. „Ja“ steht somit für ein „ungedecktes Bedürfnis“, „Nein“ für ein „gedecktes Bedürfnis“ oder auch ein „gar nicht vorhandenes“ (dies lässt die Formulierung offen). „Weiß nicht“ erlaubt besonders viel Interpretationsspielraum (Die befragte Person hat noch nicht darüber nachgedacht. Oder: Sie findet den angesprochenen Unterstützungsbereich nicht so wichtig. Oder: Sie versteht unter „Weiß nicht“ womöglich so viel wie „vielleicht“, „eventuell“...). Analog zu den drei anderen Bereichen müsste „weiß nicht“ aber für „Bedürfnis nicht vorhanden“ stehen (geht man davon aus, dass die drei Antwortkategorien in allen Bereichen dieselben *Inhaltsaspekte* zu erfassen trachten). Aus meiner Sicht sagt „weiß nicht“ jedoch nicht „Bedürfnis nicht vorhanden“ aus. Zudem kann die Antwort „Nein“ – wie oben gerade ausgeführt – zweierlei bedeuten: nämlich „(vorhandenes) Bedürfnis gedeckt“ oder „Bedürfnis nicht vorhanden“. Wie der Bereich 4 erkennen lässt, liegt das Skalierungsproblem in:

- der Vermischung der genannten 2 Antwortaspekte (Bedürfnis vorhanden – nicht vorhanden, Bedürfnis gedeckt – nicht gedeckt)
- der Uneindeutigkeit was z.B. mit „Nein“ als Antwort gemeint ist (Der Proband gibt *Nein* an, weil ... er dieses Bedürfnis nie hatte? ... dieses Bedürfnis bei ihm gedeckt ist?)
- dem Umstand, dass sich die *Aussage* im Hintergrund der 3 Antwortkategorien (nämlich „ungedecktes Bedürfnis“ – „Bedürfnis nicht vorhanden“ – „gedecktes Bedürfnis“) NICHT wie ein roter Faden durch alle vier Bereiche zieht (vgl. Bereich 4)

Damit ist der Fragebogen in diesem Sinne fehleranfällig (bei der Beantwortung durch die Probanden, bei der Auswertung und folgenden Interpretation).

Bei der Auswertung des CaNAM in dieser Arbeit wurde mit der beschriebenen Schwierigkeit folgendermaßen umgegangen:

Für die Berechnung der Reliabilität sowie der Itemtrennschärfe wurde dichotom ausgewertet (die obige Kategorie „0“ steht für ein Unterstützungsbedürfnis - die obigen Kategorien „1“ und „2“ wurden zusammengezogen und stehen für kein Unterstützungsbedürfnis, warum auch immer), bei der Prüfung der Itemattraktivität wurden alle 3 Antworten herangezogen. Für die Beantwortung der Frage 1 (Hypothesenprüfung) wurden ebenfalls alle 3 Kategorien ausgewertet. Dies, um möglichst keine Informationen aus den Fragebögen zu verlieren und Vergleichsmöglichkeiten mit den weiter oben genannten Vorgängerstudien aufrechtzuerhalten. Für die Prüfung der Fragen 4 bis 9 wurde wiederum 2-kategorial (wie oben dargestellt) ausgewertet. Im abschließenden Kap. 5 wird nochmals auf das vorliegende Problem eingegangen.

4. ERGEBNIS

4.1 Beschreibung der Stichprobe

4.1.1 Soziodemographische Daten der Angehörigen

Es nahmen 38 Angehörige an der Studie teil. Darunter fanden sich 18 Personen, die sich auf 8 Familien aufteilten („Angehörigenfamilien“), die restlichen 20 Personen nahmen als alleinige Vertreter ihrer Familien teil. Die „Angehörigenfamilien“ setzten sich 6 mal aus Mutter und Vater zusammen, 1 mal aus Mutter-Vater-Schwester, 1 mal aus Mutter-Vater-Partner.

Alter

Die Angehörigen waren im Durchschnitt 47,3 Jahre alt (SD=8,7 Jahre). Der jüngste Befragte war 17, der älteste 64 Jahre alt. Tabelle 1 zeigt die Häufigkeitsverteilung des Alters der Angehörigen:

Tabelle 1: Häufigkeitstabelle Alter der Angehörigen

Alter Angehörige/r

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 17,0	1	2,6	2,6	2,6
30,0	1	2,6	2,6	5,3
37,0	2	5,3	5,3	10,5
40,0	2	5,3	5,3	15,8
41,0	1	2,6	2,6	18,4
42,0	2	5,3	5,3	23,7
43,0	1	2,6	2,6	26,3
44,0	2	5,3	5,3	31,6
45,0	1	2,6	2,6	34,2
46,0	1	2,6	2,6	36,8
47,0	3	7,9	7,9	44,7
48,0	5	13,2	13,2	57,9
49,0	2	5,3	5,3	63,2
50,0	2	5,3	5,3	68,4
51,0	2	5,3	5,3	73,7
53,0	3	7,9	7,9	81,6
55,0	1	2,6	2,6	84,2
56,0	2	5,3	5,3	89,5
59,0	1	2,6	2,6	92,1
60,0	2	5,3	5,3	97,4
64,0	1	2,6	2,6	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Das anschließende Diagramm veranschaulicht die Altersverteilung. Die Mehrzahl (27 Befragte) war zwischen 40 und 55 Jahre alt.

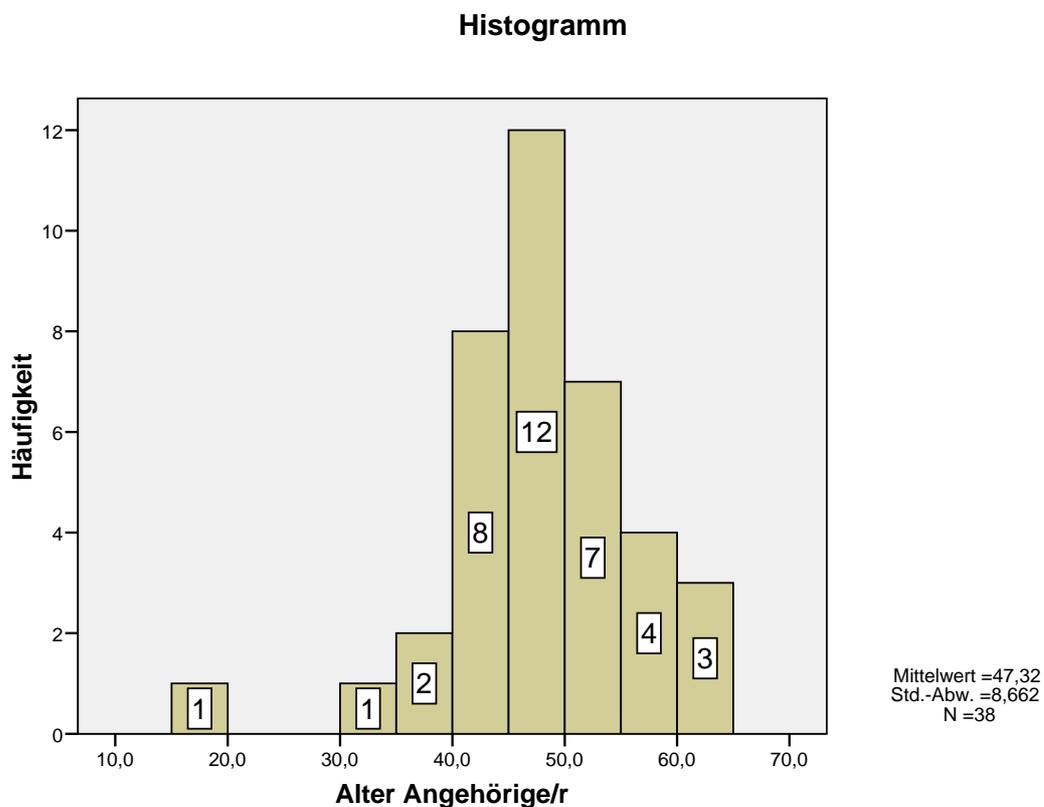


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung Alter der Angehörigen

Getrennt nach den beiden Erkrankungsformen der essgestörten Familienmitglieder zeigt sich folgendes Bild: Angehörige von Bulimia nervosa – PatientInnen waren durchschnittlich 45,8 Jahre alt (SD=8,8 Jahre; Min=30 Jahre, Max=60 Jahre). Angehörige von Anorexia nervosa – PatientInnen waren im Durchschnitt 46,4 Jahre alt (SD=8,9 Jahre; Min=17 Jahre, Max=64 Jahre). Angehörige, die beide Erkrankungsformen für ihre Familienmitglieder angaben, waren durchschnittlich 54,3 Jahre alt (SD=4,3 Jahre; Min=49 Jahre, Max=59 Jahre). (vgl. Tab. 2 und Abb. 3-5)

Beim Vergleich der drei genannten Angehörigengruppen (Angehörige, deren Familienmitglied an Anorexia nervosa, an Bulimia nervosa bzw. an beiden Formen leidet) konnte kein signifikanter Altersunterschied festgestellt werden (Kruskal-Wallis-Test: $H = 4,997$; $p = 0,082$).

Bemerkung zu Tabelle 2 (unten) und allen folgenden Tabellen:

Bei Vorliegen fehlender Werte (sog. „missings“ oder „missing values“) sind diese in den Tabellen – als Punkt „.“ ersichtlich – ausgewiesen und wurden nicht herausgenommen.

Tabelle 2: Häufigkeitstabelle Alter der Angehörigen (nach Essstörungsform der Erkrankten getrennt)

			Alter Angehörige/r			
Form der Essstörung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	Gültig	42,0	1	33,3	33,3	33,3
		49,0	1	33,3	33,3	66,7
		60,0	1	33,3	33,3	100,0
		Gesamt	3	100,0	100,0	
Bulimia nervosa	Gültig	30,0	1	8,3	8,3	8,3
		37,0	2	16,7	16,7	25,0
		41,0	1	8,3	8,3	33,3
		44,0	2	16,7	16,7	50,0
		46,0	1	8,3	8,3	58,3
		48,0	1	8,3	8,3	66,7
		51,0	1	8,3	8,3	75,0
		55,0	1	8,3	8,3	83,3
		56,0	1	8,3	8,3	91,7
		60,0	1	8,3	8,3	100,0
		Gesamt	12	100,0	100,0	
		Anorexia nervosa	Gültig	17,0	1	5,3
40,0	2			10,5	10,5	15,8
42,0	1			5,3	5,3	21,1
43,0	1			5,3	5,3	26,3
45,0	1			5,3	5,3	31,6
47,0	3			15,8	15,8	47,4
48,0	4			21,1	21,1	68,4
50,0	2			10,5	10,5	78,9
51,0	1			5,3	5,3	84,2
53,0	2			10,5	10,5	94,7
64,0	1			5,3	5,3	100,0
Gesamt	19			100,0	100,0	
sonstiges	Gültig			49,0	1	25,0
		53,0	1	25,0	25,0	50,0
		56,0	1	25,0	25,0	75,0
		59,0	1	25,0	25,0	100,0
		Gesamt	4	100,0	100,0	

Anmerkung: sonstiges = es wurde von den Angehörigen sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa als Essstörungsform ihres erkrankten Familienmitglieds angegeben

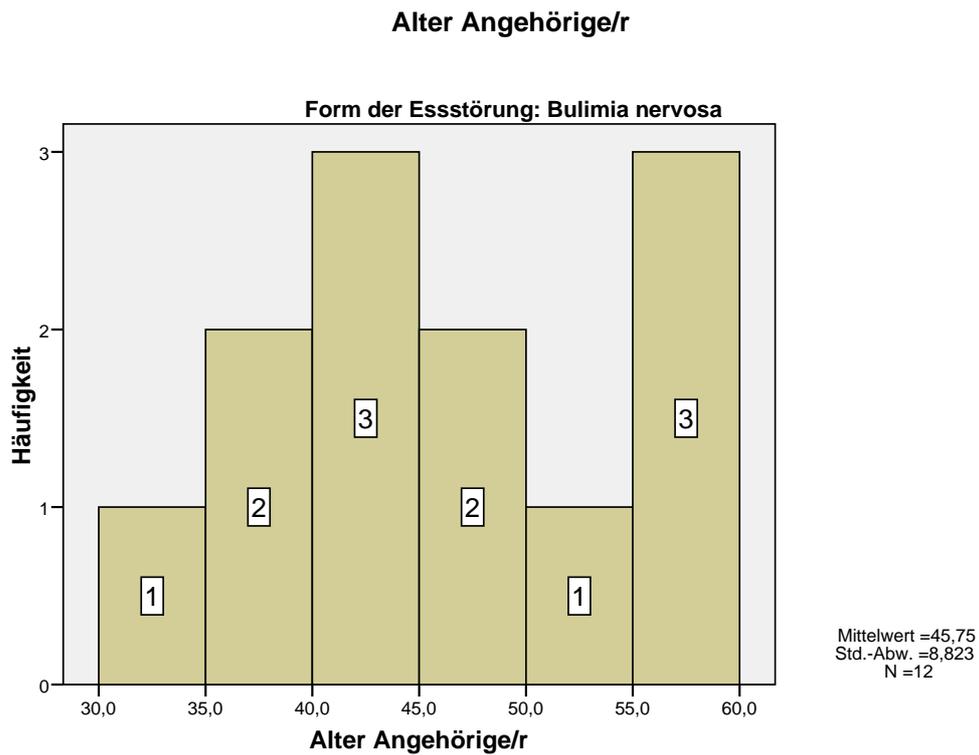


Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung Alter der Angehörigen von Bulimia nervosa – PatientInnen

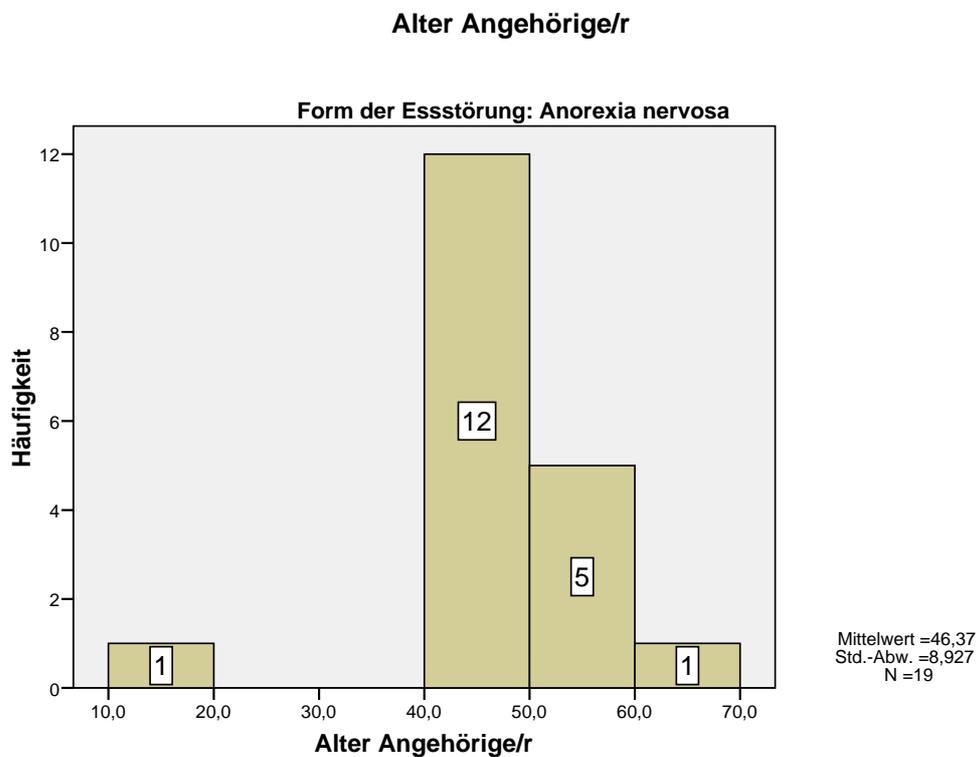
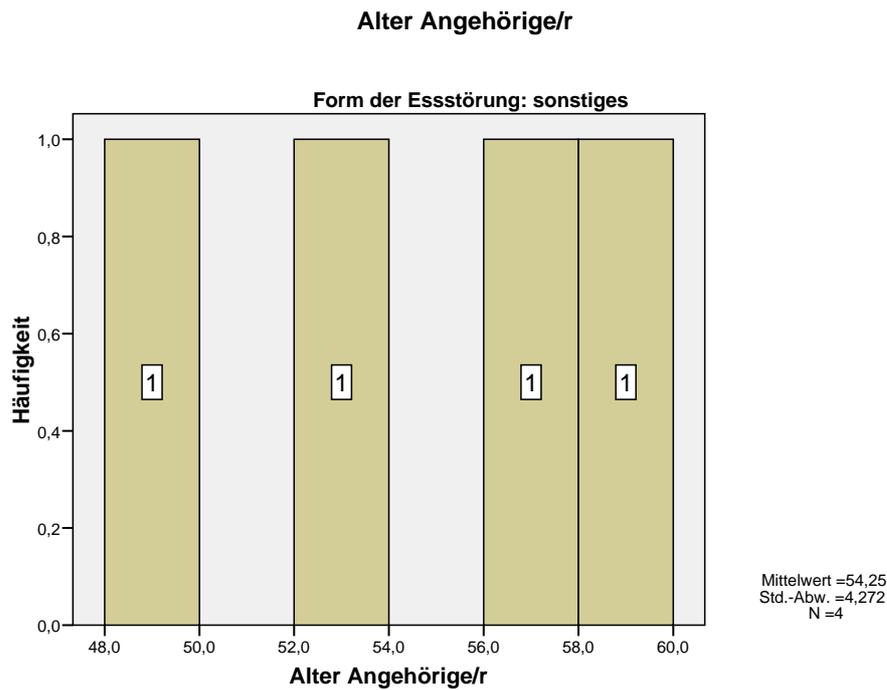


Abbildung 4: Häufigkeitsverteilung Alter der Angehörigen von Anorexia nervosa – PatientInnen



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung Alter der Angehörigen von PatientInnen mit Angabe beider Essstörungsformen (=sonstiges)

Geschlecht

An der Untersuchung nahmen 24 Frauen (63,2%) und 14 Männer (36,8%) teil.

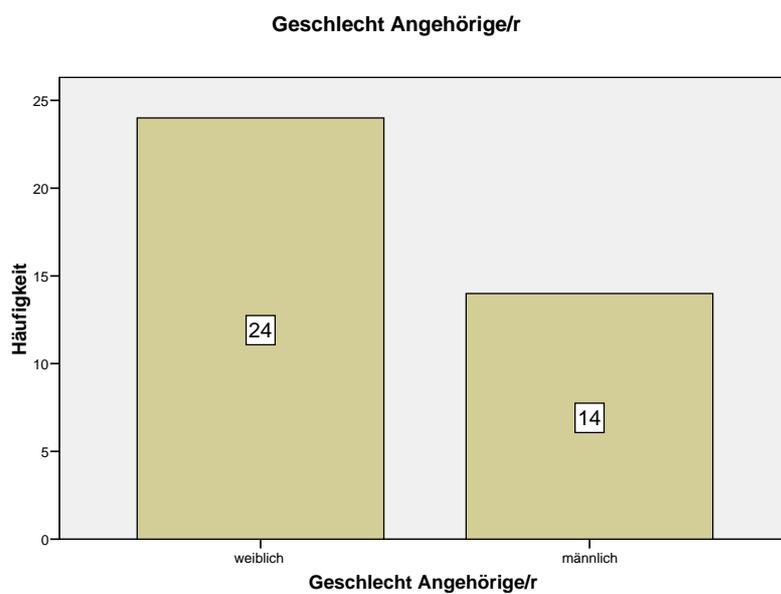


Abbildung 6: Häufigkeitsverteilung Geschlecht der Angehörigen

Getrennt nach Essstörungsform des Familienmitglieds zeigt sich folgendes Bild (siehe Tab. 3 und Abb. 7-9):

- 12 Angehörige, davon je 6 Frauen und Männer, gaben Bulimia nervosa als Erkrankungsform an.
- 19 Angehörige, davon 14 Frauen und 5 Männer, ordneten der erkrankten Person Anorexia nervosa zu.
- 4, darunter 3 Frauen und 1 Mann, gaben beide Erkrankungsformen an.
- (3 Angehörige, 1 Frau und 2 Männer, gaben keine Form der Essstörung an.)

Tabelle 3: Häufigkeitstabelle Geschlecht der Angehörigen nach Essstörungsform getrennt

			Geschlecht Angehörige/r			
Form der Essstörung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	Gültig	weiblich	1	33,3	33,3	33,3
		männlich	2	66,7	66,7	100,0
		Gesamt	3	100,0	100,0	
Bulimia nervosa	Gültig	weiblich	6	50,0	50,0	50,0
		männlich	6	50,0	50,0	100,0
		Gesamt	12	100,0	100,0	
Anorexia nervosa	Gültig	weiblich	14	73,7	73,7	73,7
		männlich	5	26,3	26,3	100,0
		Gesamt	19	100,0	100,0	
sonstiges	Gültig	weiblich	3	75,0	75,0	75,0
		männlich	1	25,0	25,0	100,0
		Gesamt	4	100,0	100,0	

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

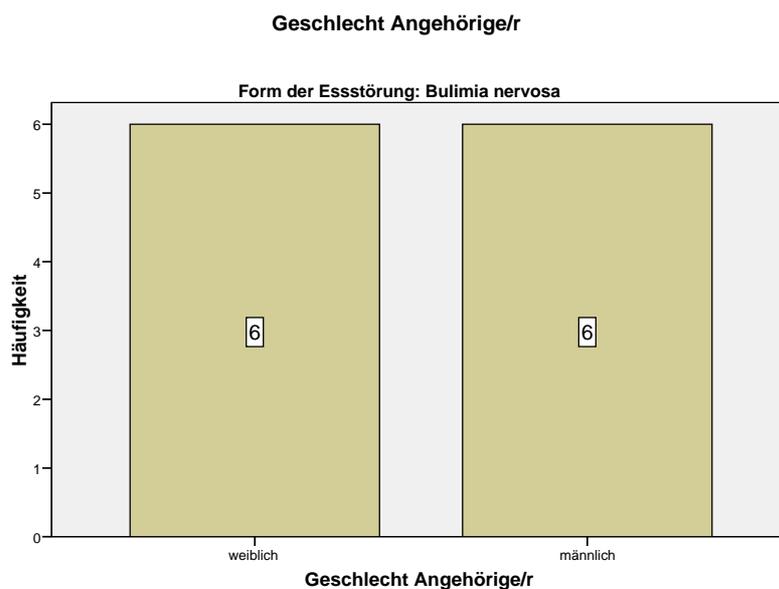


Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung Geschlecht der Angehörigen bei Essstörungsform Bulimia nervosa

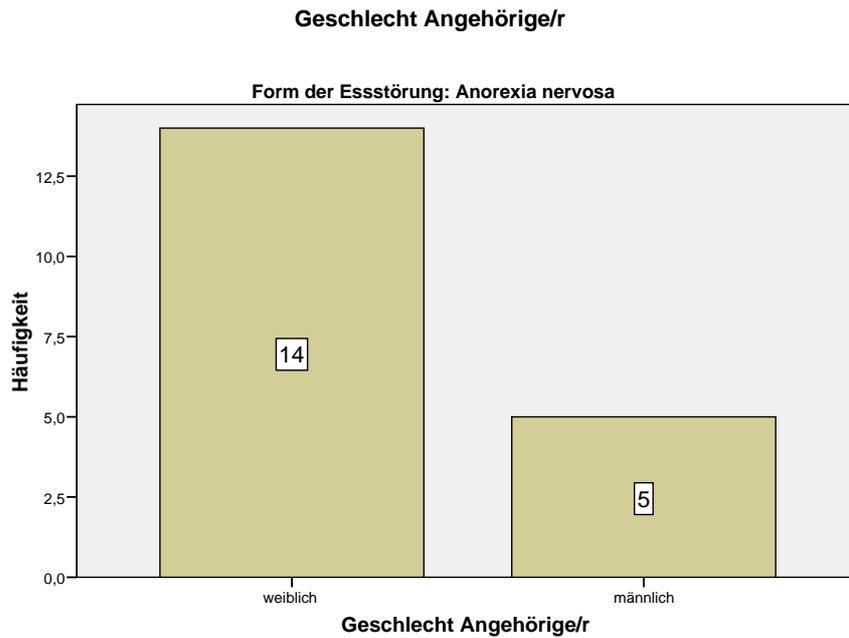
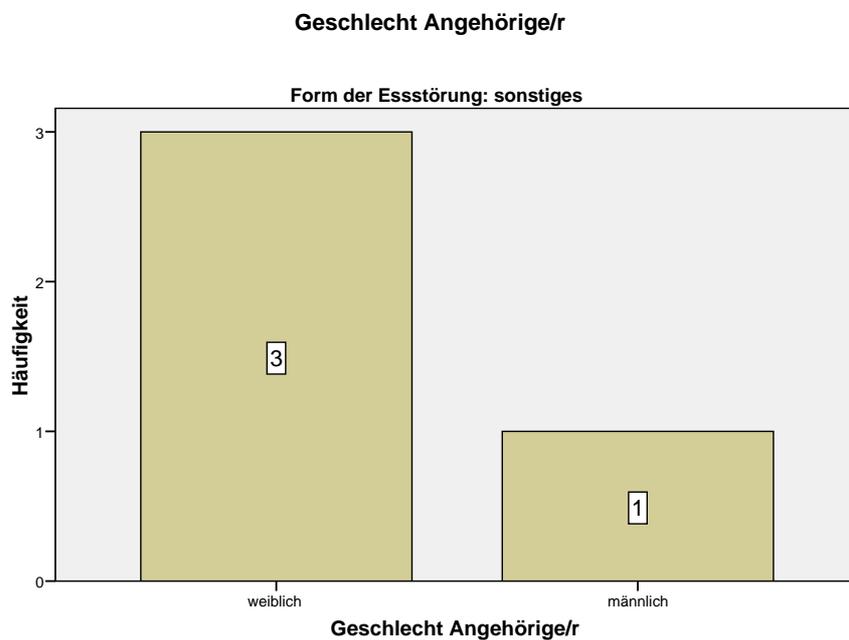


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung Geschlecht der Angehörigen bei Essstörungsform Anorexia nervosa



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung Geschlecht der Angehörigen bei Angabe beider Essstörungsformen (= sonstiges)

Persönliches Verhältnis zur/m Erkrankten

Die Verteilung der Angehörigen auf die verschiedenen Verwandtschaftsgrade bzw. anderen Angaben des persönlichen Verhältnisses zum Erkrankten sieht folgendermaßen aus:

- 23 Mütter
- 9 Väter
- 1 Schwester
- 1 Gatte
- 4 Partner

Anmerkung: Anschließende Tabelle bzw. Abbildung sprechen von Gatte/in und Partner/in. Aus den Geschlechtsangaben in den Datenblättern ist jedoch bekannt, dass es sich jeweils um Männer handelt.

Tab. 4 zeigt die Übersicht, Abb. 10 veranschaulicht die Verteilung.

Tabelle 4: Häufigkeitstabelle Angehörige nach Verwandtschafts- bzw. anderem persönlichem Verhältnis zur/m Erkrankten

Familienstand bzw. Verhältnis zur erkrankten Person		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mutter	23	60,5	60,5	60,5
	Vater	9	23,7	23,7	84,2
	Schwester	1	2,6	2,6	86,8
	Gatte/in	1	2,6	2,6	89,5
	Partner/in	4	10,5	10,5	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

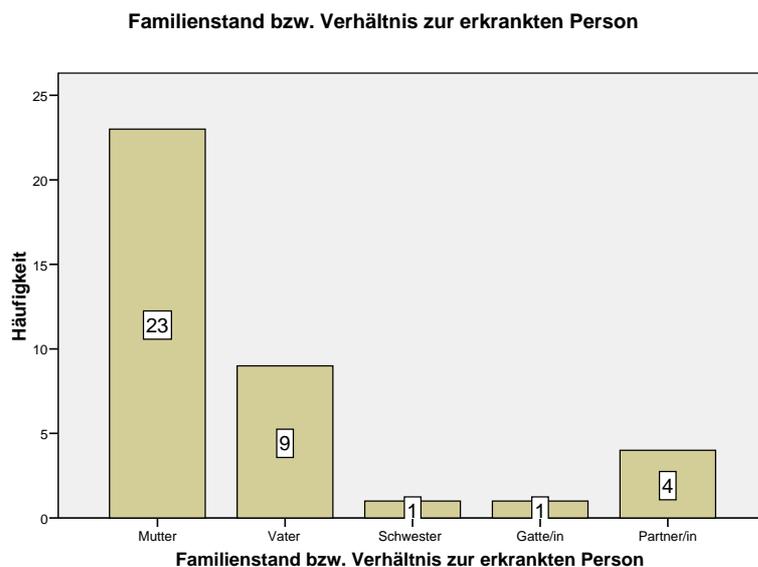


Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung Angehörige nach Verwandtschafts- bzw. anderem persönlichem Verhältnis zur/m Erkrankten

Der Vollständigkeit halber führe ich in Tab. 5 das persönliche Verhältnis Angehörige-Erkrankte auch nach den Erkrankungsformen getrennt an:

Tabelle 5: Häufigkeitstabelle Angehörige nach Verwandtschafts- bzw. anderem persönlichem Verhältnis zur/m Erkrankten nach Essstörungsform differenziert

Familienstand bzw. Verhältnis zur erkrankten Person						
Form der Essstörung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	Gültig	Mutter	1	33,3	33,3	33,3
		Vater	1	33,3	33,3	66,7
		Gatte/in	1	33,3	33,3	100,0
		Gesamt	3	100,0	100,0	
Bulimia nervosa	Gültig	Mutter	6	50,0	50,0	50,0
		Vater	3	25,0	25,0	75,0
		Partner/in	3	25,0	25,0	100,0
		Gesamt	12	100,0	100,0	
Anorexia nervosa	Gültig	Mutter	13	68,4	68,4	68,4
		Vater	4	21,1	21,1	89,5
		Schwester	1	5,3	5,3	94,7
		Partner/in	1	5,3	5,3	100,0
		Gesamt	19	100,0	100,0	
sonstiges	Gültig	Mutter	3	75,0	75,0	75,0
		Vater	1	25,0	25,0	100,0
		Gesamt	4	100,0	100,0	

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Kontakthäufigkeit: persönlicher Kontakt

Die Frage nach der persönlichen Kontakthäufigkeit mit dem kranken Familienmitglied wurde von den Angehörigen wie folgt beantwortet:

- 26 gaben an, täglich persönlich in Kontakt zu stehen.
- 8 gaben an, ein- oder mehrmals pro Woche Kontakt zu haben.
- meinten, seltener persönlichen Kontakt mit der/m Erkrankten zu pflegen.

Tabelle 6: Häufigkeitstabelle Angehörige und deren Kontakthäufigkeit (persönlich) mit der/m Erkrankten

Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	täglich	26	68,4	68,4	68,4
	xMal/Woche	8	21,1	21,1	89,5
	seltener	4	10,5	10,5	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

**Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen?
(persönlich)**

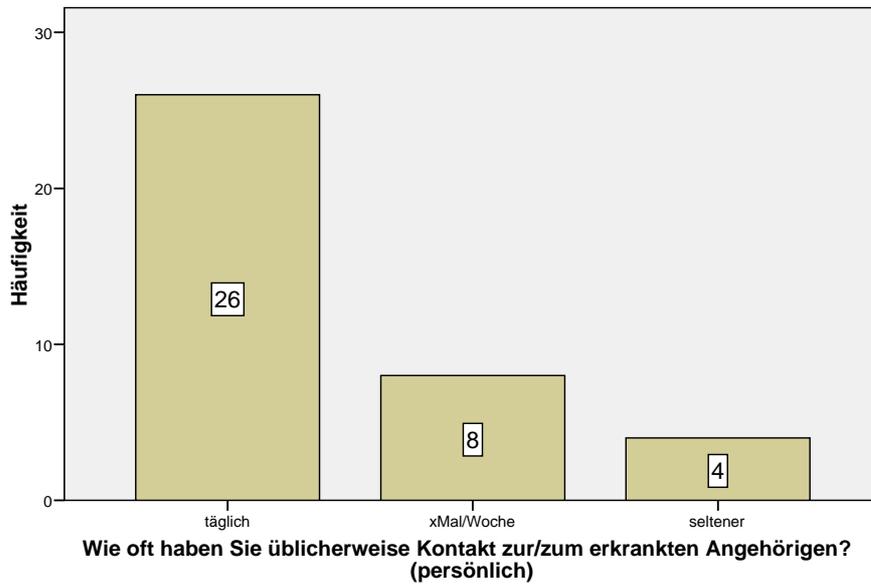


Abbildung 11: Häufigkeitsverteilung Angehörige und deren Kontakthäufigkeit (persönlich) mit der/m Erkrankten

In der Tabelle unten sieht man die Verteilung der persönlichen Kontakthäufigkeit nach den Angaben zur Erkrankungsform zugeordnet.

Tabelle 7: Häufigkeitstabelle Angehörige und deren Kontakthäufigkeit (persönlich) mit der/m Erkrankten nach Essstörungsform aufgeteilt

Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)

Form der Essstörung	Gültig	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	täglich	3	100,0	100,0	100,0
Bulimia nervosa	täglich	10	83,3	83,3	83,3
	xMal/Woche	1	8,3	8,3	91,7
	seltener	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	
Anorexia nervosa	täglich	12	63,2	63,2	63,2
	xMal/Woche	5	26,3	26,3	89,5
	seltener	2	10,5	10,5	100,0
	Gesamt	19	100,0	100,0	
sonstiges	täglich	1	25,0	25,0	25,0
	xMal/Woche	2	50,0	50,0	75,0
	seltener	1	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	4	100,0	100,0	

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Emotionales Verhältnis Angehörige/r – erkranktes Familienmitglied

Gefragt nach ihrer persönlichen Einschätzung des aktuellen Nahverhältnisses zur essgestörten Person, gaben die Angehörigen an:

- 27 fühlten sich der/m Erkrankten derzeit „sehr nahe“.
- 7 meinten, sie fühlen sich zur Zeit „eher nahe“.
- 3 gaben an, sich aktuell „mittelmäßig nahe“ zu fühlen.
- 1 Mal wurde keine Angabe zum aktuellen emotionalen Verhältnis Angehörige/r – Erkrankte/r gemacht.
- Kein Angehöriger gab die Kategorie „eher wenig nahe“ oder „wenig nahe“ an.

Vgl. dazu Tabelle 8 und Abbildung 12.

Tabelle 8: Häufigkeitstabelle Angehörige und ihr aktuelles emotionales Verhältnis zur/m Erkrankten

emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr nahe	27	71,1	73,0	73,0
	eher nahe	7	18,4	18,9	91,9
	mittelmäßig nahe	3	7,9	8,1	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

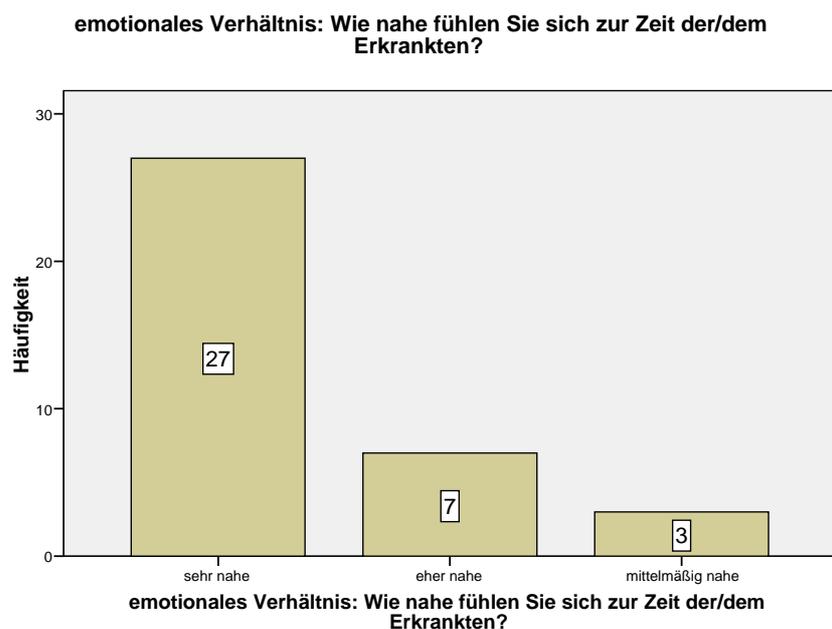


Abbildung 12: Häufigkeitsverteilung Angehörige und ihr aktuelles emotionales Verhältnis zur/m Erkrankten

Die anschließende Tabelle zeigt die entsprechende Verteilungsübersicht wiederum nach den Angaben zur Essstörungsform getrennt:

Tabelle 9: Häufigkeitstabelle Angehörige und ihr aktuelles emotionales Verhältnis zur/m Erkrankten differenziert nach Essstörungsformen

emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?

Form der Essstörung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	Gültig	sehr nahe	2	66,7	66,7	66,7
		eher nahe	1	33,3	33,3	100,0
		Gesamt	3	100,0	100,0	
Bulimia nervosa	Gültig	sehr nahe	11	91,7	100,0	100,0
		Fehlend System	1	8,3		
		Gesamt	12	100,0		
Anorexia nervosa	Gültig	sehr nahe	12	63,2	63,2	63,2
		eher nahe	5	26,3	26,3	89,5
		mittelmäßig nahe	2	10,5	10,5	100,0
		Gesamt	19	100,0	100,0	
sonstiges	Gültig	sehr nahe	2	50,0	50,0	50,0
		eher nahe	1	25,0	25,0	75,0
		mittelmäßig nahe	1	25,0	25,0	100,0
		Gesamt	4	100,0	100,0	

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Wohnverhältnisse

Zu den Wohnverhältnissen von Angehörigen und Erkrankten lässt sich aus den Datenblättern ablesen:

- 25 Angehörige wohnen laut ihren Angaben im selben Haushalt mit der/m Erkrankten.
- 11 Angehörige wohnen getrennt von der essgestörten Person.
- machten dazu keine Angabe.

Untenstehende Tabelle und Abbildung geben Aufschluss.

Tabelle 10: Häufigkeitstabelle Angehörige nach Wohnverhältnis mit ihrem erkrankten Familienmitglied

Wohnen Sie im selben Haushalt mit der/dem Erkrankten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	25	65,8	69,4	69,4
	nein	11	28,9	30,6	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Wohnen Sie im selben Haushalt mit der/dem Erkrankten?

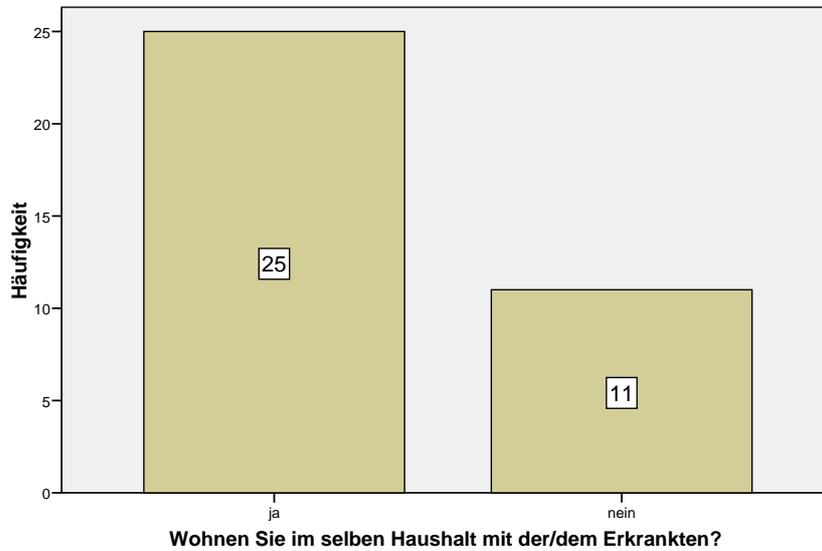


Abbildung 13: Häufigkeitsverteilung Angehörige nach Wohnverhältnis mit ihrem erkrankten Familienmitglied

Eine Übersicht der Häufigkeitsverteilung „Wohnverhältnis“ getrennt nach Essstörungsform zeigt folgende Tabelle:

Tabelle 11: Häufigkeitstabelle Angehörige nach Wohnverhältnis mit ihrem erkrankten Familienmitglied differenziert nach Essstörungsform

		Wohnen Sie im selben Haushalt mit der/dem Erkrankten?				
Form der Essstörung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
.	Gültig	ja	1	33,3	50,0	50,0
		nein	1	33,3	50,0	100,0
		Gesamt	2	66,7	100,0	
	Fehlend	System	1	33,3		
		Gesamt	3	100,0		
Bulimia nervosa	Gültig	ja	7	58,3	58,3	58,3
		nein	5	41,7	41,7	100,0
		Gesamt	12	100,0	100,0	
Anorexia nervosa	Gültig	ja	16	84,2	88,9	88,9
		nein	2	10,5	11,1	100,0
		Gesamt	18	94,7	100,0	
	Fehlend	System	1	5,3		
		Gesamt	19	100,0		
sonstiges	Gültig	ja	1	25,0	25,0	25,0
		nein	3	75,0	75,0	100,0
		Gesamt	4	100,0	100,0	

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

4.1.2 Soziodemographische Daten der erkrankten Familienmitglieder

Zu den Daten zum erkrankten Familienmitglied im folgenden Abschnitt ist festzuhalten, dass es sich dabei – sofern nicht anders titulierte – um die Angaben und Einschätzungen der Angehörigen handelt.

Da sich unter den Angehörigen auch 8 sog. „Angehörigenfamilien“ (siehe Kap. 4.1.1 oben) befinden, gehen einige erkrankte Familienmitglieder öfter als ein Mal in die Erhebung ein. D.h. Erkrankte werden *mehrmals* „gezählt“, wenn von mehreren Angehörigen aus einer Familie Fragebögen eingegangen sind. Dieser Umstand ist bei der Betrachtung und Deutung der Ergebniszahlen zu beachten.

Alter

Alter – Häufigkeitsverteilung korrigiert unter Berücksichtigung der „Angehörigenfamilien“

Wird bei der Anzahl der erkrankten Familienmitglieder die „tatsächliche“ Anzahl von 28 zugrundegelegt (d.h. jede erkrankte Person aus der Stichprobe der „Angehörigenfamilien“ geht nur 1 Mal in die Berechnungen ein), so zeigt sich folgendes Bild:

Der Durchschnitt der erkrankten Personen war unter dieser Bedingung 21,7 Jahre alt (SD=6,7 Jahre). Untenstehende Tabelle und Abbildung zeigen Details.

Tabelle 12: Häufigkeitstabelle Alter Erkrankte/r (korrigiert)

Alter erkranktes Familienmitglied

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 13,5	1	3,6	3,6	3,6
14,0	1	3,6	3,6	7,1
15,0	2	7,1	7,1	14,3
16,0	2	7,1	7,1	21,4
17,0	4	14,3	14,3	35,7
17,8	1	3,6	3,6	39,3
18,0	1	3,6	3,6	42,9
19,0	2	7,1	7,1	50,0
21,0	3	10,7	10,7	60,7
23,0	1	3,6	3,6	64,3
24,0	1	3,6	3,6	67,9
24,5	1	3,6	3,6	71,4
25,0	2	7,1	7,1	78,6
27,0	1	3,6	3,6	82,1
30,0	1	3,6	3,6	85,7
31,0	2	7,1	7,1	92,9
33,0	1	3,6	3,6	96,4
41,0	1	3,6	3,6	100,0
Gesamt	28	100,0	100,0	

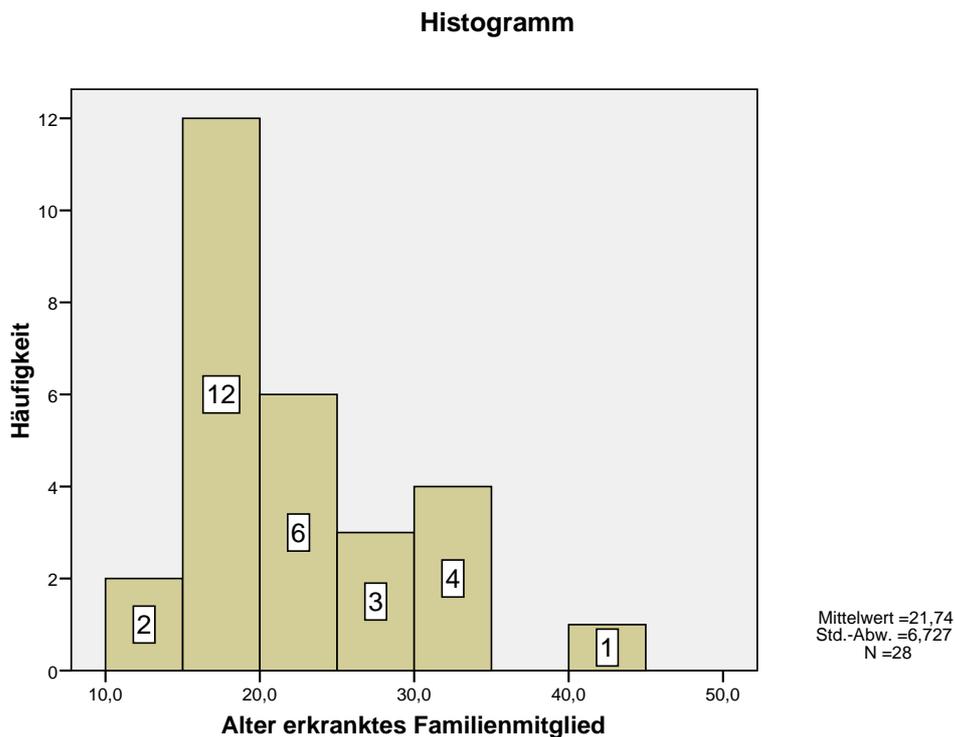


Abbildung 14: Häufigkeitsverteilung Alter Erkrankte/r (korrigiert)

Geschlecht

Die erkrankten Familienmitglieder waren zu 100% weiblich. (Es wurde 1 Mal keine Geschlechtsangabe gemacht; aufgrund der Familienteilnahmen konnte eindeutig „weiblich“ zugeordnet werden.)

Form der Essstörung

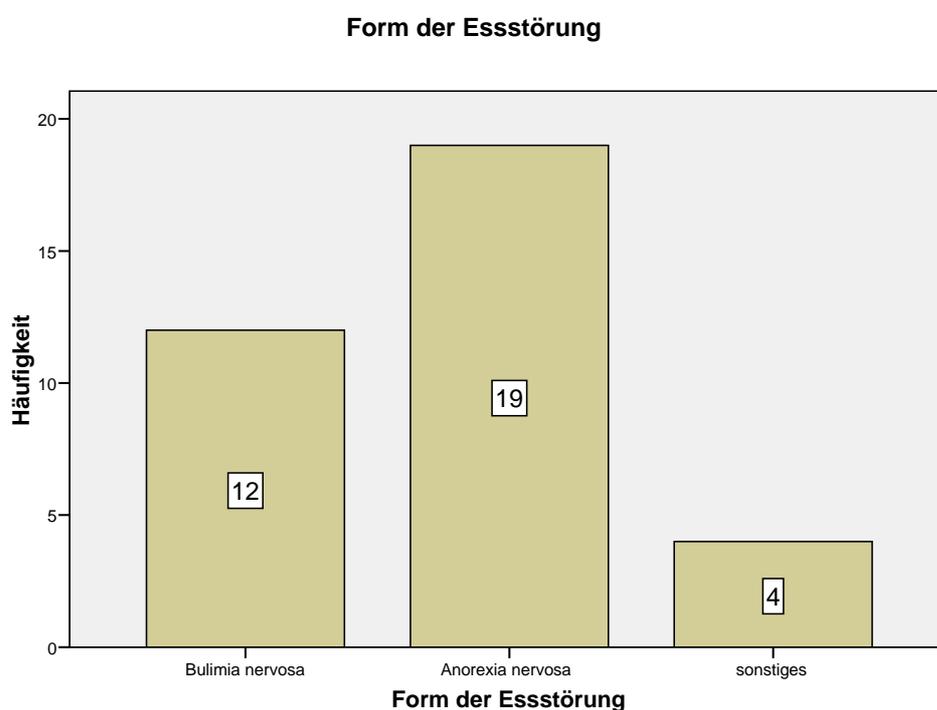
Die Erkrankten teilten sich wie folgt auf die Formen der Essstörung auf (Anmerkung: Hier handelt es sich wiederum um die subjektiven Angaben der befragten Angehörigen! Die Darstellung mit der „korrigierten“, tatsächlichen Anzahl von 28 erkrankten Familienmitgliedern folgt weiter unten.):

- 19 Personen zeigten laut Befragtenangaben die Erkrankung Anorexia nervosa.
- 12 Personen litten unter Bulimia nervosa.
- 4 Personen hatten beide obigen Erkrankungsformen, so die Angaben der Angehörigen.
- (3 Mal wurde keine Erkrankung angegeben.)

Tabelle und Abbildung untenstehend verdeutlichen in Zahl und Bild:

Tabelle 13: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Form der Essstörung

		Form der Essstörung			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Bulimia nervosa	12	31,6	34,3	34,3
	Anorexia nervosa	19	50,0	54,3	88,6
	sonstiges	4	10,5	11,4	100,0
	Gesamt	35	92,1	100,0	
Fehlend	System	3	7,9		
Gesamt		38	100,0		



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 15: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Form der Essstörung

Alter und Erkrankungsform korrigiert unter Berücksichtigung der „Angehörigenfamilien“

Die untenstehende Tabelle gibt eine Übersicht über das Alter der 28 erkrankten Familienmitglieder (die korrigierte, „tatsächliche“ Anzahl), ihre Verteilung auf die Essstörungsformen sowie auf die „Angehörigenfamilien“ wieder. Interessant festzuhalten ist, dass von den Angehörigen viermal die Angabe beider Erkrankungsformen („sonstiges“) erfolgte. Wobei in zwei Fällen Angehörige aus ein und derselben Familie – konkret Mutter und Vater - in ihren Angaben nicht übereinstimmten (in der anschließenden Tabelle und Übersicht *kursiv* markiert). Eine Erklärung dafür könnte sein,

dass es im Laufe der Erkrankung zu Veränderungen des Krankheitsbildes gekommen ist (etwa zunächst an Anorexia erkrankt, dann an Bulimia nervosa), eine „Mischform“ vorliegt (Anorexia nervosa mit bulimischen Anteilen) oder keine exakte Diagnose gestellt wurde.

Tabelle 14: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Alter getrennt nach Form der Essstörung (korrigiert)

Alter	Häufigkeit	Form der Essstörung	Anzahl Familienteilnahmen („Angehörigenfamilien“)	Anzahl Angehörige in den „Angehörigenfamilien“
13,5	1	A		
14	1	A	1 Familie	mit 3 Angehörigen
15	2	A; A		
16	2	A; B		
17	4	A;A;A;A	darunter 2 Familien (und 2 einzelne Angehörige)	mit zweimal 2 Angehörigen
17,8	1	A		
18	1	B	1 Familie	mit 2 Angehörigen
19	2	A;B		
21	3	B; B; B	darunter 2 Familien (und 1 einzelner Angehöriger)	Familien mit einmal 2 Angehörigen, einmal 3 Angehörigen
23	1	sonstiges (= A und B)		
24	1	B		
24,5	1	A bzw. sonstiges (= A und B)	1 Familie	mit 2 Angehörigen
25	2	A, B		
27	1	A bzw. sonstiges (= A und B)	1 Familie	mit 2 Angehörigen
30	1	A		
31	2	B, B		
33	1	sonstiges (= A und B)		
41	1	Fehlende Angabe		
	28 erkrankte Familienmitglieder gesamt		8 Familien gesamt	gesamt 18 Angehörige kommen aus „Angehörigenfamilien“

Anmerkung zur Spalte „Form der Essstörung“:

A = Anorexia nervosa

B = Bulimia nervosa

sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa von den Angehörigen angegeben

Wie sich die 28 erkrankten Familienmitglieder auf die Essstörungsformen aufteilen (und mehr), lässt sich aus der Tabelle oben ablesen. Es folgt eine Kurzübersicht:

Bulimia nervosa 10 Erkrankte

Anorexia nervosa 13 Erkrankte

„sonstiges“ (Anorexia und Bulimia nervosa) 2 Erkrankte

Anorexia nervosa bzw. „sonstiges“ 2 Erkrankte
 Angabe der Erkrankungsform fehlend 1 Erkrankte

Dauer der Erkrankung

37 Angehörige gaben an, wie lange die Essstörung des Familienmitglieds vorliegt, 1 Angehöriger machte dazu keine Angabe. Im Durchschnitt wurden 5,0 Jahre (SD=5,4 Jahre) genannt. Wobei die kürzeste Dauer der Essstörung beim Erkrankten bei 0,2 Jahren lag, die längste bei 18,0 Jahren.

Wesentlich zu beachten ist wiederum, dass es sich um eine Auswertung der subjektiven Angaben der Angehörigen handelt (und daher die 8 erkrankten Familienmitglieder aus den „Angehörigenfamilien“ mehrmals vorkommen). Teils stimmten die Angaben der Angehörigen aus derselben Familie überein, teils gab es erhebliche Unterschiede (Beispiel: Vater und Schwester gaben eine Erkrankungsdauer des Familienmitglieds von ½ Jahr an, die Mutter 10 Jahre).

Häufigkeitstabelle und Histogramm geben ein detailliertes Bild:

Tabelle 15: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Dauer der Essstörung

Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
,2	1	2,6	2,7	2,7
,5	5	13,2	13,5	16,2
1,0	3	7,9	8,1	24,3
1,5	5	13,2	13,5	37,8
2,0	5	13,2	13,5	51,4
2,5	2	5,3	5,4	56,8
3,0	2	5,3	5,4	62,2
4,0	1	2,6	2,7	64,9
5,0	2	5,3	5,4	70,3
6,0	1	2,6	2,7	73,0
9,0	1	2,6	2,7	75,7
10,0	4	10,5	10,8	86,5
15,0	3	7,9	8,1	94,6
18,0	2	5,3	5,4	100,0
Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend				
System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Histogramm

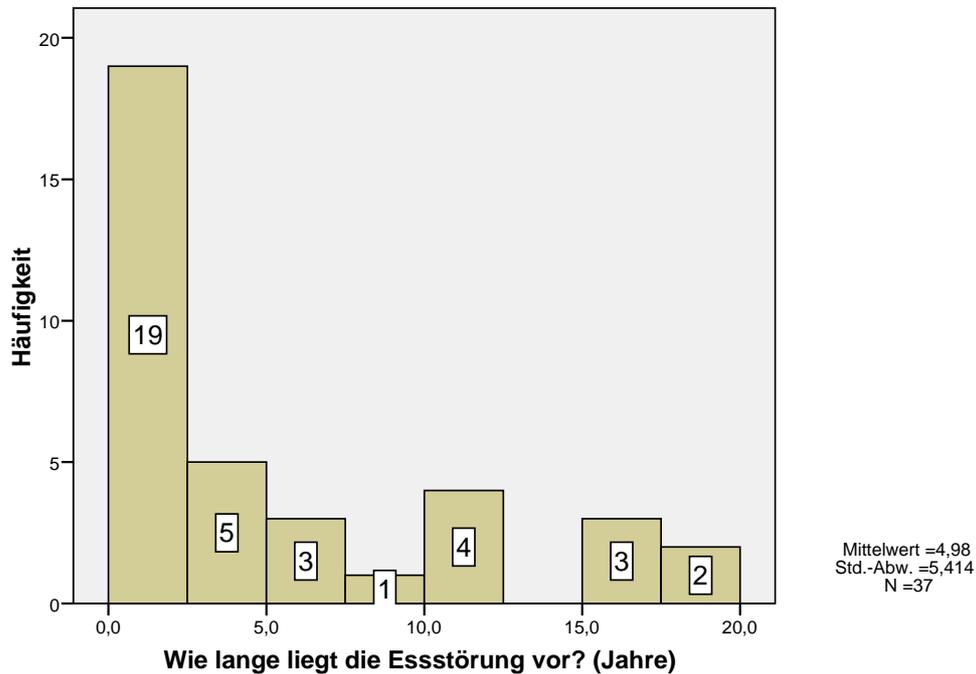


Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Dauer der Essstörung

Der Blick auf die Essstörungsformen getrennt, zeigt für die Dauer der Erkrankung auf: Im Mittel lag die Erkrankung bei den mit Bulimia nervosa Genannten 5,7 Jahre (SD=5,7 Jahre) vor. Die an Anorexia nervosa Leidenden waren seit durchschnittlich 3,3 Jahre (SD=4,3 Jahre) erkrankt. Die an „Sonstigem“ (also Bulimia und Anorexia nervosa) Erkrankten waren im Mittel bereits 11,3 Jahre krank (SD=7,0 Jahre). (2 gaben eine Erkrankungsdauer an, jedoch keine Erkrankungsform. 1 Person gab weder Erkrankungsform, noch –dauer an.):

Tabelle 16: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Dauer der Essstörung nach Erkrankungsform differenziert

Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)

Form der Essstörung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	Gültig	2,5	1	33,3	50,0	50,0
		5,0	1	33,3	50,0	100,0
	Gesamt		2	66,7	100,0	
	Fehlend System		1	33,3		
		Gesamt		3	100,0	
Bulimia nervosa	Gültig	1,0	1	8,3	8,3	8,3
		1,5	2	16,7	16,7	25,0
		2,0	2	16,7	16,7	41,7
		2,5	1	8,3	8,3	50,0
		4,0	1	8,3	8,3	58,3
		5,0	1	8,3	8,3	66,7
		6,0	1	8,3	8,3	75,0
		10,0	1	8,3	8,3	83,3
		15,0	1	8,3	8,3	91,7
		18,0	1	8,3	8,3	100,0
		Gesamt		12	100,0	100,0
Anorexia nervosa	Gültig	,2	1	5,3	5,3	5,3
		,5	5	26,3	26,3	31,6
		1,0	2	10,5	10,5	42,1
		1,5	3	15,8	15,8	57,9
		2,0	2	10,5	10,5	68,4
		3,0	2	10,5	10,5	78,9
		9,0	1	5,3	5,3	84,2
		10,0	2	10,5	10,5	94,7
		15,0	1	5,3	5,3	100,0
		Gesamt		19	100,0	100,0
sonstiges	Gültig	2,0	1	25,0	25,0	25,0
		10,0	1	25,0	25,0	50,0
		15,0	1	25,0	25,0	75,0
		18,0	1	25,0	25,0	100,0
		Gesamt		4	100,0	100,0

Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)

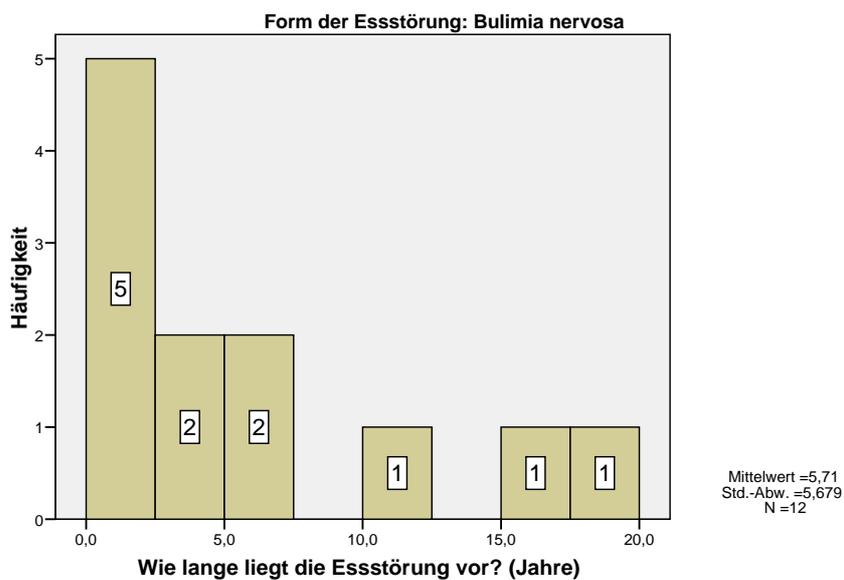


Abbildung 17: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Dauer der Essstörung bei Erkrankungsform Bulimia nervosa

Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)

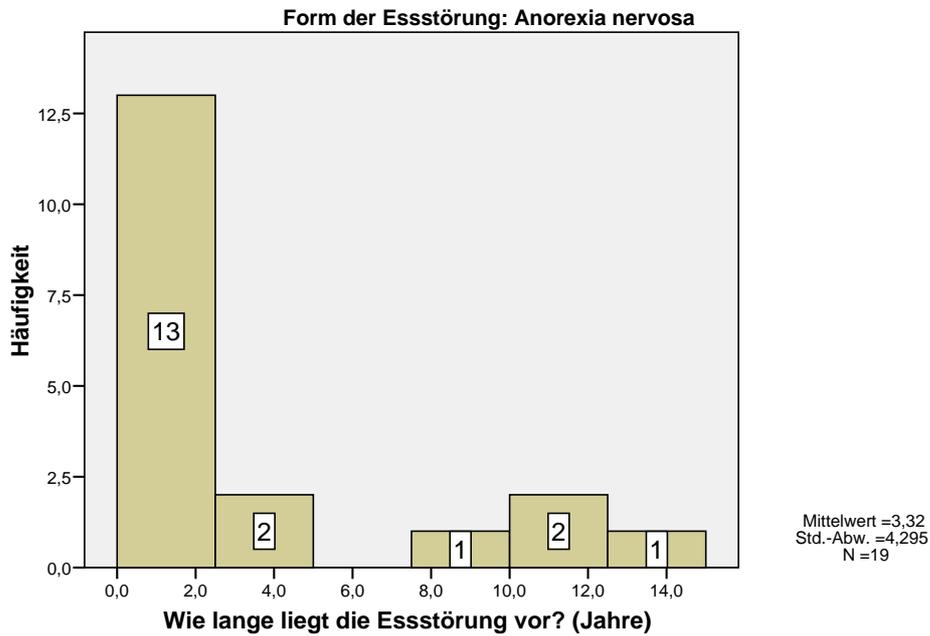
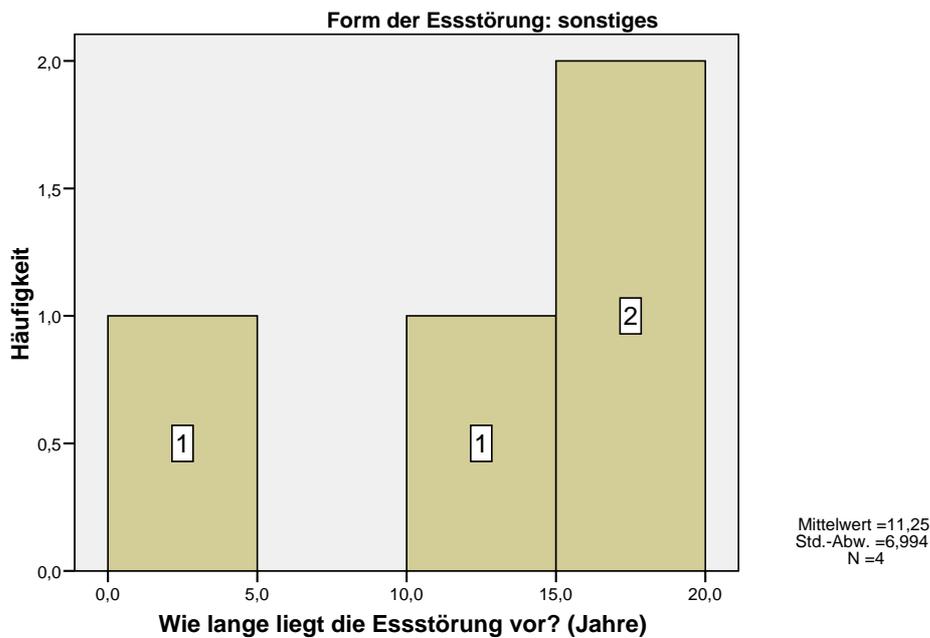


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Dauer der Essstörung bei Erkrankungsform Anorexia nervosa

Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Dauer der Essstörung bei Erkrankungsform „sonstiges“

Nähere Angaben zur Erkrankung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu 5 geschlossenen und 1 offenen Frage in Bezug auf die Krankheitsausprägung bei der essgestörten Person dargestellt. Dies erfolgt in übersichtsmäßigen Tabellen und Diagrammen ohne zusätzliche Erläuterungen. Die Angaben stammen aus den Datenblättern, die die Angehörigen gemeinsam mit den Fragebögen erhielten und ausfüllten. Es handelt sich also um die subjektive Darstellung (Wahrnehmung) der Befragten. Die 8 Erkrankten aus den „Angehörigenfamilien“ kommen wiederum mehrmals in der Auswertung vor (nämlich 18 Mal, da 18 befragte Angehörige aus den sogenannten „Angehörigenfamilien“ stammen).

Wie aus den Fragebögen im Detail ersichtlich, machten die Angehörigen aus ein und derselben Familie zum Teil übereinstimmende Angaben, zum Teil differierten sie bzw. fehlten teils die entsprechenden Angaben ganz.

Abführmitteleinnahme

Tabelle 17: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Abführmitteleinnahme

Nimmt die/der Erkrankte Abführmittel ein?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	7	18,4	20,6	20,6
	nein	27	71,1	79,4	100,0
	Gesamt	34	89,5	100,0	
Fehlend	System	4	10,5		
Gesamt		38	100,0		

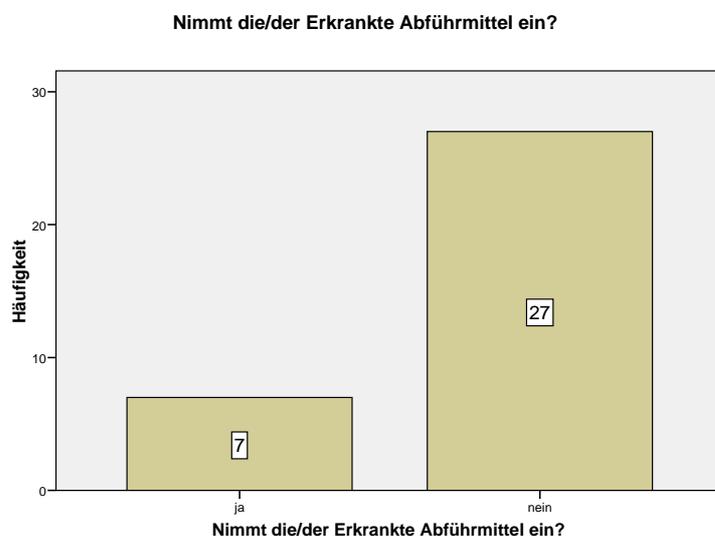


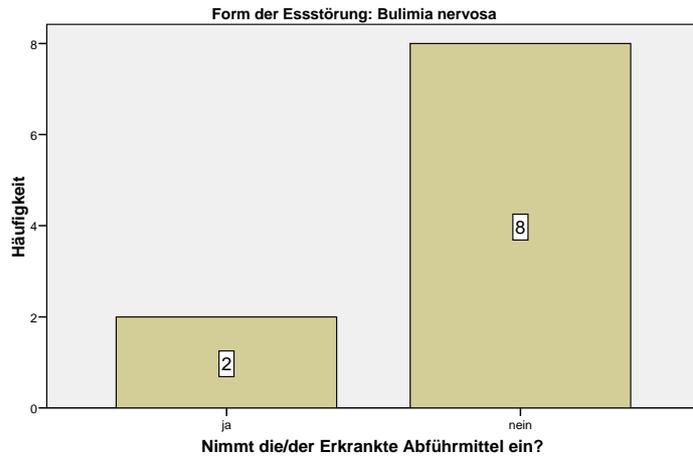
Abbildung 20: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Abführmitteleinnahme

Tabelle 18: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Abführmitteleinnahme nach Essstörungsformen gegliedert

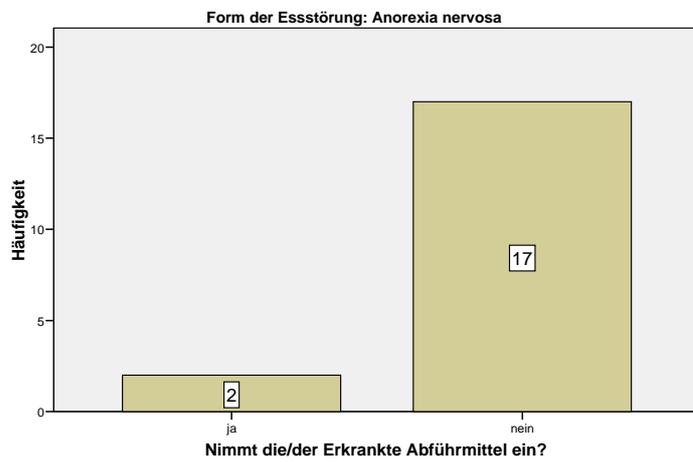
Nimmt die/der Erkrankte Abführmittel ein?

Form der Essstörung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	Gültig	ja	1	33,3	50,0	50,0
		nein	1	33,3	50,0	100,0
		Gesamt	2	66,7	100,0	
	Fehlend	System	1	33,3		
		Gesamt	3	100,0		
Bulimia nervosa	Gültig	ja	2	16,7	20,0	20,0
		nein	8	66,7	80,0	100,0
		Gesamt	10	83,3	100,0	
	Fehlend	System	2	16,7		
		Gesamt	12	100,0		
Anorexia nervosa	Gültig	ja	2	10,5	10,5	10,5
		nein	17	89,5	89,5	100,0
		Gesamt	19	100,0	100,0	
sonstiges	Gültig	ja	2	50,0	66,7	66,7
		nein	1	25,0	33,3	100,0
		Gesamt	3	75,0	100,0	
	Fehlend	System	1	25,0		
	Gesamt	4	100,0			

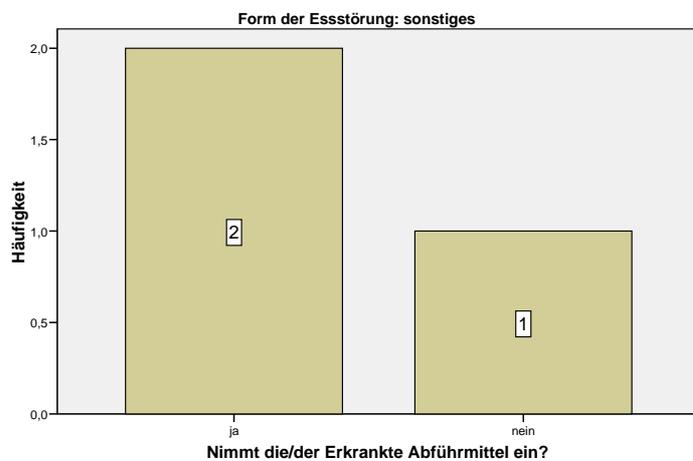
Nimmt die/der Erkrankte Abführmittel ein?



Nimmt die/der Erkrankte Abführmittel ein?



Nimmt die/der Erkrankte Abführmittel ein?



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Abführmitteleinnahme nach Essstörungsformen gegliedert (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungsformen)

Erbrechen

Tabelle 19: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Erbrechen

Erbricht die/der Erkrankte?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	19	50,0	52,8	52,8
	nein	17	44,7	47,2	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

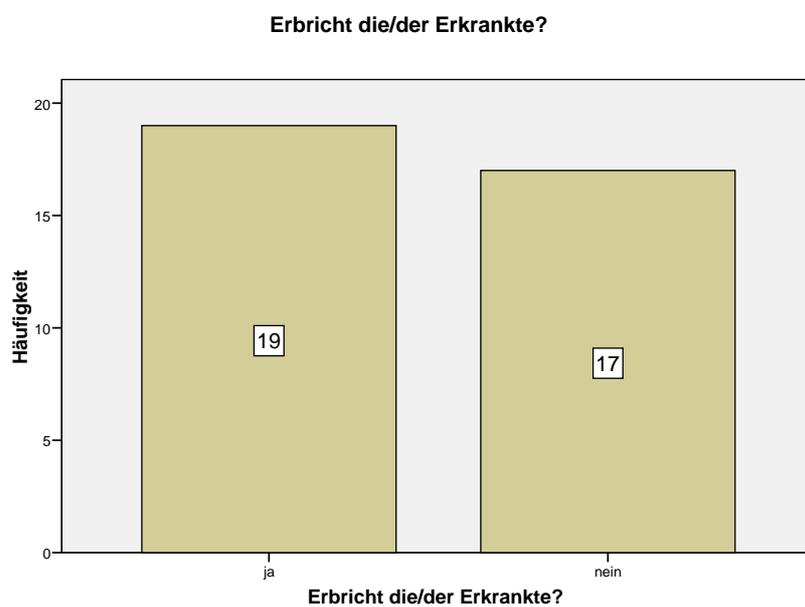
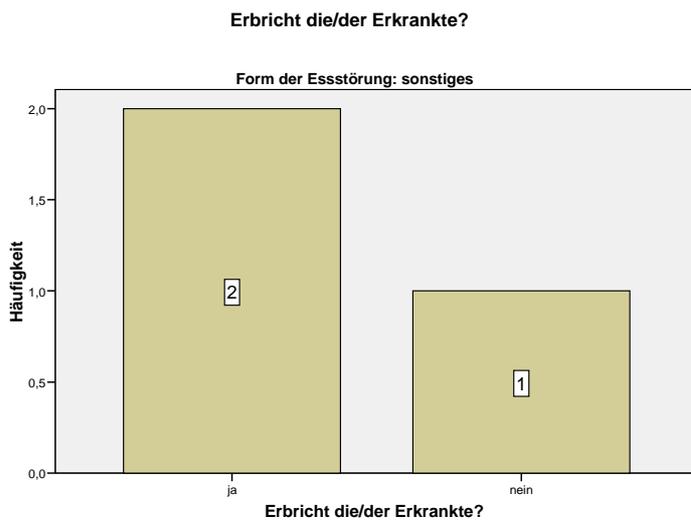
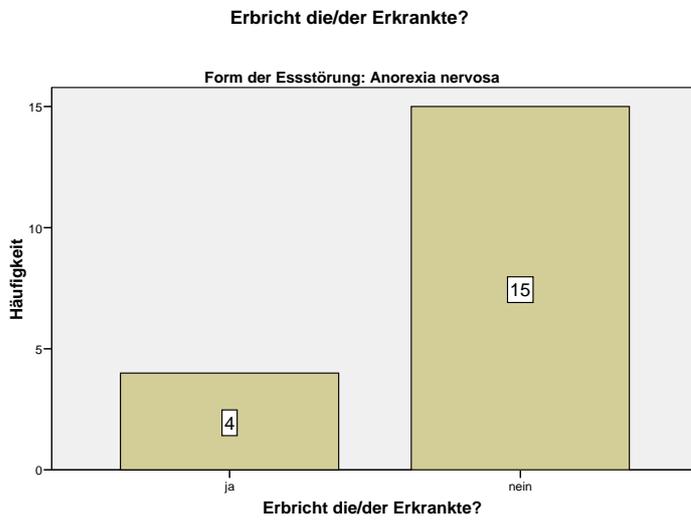
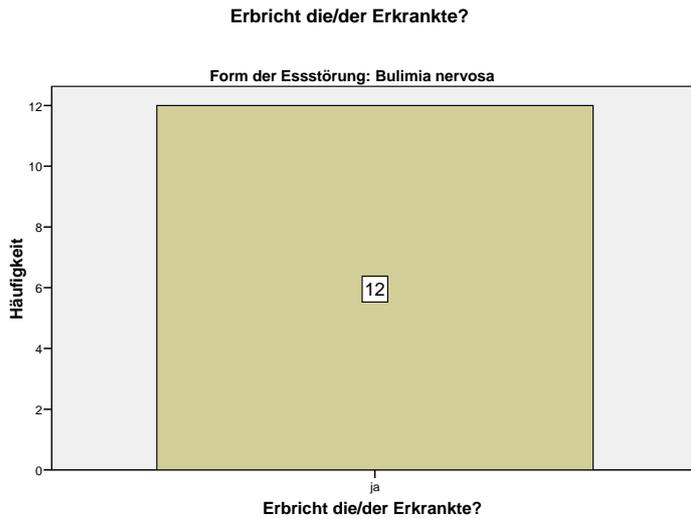


Abbildung 22: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Erbrechen

Tabelle 20: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Erbrechen getrennt nach Essstörungsform

Erbricht die/der Erkrankte?						
Form der Essstörung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
.	Gültig	ja	1	33,3	50,0	50,0
		nein	1	33,3	50,0	100,0
		Gesamt	2	66,7	100,0	
	Fehlend	System	1	33,3		
	Gesamt		3	100,0		
Bulimia nervosa	Gültig	ja	12	100,0	100,0	100,0
Anorexia nervosa	Gültig	ja	4	21,1	21,1	21,1
		nein	15	78,9	78,9	100,0
		Gesamt	19	100,0	100,0	
sonstiges	Gültig	ja	2	50,0	66,7	66,7
		nein	1	25,0	33,3	100,0
		Gesamt	3	75,0	100,0	
	Fehlend	System	1	25,0		
	Gesamt		4	100,0		



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 23: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Erbrechen nach Essstörungsformen gegliedert (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungsformen)

Vorsätzliche Selbstverletzung

Tabelle 21: Häufigkeitstabelle Erkrankte und vorsätzliche Selbstverletzung

Verletzt sich die/der Erkrankte vorsätzlich selbst?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	8	21,1	23,5	23,5
	nein	26	68,4	76,5	100,0
	Gesamt	34	89,5	100,0	
Fehlend	System	4	10,5		
Gesamt		38	100,0		

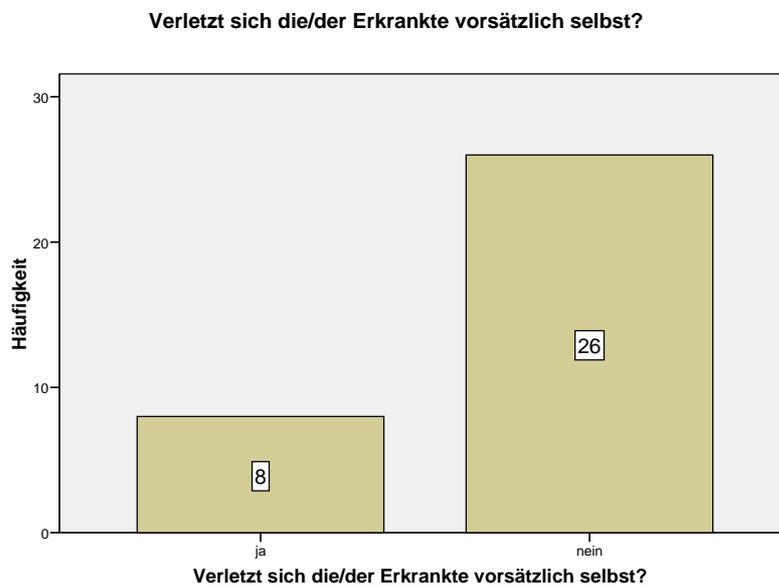
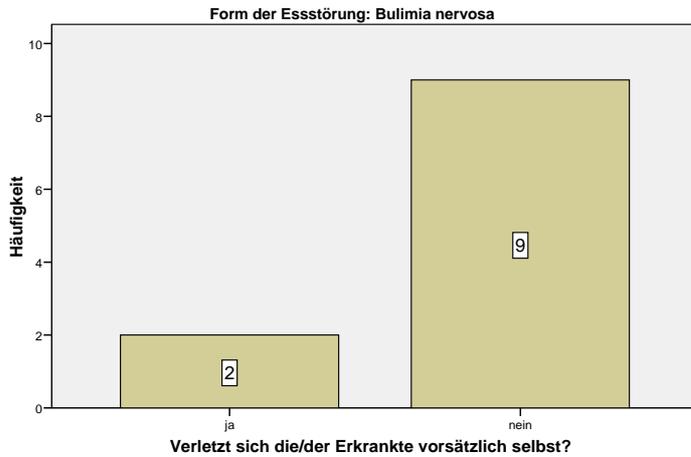


Abbildung 24: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und vorsätzliche Selbstverletzung

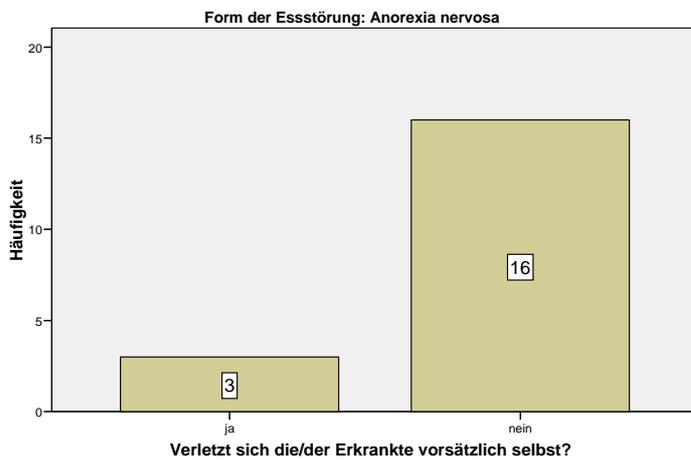
Tabelle 22: Häufigkeitstabelle Erkrankte und vorsätzliche Selbstverletzung getrennt nach Essstörungsform

Verletzt sich die/der Erkrankte vorsätzlich selbst?						
Form der Essstörung			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	Gültig	nein	1	33,3	100,0	100,0
	Fehlend	System	2	66,7		
	Gesamt		3	100,0		
Bulimia nervosa	Gültig	ja	2	16,7	18,2	18,2
		nein	9	75,0	81,8	100,0
		Gesamt	11	91,7	100,0	
	Fehlend	System	1	8,3		
	Gesamt		12	100,0		
Anorexia nervosa	Gültig	ja	3	15,8	15,8	15,8
		nein	16	84,2	84,2	100,0
		Gesamt	19	100,0	100,0	
sonstiges	Gültig	ja	3	75,0	100,0	100,0
		Fehlend	1	25,0		
		Gesamt	4	100,0		

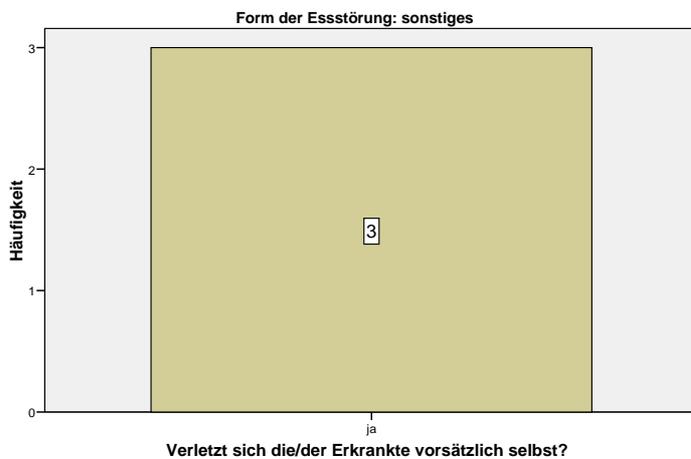
Verletzt sich die/der Erkrankte vorsätzlich selbst?



Verletzt sich die/der Erkrankte vorsätzlich selbst?



Verletzt sich die/der Erkrankte vorsätzlich selbst?



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 25: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und vorsätzliche Selbstverletzung getrennt nach Essstörungsform (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungsformen)

Depressionen

Tabelle 23: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Depressionen

Leidet die/der Erkrankte unter Depressionen?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	26	68,4	72,2	72,2
	nein	10	26,3	27,8	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

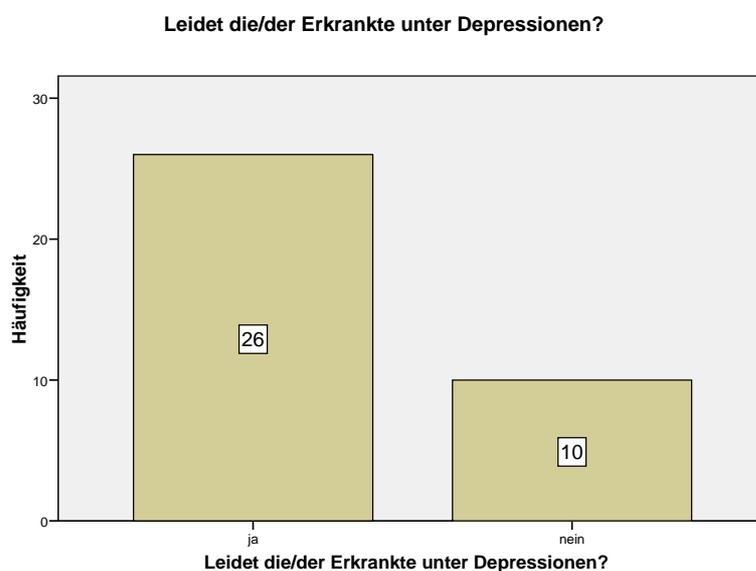
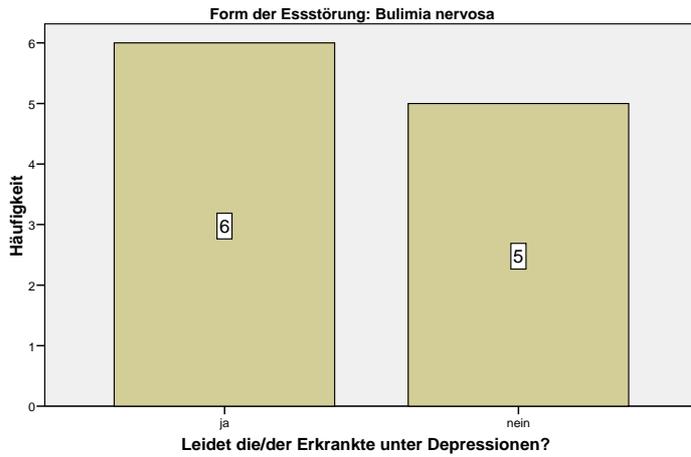


Abbildung 26: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Depressionen

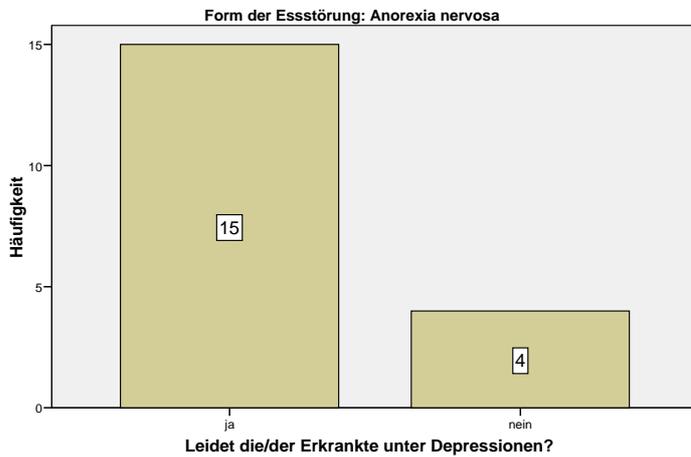
Tabelle 24: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Depressionen nach Essstörungsform aufgeteilt

Leidet die/der Erkrankte unter Depressionen?					
Form der Essstörung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
.	Gültig ja	2	66,7	100,0	100,0
	Fehlend System	1	33,3		
	Gesamt	3	100,0		
Bulimia nervosa	Gültig ja	6	50,0	54,5	54,5
	nein	5	41,7	45,5	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
	Fehlend System	1	8,3		
	Gesamt	12	100,0		
Anorexia nervosa	Gültig ja	15	78,9	78,9	78,9
	nein	4	21,1	21,1	100,0
	Gesamt	19	100,0	100,0	
sonstiges	Gültig ja	3	75,0	75,0	75,0
	nein	1	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	4	100,0	100,0	

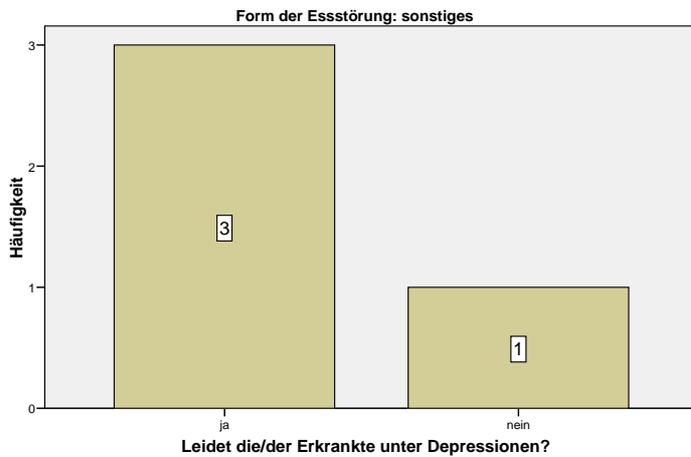
Leidet die/der Erkrankte unter Depressionen?



Leidet die/der Erkrankte unter Depressionen?



Leidet die/der Erkrankte unter Depressionen?



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 27: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Depressionen getrennt nach Essstörungsform (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungsformen)

Hyperaktivität

Tabelle 25: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Hyperaktivität

Ist die/der Erkrankte körperlich hyperaktiv?					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	11	28,9	31,4	31,4
	nein	24	63,2	68,6	100,0
	Gesamt	35	92,1	100,0	
Fehlend	System	3	7,9		
Gesamt		38	100,0		

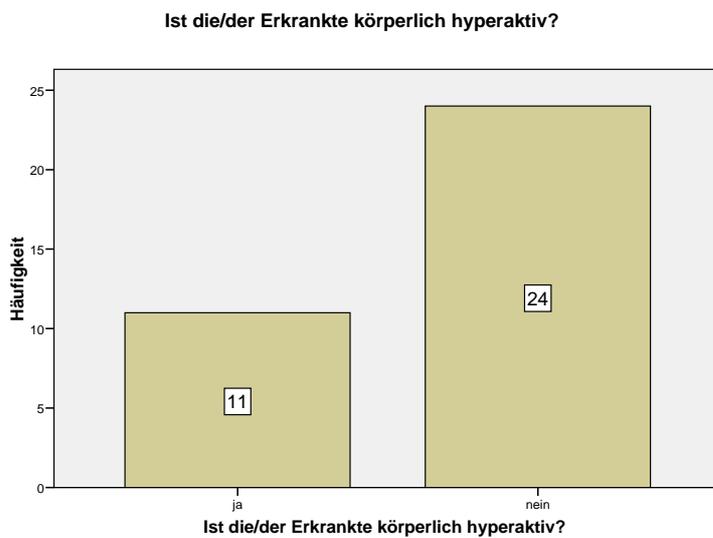
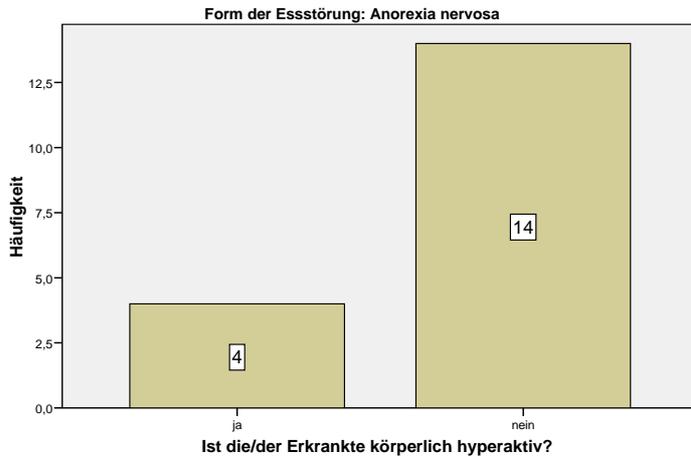


Abbildung 28: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Hyperaktivität

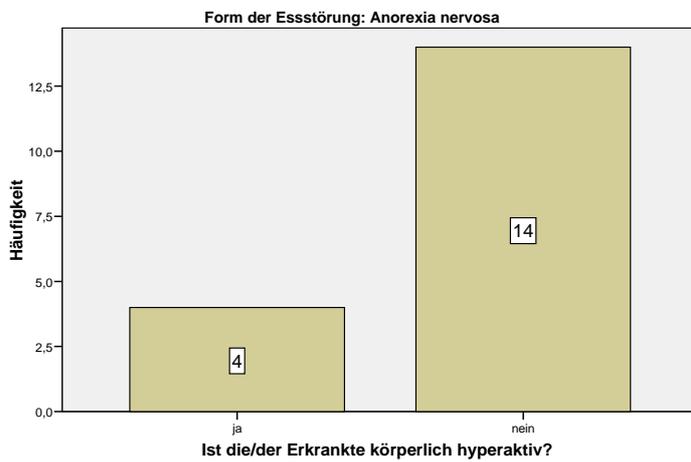
Tabelle 26: Häufigkeitstabelle Erkrankte und Hyperaktivität getrennt nach Essstörungsform

Ist die/der Erkrankte körperlich hyperaktiv?						
Form der Essstörung		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
.	Gültig	ja	1	33,3	50,0	50,0
		nein	1	33,3	50,0	100,0
		Gesamt	2	66,7	100,0	
	Fehlend	System	1	33,3		
	Gesamt		3	100,0		
Bulimia nervosa	Gültig	ja	3	25,0	27,3	27,3
		nein	8	66,7	72,7	100,0
		Gesamt	11	91,7	100,0	
	Fehlend	System	1	8,3		
	Gesamt		12	100,0		
Anorexia nervosa	Gültig	ja	4	21,1	22,2	22,2
		nein	14	73,7	77,8	100,0
		Gesamt	18	94,7	100,0	
	Fehlend	System	1	5,3		
	Gesamt		19	100,0		
sonstiges	Gültig	ja	3	75,0	75,0	75,0
		nein	1	25,0	25,0	100,0
		Gesamt	4	100,0	100,0	

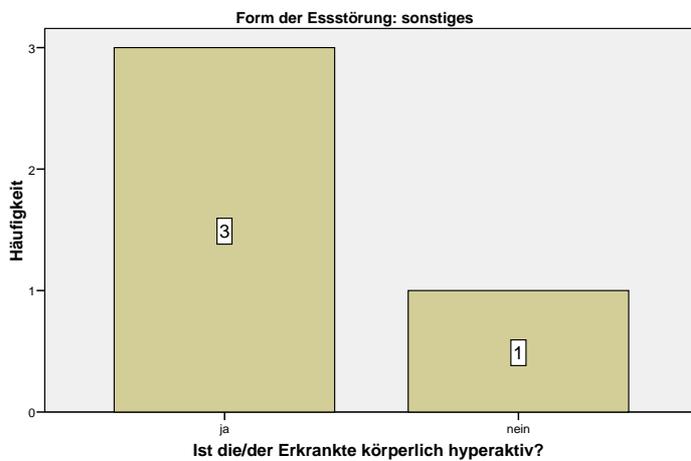
Ist die/der Erkrankte körperlich hyperaktiv?



Ist die/der Erkrankte körperlich hyperaktiv?



Ist die/der Erkrankte körperlich hyperaktiv?



Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Abbildung 29: Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Hyperaktivität getrennt nach Essstörungsform (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungsformen)

Sonstige nähere Angaben zur Erkrankung (offene Frage)

Die Tabelle im Anschluss listet die freien Angaben der Angehörigen unter dem Punkt „Sonstige nähere Angaben zur Erkrankung, die Sie uns mitteilen wollen“ auf:

Tabelle 27: Nähere Angaben der Angehörigen zur Erkrankung und deren Häufigkeit (differenziert nach den Essstörungen)

Sonstige nähere Angaben zur Erkrankung:

Form der Essstörung		Häufigkeit
.	Gültig	3
Bulimia nervosa	Gültig	9
	häufige Stimmungsschwankungen	1
	seit 2007 Diabetes I	1
	Sport, Sport, Sport! übermäßiges Training --> viele Kalorien verbrennen, wenig --> nur das Allernötigste (Plan) essen	1
	Gesamt	12
Anorexia nervosa	Gültig	14
	benützt nicht den Aufzug (geht zu Fuß), steht immer in der Straßenbahn; hat auch im Winter meist das Fenster geöffnet; sehr kalt im eigenen Zimmer	1
	Die letzten 3 J. stabiler	1
	sehr geringe Essenszufuhr	1
	starke seelische Schwankungen	1
	Zwänge, Panikattacken	1
	Gesamt	19
sonstiges	Gültig	3
	Die Erkrankung liegt schon einige Zeit zurück, durch gute Betreuung geht es derzeit gut.	1
	Gesamt	4

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

4.2 Antwort auf die Fragestellung

4.2.1 Psychometrische Überprüfung des CaNAM

In der folgenden Darstellung werden die testtheoretischen Kennwerte

Reliabilität (Innere Konsistenz),

Itemtrennschärfe und Itemattraktivität (im Rahmen einer Itemanalyse) sowie

Objektivität

angeführt.

Die Tabellen schließen jeweils an die Beschreibung der Ergebnisse an.

Reliabilität

(Innere/Interne Konsistenz: Die Reliabilität wird über die Berechnung von Korrelationen zwischen Messwerten ermittelt. Jede Itemantwort wird als Messwert betrachtet.)

Für den *Bereich 1* („Informationen über Essstörungen“) wurde – wie die Tabelle unten zeigt – ein Cronbach Alpha von 0,897 ermittelt. Damit misst die Skala sehr gut (als ausreichend guter **Reliabilitätskoeffizient** gilt ein Cronbach Alpha von 0,7 und größer). Für *Bereich 2* („Unterstützung von Anderen/Organisationen“) ergab sich ein Cronbach Alpha von 0,880, also ebenfalls ein guter Wert.

Für *Bereich 3* („Unterstützung für sich selbst“) wurde ein Cronbach Alpha mit 0,694 errechnet, damit ein gerade noch akzeptabler (grenzwertig) Wert für die Reliabilität dieser Skala.

Die Reliabilität für die *Skala 4* („Andere Bereiche, wo Sie Hilfe benötigen könnten“) liegt mit einem Cronbach Alpha von 0,853 in einem sehr guten Bereich.

Insgesamt betrachtet misst der Fragebogen CaNAM mit einer ausreichenden bis sehr guten Genauigkeit (Zuverlässigkeit). Der Reliabilitätskoeffizient Cronbach Alpha liegt skalenabhängig zwischen 0,694 und 0,897.

Die Ergebnisse im Einzelnen zeigen die folgenden Tabellen:

Tabelle 28: Reliabilität des CaNAM für die Skala (Bereich) 1

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

	Anzahl	%
Fälle Gültig	38	100,0
Ausgeschlossen ^a	0	,0
Insgesamt	38	100,0

^a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,897	14

Fortsetzung Tab. 28:

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
InfoEsstallgBed	5,8684	18,280	,414	,897
InfoörtlSHGBed	5,5000	17,554	,527	,893
InfoHilfsgruppenBed	5,6316	16,996	,656	,887
InfoKrisentelBed	5,5789	17,385	,556	,891
InfoBeratungBed	5,7105	16,752	,738	,883
InfoTherapieBed	5,7368	16,902	,708	,885
InfoBewältigungBed	5,6579	17,096	,633	,888
InfoErfolgBed	5,5000	17,878	,445	,896
InfoBehandlgsmöglBed	5,5789	17,007	,653	,887
InfoBehandlgsplanaktBed	5,9211	18,129	,510	,893
InfoBehandlgsplanzukBed	5,7368	16,740	,752	,883
InfoVerlaufBed	5,6842	17,303	,585	,890
InfoKontaktAngehBed	5,6053	18,083	,383	,899
InfoRückfallBed	5,6579	17,096	,633	,888

Bereich 1 (Informationen über Essstörungen): Liste der 14 Fragen

Genügend Informationen über Essstörungen im allgemeinen erhalten?
Genügend Informationen über örtliche Selbsthilfegruppen erhalten?
Genügend Informationen über Einzel- oder Familienhilfsgruppen erhalten?
Genügend Informationen über telefonischen Krisenhilfsdienst erhalten?
Genügend Informationen darüber, wo Sie Unterstützung oder Beratung erhalten können?
Genügend Informationen über Beratungs- oder Therapieangebote für Sie?
Genügend Informationen über Bewältigungsstrategien für Ihre Probleme?
Genügend Informationen über "Erfolgsberichte", z.B. von Leuten, die von einer Essstörung genesen sind?
Genügend Informationen über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für Essstörungen erhalten?
Genügend Informationen über aktuellen Behandlungsplan Ihres Angehörigen erhalten?
Genügend Informationen über zukünftigen Behandlungsplan erhalten?
Genügend Informationen über Verlaufsprognose Ihres Familienangehörigen erhalten?
Genügend Informationen über Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigen in ähnlicher Situation erhalten?
Genügend Informationen darüber erhalten, was Sie tun können / an wen Sie sich wenden können im Falle eines Rückfalls?

Tabelle 29: Reliabilität des CaNAM für die Skala (Bereich) 2

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

	Anzahl	%
Fälle Gültig	38	100,0
Ausgeschlossen ^a	0	,0
Insgesamt	38	100,0

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Fortsetzung Tab. 29:

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,880	13

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
UntFPartnerBed	3,9211	13,804	,328	,882
UntFFamengBed	3,8421	13,272	,448	,877
UntFFamweitBed	3,8684	12,712	,651	,866
UntFFreundeBed	3,8947	12,745	,667	,866
UntFArbeitBed	3,8421	12,623	,658	,866
UntFKollegenBed	3,8947	12,962	,591	,869
UntFGesundSysBed	3,8158	13,344	,412	,879
UntFHausarztBed	3,8158	13,289	,428	,878
UntFSozarbeiterBed	3,8158	12,695	,615	,868
UntFSHGBed	3,6842	12,925	,498	,874
UntFGruppenBed	3,7895	12,387	,699	,863
UntFVerbändeBed	3,6842	12,384	,661	,865
UntFKrisentelBed	3,7105	12,482	,637	,866

Bereich 2 (Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen): Liste der 13 Fragen

Ausreichende Unterstützung erhalten von Partner/engem Freund?
Ausreichende Unterstützung erhalten von engstem Familienkreis?
Ausreichende Unterstützung erhalten von weitläufigem Familienkreis?
Ausreichende Unterstützung erhalten von Freunden?
Ausreichende Unterstützung erhalten von Arbeitgeber?
Ausreichende Unterstützung erhalten von Arbeitskollegen?
Ausreichende Unterstützung erhalten von Mitarbeitern des Gesundheitssystems (Ärzte, Psychologen, Pfleger etc.)?
Ausreichende Unterstützung erhalten von praktischem Arzt/Hausarzt?
Ausreichende Unterstützung erhalten von Sozialarbeiter?
Ausreichende Unterstützung erhalten von Selbsthilfegruppe?
Ausreichende Unterstützung erhalten von anderen Gruppen (für Sie selbst, die Familie)?
Ausreichende Unterstützung erhalten von Regionalverbänden für Essstörungen?
Ausreichende Unterstützung erhalten von Krisendiensttelefon?

Tabelle 30: Reliabilität des CaNAM für die Skala (Bereich) 3

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

		Anzahl	%
Fälle	Gültig	38	100,0
	Ausgeschlossen ^a	0	,0
	Insgesamt	38	100,0

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,694	5

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
UntSProfiBed	1,1316	1,523	,421	,656
UntSmitteilenBed	1,2105	1,576	,499	,634
UntSKontaktähnlichBed	1,1316	1,577	,362	,680
UntSTreffenBed	,8947	1,340	,454	,647
UntSTippsMahlzeitBed	1,0000	1,297	,543	,601

Bereich 3 (Unterstützung für Sie selbst): Liste der 5 Fragen

Haben Sie es geschafft, für sich selbst professionelle Hilfe zu suchen?
Haben Sie es geschafft, Ihrem erkrankten Angehörigen mitzuteilen, dass Sie Hilfe brauchen?
Haben Sie es geschafft, mit jemandem Kontakt aufzunehmen, der in einer ähnlichen Situation war, um sich gegenseitig beizustehen?
Haben Sie es geschafft, sich mit Leuten zu treffen, die eine Essstörung überstanden haben?
Haben Sie es geschafft, sich Tipps für die Mahlzeitgestaltung zu holen (z.B. wie man die Mahlzeiten gestaltet, wie man die Familie zusammen an den Esstisch bekommt etc.)?

Tabelle 31: Reliabilität des CaNAM für die Skala (Bereich) 4

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

		Anzahl	%
Fälle	Gültig	38	100,0
	Ausgeschlossen ^a	0	,0
	Insgesamt	38	100,0

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Fortsetzung Tab. 31:

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,853	15

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
HilfeEssenplanenBed	8,8421	14,353	,477	,844
HilfepraktMahlzeitBed	8,8684	13,847	,616	,836
HilfeEmotionBed	8,6316	14,996	,389	,849
HilfeBewältigungBed	8,7632	14,672	,410	,848
HilfeVerschlechtergBed	8,5263	15,067	,517	,844
HilfeEssensverweiggBed	8,6579	14,177	,632	,836
HilfeTrinkensverweiggBed	8,8684	14,280	,493	,843
HilfeErbrechenBed	8,7368	14,145	,577	,839
HilfeHineinschlingenBed	8,7368	14,415	,496	,843
HilfeSelbstverletzenBed	8,8684	14,388	,463	,845
HilfeIsolationBed	8,7895	13,846	,640	,835
HilfeexzessivSportBed	9,0000	14,541	,425	,847
HilfeKontaktenBed	8,8158	14,857	,343	,852
HilfeZeitaufgBed	9,0263	13,810	,640	,835
HilfePrognosewissenBed	8,7632	15,321	,229	,858

Bereich 4 (Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten): Liste der 15 Fragen

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Essen planen mit der Person, die Sie versorgen?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich praktischer Umgang mit Mahlzeiten (z.B. Größe der Portionen)?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich Umgang mit Ihren Emotionen hierbei (z.B. wie Sie mit den Gefühlen umgehen, die Essen bei Ihrem Angehörigen erzeugt)?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich Bewältigungstechniken für Belastungen in Ihrer Situation?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, Ihrem Angehörigen geht es schlechter?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu essen?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu trinken?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger nach dem Essen erbricht?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger Essen in sich hineinschlingt?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich vorsätzlich selbst verletzt (z.B. durch Schneiden oder sich Brennen)?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sozial isoliert ist oder sich zurückzieht?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger exzessiv Sport treibt?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Wie man innerhalb der Familie besser miteinander in Kontakt tritt?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Wie Sie Ihre Zeit zwischen dem kranken Angehörigen und Ihren anderen Kindern besser aufteilen?
Möchten Sie Unterstützung im Bereich Wissen über die Prognose Ihres Angehörigen und dessen/deren eigene Erwartungen?

Zu den Ergebnissen der **Itemanalyse**:

Die **Itemtrennschärfe** (siehe in den Tabellen unter „Korrigierte Item – Skala – Korrelation“) soll ausdrücken, wie gut ein Item zwischen verschiedenen Eigenschaftsausprägungen der Personen 'trennt'. Der Trennschärfe eines Items ist – anders formuliert – zu entnehmen, wie gut das gesamte Testergebnis aufgrund der Beantwortung eines einzelnen Items vorhersagbar ist (Bortz & Döring, 2005). Eine hohe Trennschärfe bedeutet also, dass das Item zwischen den Probanden im Sinne des Gesamttests (-fragebogens) zu differenzieren vermag (d.h. Probanden mit hoher Merkmalsausprägung lösen ein Item „richtig“, Probanden mit niedriger dagegen nicht).

Die Itemtrennschärfe lag in vorliegender Untersuchung bei der überwiegenden Anzahl der Items in einem guten bis sehr guten Bereich. Bewegt sich der Korrelationsmesswert der Itemtrennschärfe (Trennschärfekoeffizient) in der Nähe von 0 oder ist negativ, so ist er inakzeptabel und das Item sollte aus dem Fragebogen genommen werden.

Als nicht besonders gute Messwerte der Itemtrennschärfe ($r < 0,4$) waren folgende ersichtlich. Wobei anzumerken ist, dass lediglich ein Item (aus der Skala 4, gekennzeichnet durch Fettschrift) an der von Lienert und Ratz (1994) empfohlenen unteren Grenze von 0,23 liegt:

Items der Skala 1:

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Genügend Informationen über Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigen in ähnlicher Situation erhalten?	5,6053	18,083	,383	,899

Items der Skala 2

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Ausreichende Unterstützung erhalten von Partner/engem Freund?	3,9211	13,804	,328	,882

Items der Skala 3:

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Haben Sie es geschafft, mit jemandem Kontakt aufzunehmen, der in einer ähnlichen Situation war, um sich gegenseitig beizustehen?	1,1316	1,577	,362	,680

Items der Skala 4:

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Möchten Sie Unterstützung im Bereich Umgang mit Ihren Emotionen hierbei (z.B. wie Sie mit den Gefühlen umgehen, die Essen bei Ihrem Angehörigen erzeugt)?	8,6316	14,996	,389	,849
Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Wie man innerhalb der Familie besser miteinander in Kontakt tritt?	8,8158	14,857	,343	,852
Möchten Sie Unterstützung im Bereich Wissen über die Prognose Ihres Angehörigen und dessen/deren eigene Erwartungen?	8,7632	15,321	,229	,858

Eine Darstellung der **Itemattraktivität (Itemschwierigkeit)** liefern die Häufigkeitstabellen unter Kapitel 4.2.2.1. Mit diesem Kennwert wird die Anzahl aller Personen, die sich für eine Antwort entschieden haben, angegeben. Aufgaben oder Items mit sehr hoher oder sehr niedriger Attraktivität bzw. Schwierigkeit sollten nicht in die Endfassung eines Tests oder Fragebogens übernommen werden, da sie nicht ausreichend zwischen den untersuchten Personen differenzieren.

Mit anderen Worten: Die Itemschwierigkeit wird durch einen Index gekennzeichnet, der dem Anteil derjenigen Personen entspricht, die das Item richtig lösen oder bejahen (Bortz & Döring, 2005). Früher wurde dieser Index darum auch *Popularitätsindex* genannt.

Zweck des Schwierigkeitsindex ist die Unterscheidung von Probanden mit hoher Merkmalsausprägung und Probanden mit niedriger Merkmalsausprägung. Unbrauchbar sind demzufolge alle Items, die von allen Probanden bzw. Items, die von keinem Probanden gelöst werden konnten oder bejaht werden. Mit dem Schwierigkeitsindex sollen demnach die Items selektiert werden, die nicht diesen beiden Klassen zugehören.

In den Tabellen unten kann die Itemattraktivität – getrennt nach den 4 Fragebogenbereichen – jeweils in der Spalte „gültige Prozente“ abgelesen werden. Insgesamt zeigt sich ein (eher) unauffälliges Bild. Ein Item zeigt eine auffällige Itemattraktivität, wenn es sehr häufig bzw. umgekehrt sehr selten gewählte Antworten aufweist (ausgedrückt in Prozenten: in der Nähe von 100% bzw. 0%). Ein solches Item ist wenig aussagekräftig und sollte überarbeitet werden.

Im Fall vorliegender psychometrischer Überprüfung traten keine absolut „extremen“ Werte der Itemattraktivität auf. Es wurde bei keinem der Items von allen Personen die gleiche Antwortkategorie gewählt. Jedoch weisen einige Werte auf eine geringere Aussagekraft des entsprechenden Items hin:

Items der Skala 1:

Genügend Informationen über Essstörungen im allgemeinen erhalten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	9	23,7	23,7	23,7
	Ich brauche keine Informationen darüber.	1	2,6	2,6	26,3
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	28	73,7	73,7	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Nur 2,6 % der 38 Befragten wählten bei dieser Frage (Item) die Antwortkategorie „Ich brauche keine Informationen darüber.“ Damit weist sich das Item als eher wenig aussagekräftig aus, es „trennt“ eher schlecht zwischen den einzelnen untersuchten Personen.

Fortsetzung Items der Skala 1:

Genügend Informationen über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für Essstörungen erhalten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	20	52,6	55,6	55,6
	Ich brauche keine Informationen darüber.	2	5,3	5,6	61,1
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	14	36,8	38,9	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Auch diese Frage (dieses Item) zeigt eine eher auffällige Itemattraktivität. (Nur 5,6 % von 36 Befragten und damit ein sehr kleiner Anteil entschied sich für die Antwort „Ich brauche keine Informationen darüber.“)

Items der Skala 2:

Ausreichende Unterstützung erhalten von Partner/engem Freund?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	8	21,1	21,6	21,6
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	3	7,9	8,1	29,7
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	26	68,4	70,3	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Ausreichende Unterstützung erhalten von Krisendiensttelefon?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	16	42,1	44,4	44,4
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	17	44,7	47,2	91,7
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	3	7,9	8,3	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

In diesem Bereich weisen ebenfalls zwei Items eine eher auffällige Itemattraktivität mit den Indizes 8,1 % und 8,3 % auf.

Die **Items der Skala 3** blieben unauffällig.

Items der Skala 4:

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Umgang mit Ihren Emotionen hierbei (z.B. wie Sie mit den Gefühlen umgehen, die Essen bei Ihrem Angehörigen erzeugt)?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	30	78,9	78,9	78,9
	Nein	5	13,2	13,2	92,1
	Weiß nicht	3	7,9	7,9	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, Ihrem Angehörigen geht es schlechter?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	34	89,5	91,9	91,9
	Nein	3	7,9	8,1	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu essen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	29	76,3	80,6	80,6
	Nein	5	13,2	13,9	94,4
	Weiß nicht	2	5,3	5,6	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger nach dem Essen erbricht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	26	68,4	72,2	72,2
	Nein	7	18,4	19,4	91,7
	Weiß nicht	3	7,9	8,3	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger Essen in sich hineinschlingt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	26	68,4	70,3	70,3
	Nein	8	21,1	21,6	91,9
	Weiß nicht	3	7,9	8,1	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Fortsetzung Items der Skala 4:

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Wissen über die Prognose Ihres Angehörigen und dessen/deren eigene Erwartungen?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Ja	25	65,8	69,4	69,4
Nein	8	21,1	22,2	91,7
Weiß nicht	3	7,9	8,3	100,0
Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend				
System	2	5,3		
Gesamt	38	100,0		

Der Bereich 4 zeigt am häufigsten Itemattraktivitätsindizes, die eher unbefriedigend sind. Ein insbesondere auffälliges Item stellt die Frage „Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, Ihrem Angehörigen geht es schlechter?“ dar. Es wurden nur zwei von drei Antwortmöglichkeiten tatsächlich gewählt: Mit „Ja“ antworteten 91,9 %, mit „Nein“ 8,1 % von 37 Befragten, „Weiß nicht“ wurde gar nicht gewählt. In Bereich 4 wurde die Antwort „weiß nicht“ bei 5 von den 15 Fragen nur (sehr) selten (mit einer Bandbreite von 5,6 % bis 8,3 %) und 1 Mal gar nicht gewählt. Es ist daher zu überlegen, ob diese Antwortkategorie nicht besser weggelassen werden sollte.

Objektivität

Zuletzt soll der Grad, in dem die Ergebnisse des Fragebogens unabhängig vom Untersucher sind, näher betrachtet werden.

Durchführungsobjektivität

Es handelt sich beim CaNAM um einen Fragebogen und damit um eine schriftliche Vorgabe an die Befragten (in Papier-Bleistift-Form). Somit kann von einer zu einem hohen Grad gegebenen Durchführungsobjektivität ausgegangen werden. Gewisse Fehlerquellen sind dennoch gegeben; z.B. durch Unterbrechung bei der Fragebogenbearbeitung durch den Befragten kann die Konstanz der Untersuchungsbedingungen gestört sein. Ebenfalls kann etwa die Bearbeitung des Fragebogens durch die Versuchsperson in einer anderen als vorgegebenen Item-Reihenfolge einen Störfaktor darstellen. Werden die Fragebogen ohne Aufsicht durch einen „Testleiter“ beantwortet so sind die Untersuchungsbedingungen nur eingeschränkt als „gleich“ und wiederholbar zu sehen (z.B. schriftliche Testanweisung zur Abhilfe).

Auswertungsobjektivität

Wird zur Auswertung der Ergebnisse ein statistisches Datenanalyseprogramm wie SPSS verwendet, so kann ebenfalls von einer Auswertungsobjektivität mit guter Ausprägung gesprochen werden. Fehler können jedoch in der Dateneingabe passieren. Die Codierung der offenen Fragen des Fragebogens ist ebenfalls fehleranfällig.

Interpretationsobjektivität

Schließlich ist zur Interpretationsobjektivität festzuhalten, dass diese in geringem Maß gegeben ist. Denn es liegen keine Vorgaben, Instruktionen (Interpretationshinweise) bzw. Normen als quantitativer Vergleichsmaßstab vor.

4.2.2 Antwort auf die weiteren Fragen (Hypothesen)

4.2.2.1 Frage I

Haben die Angehörigen von Personen mit Essstörungen ein Bedürfnis nach Unterstützung?

In welchen Bereichen bestehen bei den Angehörigen von EssstörungspatientInnen Unterstützungsbedürfnisse?

Im Folgenden werden die Bedürfnisse getrennt nach den 4 Bereichen und für jedes einzelne Item (=Frage) dargestellt. Den Tabellen jeweils vorangestellt, werden wesentliche Ergebnisse herausgegriffen und festgehalten.

Bereich „Informationen über Essstörungen“

Die Angehörigen gaben auf Fragen zum Bereich „Informationen über Essstörungen“ in durchschnittlich 43,61 % von 14 Fragen ungedeckte Bedürfnisse an. Dieses Ergebnis unterscheidet sich nur unwesentlich, vergleicht man die Angehörigen hinsichtlich der beiden Erkrankungsformen der Familienmitglieder (siehe Tab. unten).

Tabelle 32: Mittelwert ungedeckte Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Informationen über Essstörungen“ (inkl. getrennt nach Erkrankungsform des Familienmitglieds)

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
InfoGesBed	38	,00	1,00	,4361	,31935
Gültige Werte (Listenweise)	38				

Deskriptive Statistik

Form der Essstörung		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
.	InfoGesBed	3	,00	,93	,5000	,46839
	Gültige Werte (Listenweise)	3				
Bulimia nervosa	InfoGesBed	12	,00	1,00	,4583	,34115
	Gültige Werte (Listenweise)	12				
Anorexia nervosa	InfoGesBed	19	,00	1,00	,4323	,30535
	Gültige Werte (Listenweise)	19				
sonstiges	InfoGesBed	4	,00	,79	,3393	,32668
	Gültige Werte (Listenweise)	4				

Anmerkung: sonstiges = es wurde von den Angehörigen im Datenblatt sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa als Erkrankungsform des Familienmitglieds angegeben.

Hohe Ausprägungen ungedeckter Unterstützungsbedürfnisse zeigten sich insbesondere bei den Fragen:

Haben Sie genügend Informationen über örtliche Selbsthilfegruppen erhalten? (60,5% antworteten mit „nein“, Anm.: gültige Prozente)

Haben Sie genügend Informationen über telefonischen Krisenhilfsdienst erhalten? (52,6%)

Haben Sie genügend Informationen über „Erfolgsberichte“ erhalten, z.B. von Leuten, die von einer Essstörung genesen sind? (62,2%)

Haben Sie genügend Informationen über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für Essstörungen erhalten? (55,6%)

Haben Sie genügend Informationen über Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigen in ähnlicher Situation erhalten? (54,3%)

Auffällig viele gaben gedeckte Bedürfnisse an betreff der Frage:

Genügend Informationen über Essstörungen im allgemeinen erhalten? (73,7%)

Ebenfalls gaben viele an, genügend Informationen über aktuellen und zukünftigen Behandlungsplan des Erkrankten erhalten zu haben. (67,6% und 50,0%)

Die Ergebnisse im Einzelnen zeigt die Tabelle:

Tabelle 33: Häufigkeitstabelle Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Informationen über Essstörungen“ getrennt für jede Frage

Anmerkung zu den 3 Antwortmöglichkeiten:

Ungedecktes Bedürfnis = Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.

Gedecktes Bedürfnis = Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.

Kein Bedürfnis = Ich brauche keine Informationen darüber.

Genügend Informationen über Essstörungen im allgemeinen erhalten?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	9	23,7	23,7	23,7
Ich brauche keine Informationen darüber.	1	2,6	2,6	26,3
Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	28	73,7	73,7	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Genügend Informationen über örtliche Selbsthilfegruppen erhalten?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	23	60,5	60,5	60,5
Ich brauche keine Informationen darüber.	8	21,1	21,1	81,6
Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	7	18,4	18,4	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Genügend Informationen über Einzel- oder Familienhilfsgruppen erhalten?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	18	47,4	47,4	47,4
Ich brauche keine Informationen darüber.	6	15,8	15,8	63,2
Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	14	36,8	36,8	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Genügend Informationen über telefonischen Krisenhilfsdienst erhalten?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	20	52,6	52,6	52,6
Ich brauche keine Informationen darüber.	11	28,9	28,9	81,6
Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	7	18,4	18,4	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Fortsetzung Tab. 33:

Genügend Informationen darüber, wo Sie Unterstützung oder Beratung erhalten können?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	15	39,5	41,7	41,7
	Ich brauche keine Informationen darüber.	5	13,2	13,9	55,6
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	16	42,1	44,4	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Genügend Informationen über Beratungs- oder Therapieangebote für Sie?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	14	36,8	38,9	38,9
	Ich brauche keine Informationen darüber.	5	13,2	13,9	52,8
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	17	44,7	47,2	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Genügend Informationen über Bewältigungsstrategien für Ihre Probleme?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	17	44,7	45,9	45,9
	Ich brauche keine Informationen darüber.	6	15,8	16,2	62,2
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	14	36,8	37,8	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Genügend Informationen über "Erfolgsberichte", z.B. von Leuten, die von einer Essstörung genesen sind?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	23	60,5	62,2	62,2
	Ich brauche keine Informationen darüber.	6	15,8	16,2	78,4
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	8	21,1	21,6	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Fortsetzung Tab. 33:

Genügend Informationen über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für Essstörungen erhalten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	20	52,6	55,6	55,6
	Ich brauche keine Informationen darüber.	2	5,3	5,6	61,1
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	14	36,8	38,9	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Genügend Informationen über aktuellen Behandlungsplan Ihres Angehörigen erhalten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	7	18,4	18,9	18,9
	Ich brauche keine Informationen darüber.	5	13,2	13,5	32,4
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	25	65,8	67,6	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Genügend Informationen über zukünftigen Behandlungsplan erhalten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	14	36,8	38,9	38,9
	Ich brauche keine Informationen darüber.	4	10,5	11,1	50,0
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	18	47,4	50,0	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Genügend Informationen über Verlaufsprognose Ihres Familienangehörigen erhalten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	16	42,1	43,2	43,2
	Ich brauche keine Informationen darüber.	7	18,4	18,9	62,2
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	14	36,8	37,8	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Fortsetzung Tab. 33:

Genügend Informationen über Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigen in ähnlicher Situation erhalten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	19	50,0	54,3	54,3
	Ich brauche keine Informationen darüber.	10	26,3	28,6	82,9
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	6	15,8	17,1	100,0
	Gesamt	35	92,1	100,0	
Fehlend	System	3	7,9		
Gesamt		38	100,0		

Genügend Informationen darüber erhalten, was Sie tun können / an wen Sie sich wenden können im Falle eines Rückfalls?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.	17	44,7	45,9	45,9
	Ich brauche keine Informationen darüber.	4	10,5	10,8	56,8
	Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.	16	42,1	43,2	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Bereich „Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen“

Im Bereich „Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen“ gaben die Befragten im Durchschnitt bei 31,78 % der 13 Fragen ungedeckte Unterstützungsbedürfnisse an. Das Bild unter dem Aspekt Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa ist vergleichbar (siehe Tab. unten).

Tabelle 34: Mittelwert ungedeckte Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen“ (inkl. getrennt nach Erkrankungsform des Familienmitglieds)

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
UntFGesBed	38	,00	1,00	,3178	,29775
Gültige Werte (Listenweise)	38				

Fortsetzung Tab. 34:

Deskriptive Statistik

Form der Essstörung		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
.	UntFGesBed	3	,00	,46	,2308	,23077
	Gültige Werte (Listenweise)	3				
Bulimia nervosa	UntFGesBed	12	,00	1,00	,3846	,35479
	Gültige Werte (Listenweise)	12				
Anorexia nervosa	UntFGesBed	19	,00	,92	,3239	,29524
	Gültige Werte (Listenweise)	19				
sonstiges	UntFGesBed	4	,00	,23	,1538	,10879
	Gültige Werte (Listenweise)	4				

Anmerkung: sonstiges = es wurde von den Angehörigen im Datenblatt sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa als Erkrankungsform des Familienmitglieds angegeben.

Hohe Ausprägungen zeigten die Unterstützungswünsche v.a. betreffend die anschließenden Themen:

Ausreichende Unterstützung erhalten von Selbsthilfegruppe? (44,7% antworteten mit „nein“)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Regionalverbänden für Essstörungen? (45,9%)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Krisendiensttelefon? (44,4%)

Gedckte Bedürfnisse gaben viele an für die Aspekte:

Ausreichende Unterstützung erhalten von Partner/engem Freund? (70,3% antworteten mit „ja“)

Ausreichende Unterstützung erhalten von engstem Familienkreis? (60,5%)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Freunden? (47,4%)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Mitarbeitern des Gesundheitssystems (Ärzte, Psychologen, Pfleger etc.)? (54,1%)

Interessant auch die Nennungen, „kein Bedürfnis“ in bestimmten Bereichen zu haben („Ich brauche keine Unterstützung...“):

Ausreichende Unterstützung erhalten von weitläufigem Familienkreis? (37,8% antworteten mit „brauche ich nicht“)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Arbeitgeber bzw. Arbeitskollegen? (56,8% bzw. 59,5%)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Sozialarbeiter? (50,0%)

Ausreichende Unterstützung erhalten von anderen Gruppen (für Sie selbst, die Familie)?
(48,6%)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Krisendiensttelefon? (47,2%)

Die Ergebnisse im Einzelnen zeigt die Tabelle:

Tabelle 35: Häufigkeitstabelle Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen“ getrennt für jede Frage

Anmerkung zu den 3 Antwortmöglichkeiten:

Ungedecktes Bedürfnis = Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.

Gedecktes Bedürfnis = Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.

Kein Bedürfnis = Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.

Ausreichende Unterstützung erhalten von Partner/engem Freund?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	8	21,1	21,6	21,6
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	3	7,9	8,1	29,7
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	26	68,4	70,3	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Ausreichende Unterstützung erhalten von engstem Familienkreis?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	11	28,9	28,9	28,9
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	4	10,5	10,5	39,5
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	23	60,5	60,5	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Ausreichende Unterstützung erhalten von weitläufigem Familienkreis?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	10	26,3	27,0	27,0
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	14	36,8	37,8	64,9
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	13	34,2	35,1	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Fortsetzung Tab. 35:

Ausreichende Unterstützung erhalten von Freunden?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	9	23,7	23,7	23,7
Gültig Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	11	28,9	28,9	52,6
Gültig Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	18	47,4	47,4	100,0
Gültig Gesamt	38	100,0	100,0	

Ausreichende Unterstützung erhalten von Arbeitgeber?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	11	28,9	29,7	29,7
Gültig Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	21	55,3	56,8	86,5
Gültig Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	5	13,2	13,5	100,0
Gültig Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Ausreichende Unterstützung erhalten von Arbeitskollegen?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	9	23,7	24,3	24,3
Gültig Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	22	57,9	59,5	83,8
Gültig Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	6	15,8	16,2	100,0
Gültig Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Ausreichende Unterstützung erhalten von Mitarbeitern des Gesundheitssystems (Ärzte, Psychologen, Pfleger etc.)?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	12	31,6	32,4	32,4
Gültig Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	5	13,2	13,5	45,9
Gültig Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	20	52,6	54,1	100,0
Gültig Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Fortsetzung Tab. 35:

Ausreichende Unterstützung erhalten von praktischem Arzt/Hausarzt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	12	31,6	32,4	32,4
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	11	28,9	29,7	62,2
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	14	36,8	37,8	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Ausreichende Unterstützung erhalten von Sozialarbeiter?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	12	31,6	33,3	33,3
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	18	47,4	50,0	83,3
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	6	15,8	16,7	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Ausreichende Unterstützung erhalten von Selbsthilfegruppe?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	17	44,7	44,7	44,7
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	13	34,2	34,2	78,9
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	8	21,1	21,1	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Ausreichende Unterstützung erhalten von anderen Gruppen (für Sie selbst, die Familie)?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	13	34,2	35,1	35,1
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	18	47,4	48,6	83,8
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	6	15,8	16,2	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Fortsetzung Tab. 35:

Ausreichende Unterstützung erhalten von Regionalverbänden für Essstörungen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	17	44,7	45,9	45,9
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	16	42,1	43,2	89,2
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	4	10,5	10,8	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Ausreichende Unterstützung erhalten von Krisendiensttelefon?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich würde gerne mehr Unterstützung in diesem Bereich bekommen.	16	42,1	44,4	44,4
	Ich brauche keine Unterstützung von diesen Leuten/Organisationen.	17	44,7	47,2	91,7
	Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.	3	7,9	8,3	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Bereich „Unterstützung für Sie selbst“

Im Durchschnitt haben die Angehörigen bei dem Bereich „Unterstützung für Sie selbst“ 26,84 % der 5 Fragen mit „ungeddeckte Unterstützungsbedürfnisse“ beantwortet. Damit war in diesem der vier Bereiche der Wunsch nach Unterstützung am geringsten. Trennt man die Befragten nach Erkrankungsform des Familienmitglieds auf, so zeigt sich folgendes Ergebnis: Der durchschnittliche Anteil der ungedeckten Unterstützungsbedürfnisse war mit 32,63 % bei den Angehörigen von an Anorexia nervosa Erkrankten höher als bei jenen von an Bulimia nervosa Erkrankten mit 21,67 %. (vgl. Tab. unten)

Tabelle 36: Mittelwert ungedeckte Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung für Sie selbst“ (inkl. getrennt nach Erkrankungsform des Familienmitglieds)

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
UntSGesBed	38	,00	1,00	,2684	,29141
Gültige Werte (Listenweise)	38				

Deskriptive Statistik

Form der Essstörung		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
.	UntSGesBed	3	,00	,40	,2667	,23094
	Gültige Werte (Listenweise)	3				
Bulimia nervosa	UntSGesBed	12	,00	1,00	,2167	,31286
	Gültige Werte (Listenweise)	12				
Anorexia nervosa	UntSGesBed	19	,00	,80	,3263	,30703
	Gültige Werte (Listenweise)	19				
sonstiges	UntSGesBed	4	,00	,40	,1500	,19149
	Gültige Werte (Listenweise)	4				

Anmerkung: sonstiges = es wurde von den Angehörigen im Datenblatt sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa als Erkrankungsform des Familienmitglieds angegeben.

Ein hohes ungedecktes Bedürfnis zeigten die Befragten bei dem Item „Haben Sie es geschafft, sich mit Leuten zu treffen, die eine Essstörung überstanden haben?“ (45,9%).

Hingegen wurden folgende Fragen mit in erster Linie „gedecktes Bedürfnis“ beantwortet:

Haben Sie es geschafft, für sich selbst professionelle Hilfe zu suchen? (55,3%)

Haben Sie es geschafft, mit jemandem Kontakt aufzunehmen, der in einer ähnlichen Situation war, um sich gegenseitig beizustehen? (44,7%)

Interessant ist das Ergebnis bei der Frage „Haben Sie es geschafft, Ihrem erkrankten Angehörigen mitzuteilen, dass Sie Hilfe brauchen?“: Hier gaben die Befragten zu jeweils 42,9% an, dieses Bedürfnis wäre bereits „gedeckt“ bzw. wäre diesbezüglich „kein Bedürfnis“ vorhanden.

Die Ergebnisse im Einzelnen zeigt die Tabelle:

Tabelle 37: Häufigkeitstabelle Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung für Sie selbst“ getrennt für jede Frage

Anmerkung zu den 3 Antwortmöglichkeiten:

Ungedecktes Bedürfnis = Nein, aber ich wünschte, ich hätte es getan.

Gedecktes Bedürfnis = Ja.

Kein Bedürfnis = Nein, aber das macht nichts.

Haben Sie es geschafft, für sich selbst professionelle Hilfe zu suchen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich wünschte, ich hätte es getan.	8	21,1	21,1	21,1
	Nein, aber das macht nichts.	9	23,7	23,7	44,7
	Ja.	21	55,3	55,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie es geschafft, Ihrem erkrankten Angehörigen mitzuteilen, dass Sie Hilfe brauchen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich wünschte, ich hätte es getan.	5	13,2	14,3	14,3
	Nein, aber das macht nichts.	15	39,5	42,9	57,1
	Ja.	15	39,5	42,9	100,0
	Gesamt	35	92,1	100,0	
Fehlend	System	3	7,9		
	Gesamt	38	100,0		

Haben Sie es geschafft, mit jemandem Kontakt aufzunehmen, der in einer ähnlichen Situation war, um sich gegenseitig beizustehen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich wünschte, ich hätte es getan.	8	21,1	21,1	21,1
	Nein, aber das macht nichts.	13	34,2	34,2	55,3
	Ja.	17	44,7	44,7	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie es geschafft, sich mit Leuten zu treffen, die eine Essstörung überstanden haben?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich wünschte, ich hätte es getan.	17	44,7	45,9	45,9
	Nein, aber das macht nichts.	10	26,3	27,0	73,0
	Ja.	10	26,3	27,0	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
	Gesamt	38	100,0		

Haben Sie es geschafft, sich Tipps für die Mahlzeitgestaltung zu holen (z.B. wie man die Mahlzeiten gestaltet, wie man die Familie zusammen an den Esstisch bekommt etc.)?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein, aber ich wünschte, ich hätte es getan.	13	34,2	36,1	36,1
	Nein, aber das macht nichts.	11	28,9	30,6	66,7
	Ja.	12	31,6	33,3	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
	Gesamt	38	100,0		

Bereich „Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten“

Bei dem vierten Bereich „Andere Bereiche, wo Sie Hilfe benötigen könnten“ gaben die Angehörigen durchschnittlich bei 62,81 % der 15 Items „ungedechte Unterstützungsbedürfnisse“ an. In diesem der insgesamt vier Bereiche fanden die Befragten demnach die meisten ungedeckten Bedürfnisse für sich vor. Ähnlich sahen die Zahlen für die Befragten aufgeteilt nach den Erkrankungsformen der Familienmitglieder aus (siehe Tab. unten).

Tabelle 38: Mittelwert ungedeckte Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten“ (inkl. getrennt nach Erkrankungsform des Familienmitglieds)

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
HilfeGesBed	38	,00	1,00	,6281	,27008
Gültige Werte (Listenweise)	38				

Deskriptive Statistik

Form der Essstörung		N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
.	HilfeGesBed	3	,07	,47	,3333	,23094
	Gültige Werte (Listenweise)	3				
Bulimia nervosa	HilfeGesBed	12	,13	1,00	,6500	,25286
	Gültige Werte (Listenweise)	12				
Anorexia nervosa	HilfeGesBed	19	,00	1,00	,6737	,27568
	Gültige Werte (Listenweise)	19				
sonstiges	HilfeGesBed	4	,27	,87	,5667	,25820
	Gültige Werte (Listenweise)	4				

Besonders hohe Bedürfnisausprägungen zeigten die Probanden bei den anschließenden Items:

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Umgang mit Ihren Emotionen hierbei (z.B. wie Sie mit den Gefühlen umgehen, die Essen bei Ihrem Angehörigen erzeugt)? (78,9%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, Ihrem Angehörigen geht es schlechter? (91,9%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu essen? (80,6%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger nach dem Essen erbricht? (72,2%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger Essen in sich hineinschlingt? (70,3%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sozial isoliert ist oder sich zurückzieht? (70,6%)

Hohe Bedürfnisse nach Unterstützung zeigten die Angehörigen weiters auch bei folgenden Fragen:

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Essen planen mit der Person, die Sie versorgen? (57,9%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich praktischer Umgang mit Mahlzeiten (z.B. Größe der Portionen)? (55,3%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Bewältigungstechniken für Belastungen in Ihrer Situation? (67,6%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu trinken? (61,8%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich vorsätzlich selbst verletzt? (z.B. durch Schneiden oder sich Brennen)? (61,8%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Wie man innerhalb der Familie besser miteinander in Kontakt tritt? (63,9%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Wissen über die Prognose Ihres Angehörigen und dessen/deren eigene Erwartungen? (69,4%)

Die Ergebnisse im Einzelnen zeigt die Tabelle:

Tabelle 39: Häufigkeitstabelle Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten“ getrennt für jede Frage

Anmerkung zu den 3 Antwortmöglichkeiten:

Ungedecktes Bedürfnis = Ja

Gedecktes Bedürfnis = Nein

Kein Bedürfnis = Weiß nicht

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Essen planen mit der Person, die Sie versorgen?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	22	57,9	57,9	57,9
Nein	9	23,7	23,7	81,6
Weiß nicht	7	18,4	18,4	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Möchten Sie Unterstützung im Bereich praktischer Umgang mit Mahlzeiten (z.B. Größe der Portionen)?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	21	55,3	55,3	55,3
Nein	11	28,9	28,9	84,2
Weiß nicht	6	15,8	15,8	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Umgang mit Ihren Emotionen hierbei (z.B. wie Sie mit den Gefühlen umgehen, die Essen bei Ihrem Angehörigen erzeugt)?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	30	78,9	78,9	78,9
Nein	5	13,2	13,2	92,1
Weiß nicht	3	7,9	7,9	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Bewältigungstechniken für Belastungen in Ihrer Situation?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	25	65,8	67,6	67,6
Nein	6	15,8	16,2	83,8
Weiß nicht	6	15,8	16,2	100,0
Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, Ihrem Angehörigen geht es schlechter?

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Ja	34	89,5	91,9	91,9
Nein	3	7,9	8,1	100,0
Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Fortsetzung Tab. 39:

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu essen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	29	76,3	80,6	80,6
	Nein	5	13,2	13,9	94,4
	Weiß nicht	2	5,3	5,6	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu trinken?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	21	55,3	61,8	61,8
	Nein	8	21,1	23,5	85,3
	Weiß nicht	5	13,2	14,7	100,0
	Gesamt	34	89,5	100,0	
Fehlend	System	4	10,5		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger nach dem Essen erbricht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	26	68,4	72,2	72,2
	Nein	7	18,4	19,4	91,7
	Weiß nicht	3	7,9	8,3	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger Essen in sich hineinschlingt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	26	68,4	70,3	70,3
	Nein	8	21,1	21,6	91,9
	Weiß nicht	3	7,9	8,1	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich vorsätzlich selbst verletzt (z.B. durch Schneiden oder sich Brennen)?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	21	55,3	61,8	61,8
	Nein	9	23,7	26,5	88,2
	Weiß nicht	4	10,5	11,8	100,0
	Gesamt	34	89,5	100,0	
Fehlend	System	4	10,5		
Gesamt		38	100,0		

Fortsetzung Tab. 39:

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sozial isoliert ist oder sich zurückzieht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	24	63,2	70,6	70,6
	Nein	6	15,8	17,6	88,2
	Weiß nicht	4	10,5	11,8	100,0
	Gesamt	34	89,5	100,0	
Fehlend	System	4	10,5		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger exzessiv Sport treibt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	16	42,1	47,1	47,1
	Nein	12	31,6	35,3	82,4
	Weiß nicht	6	15,8	17,6	100,0
	Gesamt	34	89,5	100,0	
Fehlend	System	4	10,5		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Wie man innerhalb der Familie besser miteinander in Kontakt tritt?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	23	60,5	63,9	63,9
	Nein	9	23,7	25,0	88,9
	Weiß nicht	4	10,5	11,1	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Wie Sie Ihre Zeit zwischen dem kranken Angehörigen und Ihren anderen Kindern besser aufteilen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	15	39,5	42,9	42,9
	Nein	14	36,8	40,0	82,9
	Weiß nicht	6	15,8	17,1	100,0
	Gesamt	35	92,1	100,0	
Fehlend	System	3	7,9		
Gesamt		38	100,0		

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Wissen über die Prognose Ihres Angehörigen und dessen/deren eigene Erwartungen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	25	65,8	69,4	69,4
	Nein	8	21,1	22,2	91,7
	Weiß nicht	3	7,9	8,3	100,0
	Gesamt	36	94,7	100,0	
Fehlend	System	2	5,3		
Gesamt		38	100,0		

4.2.2.2 Frage II

Fühlen sich die Angehörigen belastet?

Welche Belastungen zeigen sie besonders stark, welche schwach?

Tabelle 40: Ausprägung der Belastungen in Form des mittleren Summenscores im FPB

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
FPBSum	38	1,00	64,00	23,9474	13,91470
Gültige Werte (Listenweise)	38				

Die Ausprägung der Belastungen bei den 38 Angehörigen in Form des mittleren Summenscores aus den Variablen 1-21 des Fragebogens zur persönlichen Belastung (FPB) betrug 23,9 (SD = 13,9). (Wobei der Wert zwischen 0 und 84 liegen kann; je höher er ist, desto stärker die subjektiv empfundene Belastung.)

Als Vergleichswerte sollen die Ergebnisse einer Studie mit einer repräsentativen Stichprobe von Angehörigen Demenzkranker (von Hebert, Bravo und Preville, 2000) herangezogen werden, in der folgende Normwerte des FPB ermittelt wurden: Werte von 8 bis 17 wurden dort mit „mäßige Belastung“ beschrieben, Werte zwischen 18 und 32 mit „hohes Belastungsempfinden“ und Werte größer als 32 mit „sehr starke Belastung“ der befragten Angehörigen. Diese Normierungsstudie wurde u.a. von Engel (2007) bei ihrer Untersuchung des Belastungserlebens von Angehörigen demenzkranker PatientInnen zugrundegelegt. Es lagen für die vorliegende Diplomarbeit leider keine Werte einer vergleichbaren Kontrollgruppe von durchschnittlich belasteten Angehörigen mit gesunden Familienmitgliedern vor, um diesen Realitätsbezug herstellen zu können.

Betrachtet man die einzelnen Fragen für sich, so zeigten sich folgende Ergebnisse (vgl. dazu die Häufigkeitstabelle im Anhang):

Die höchsten Belastungen erkannten die Angehörigen in: ihrem Eindruck, sie hätten wegen der erkrankten Person nicht genug Zeit für sich selbst; ihrem Gefühl zwischen der Verantwortung dem Kranken gegenüber und den Verpflichtungen für Familie und Arbeit hin und her gerissen zu sein; der Furcht davor, was die Zukunft dem Kranken bringen wird sowie ihrem Gefühl, die erkrankte Person sei abhängig von ihnen.

Umgekehrt wurden kaum Belastungen eingeschätzt in den Bereichen: Schämen für das Benehmen des Familienmitglieds; unangenehm, Freunde zu empfangen; Eindruck, es fehle dem Angehörigen an finanziellen Mitteln zur Versorgung des Kranken; Furcht, nicht

mehr viel länger für die erkrankte Person sorgen zu können; Eindruck, seit der Erkrankung selbst die Kontrolle über das eigene Leben verloren zu haben; Wunsch, jemand anderem die Versorgung des Kranken zu überlassen.

4.2.2.3 Frage III

*In welchem psychischen Gesundheitszustand befinden sich die Angehörigen?
Welche psychischen Belastungsfaktoren kommen verstärkt vor, welche nur schwach?*

Tabelle 41: Mittelwert des bimodalen Scorings im GHQ-12

Deskriptive Statistik					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
GHQSum	38	,00	12,00	5,3947	4,11680
Gültige Werte (Listenweise)	38				

Tabelle 42: Hinweise auf eine psychische Erkrankung im GHQ-12 (Cut-off von 2/3)

GHQSumauffneu				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	11	28,9	28,9	28,9
1,00	27	71,1	71,1	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Anmerkung: 0 = unauffällig (unterhalb des Cut-off), 1 = auffällig (oberhalb des Cut-off)

Alle 38 Angehörigen beantworteten den Fragebogen zum gesundheitlichen Befinden (GHQ-12). Der Mittelwert des bimodalen Scorings betrug 5,4 (SD = 4,1). (Wobei 12 der höchst mögliche Wert ist; je höher der Wert, desto „pathologischer“ oder anders ausgedrückt desto stärker wird damit auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung verwiesen.)

11 Angehörige oder knapp 29 % lagen unterhalb des Cut-off (von 2/3) und zeigten damit ein unauffälliges Ergebnis. 27 Angehörige oder rund 71 % lagen darüber und zeigten demnach Hinweise auf eine psychische Erkrankung.

Ein Blick auf die 12 Einzelitems verrät Detailergebnisse (vgl. Häufigkeitstabelle im Anhang):

In den folgenden drei Bereichen zeigte sich verstärkt eine psychische Belastung. Es wurden beispielhaft jene Fragen herausgegriffen, bei welchen deutlich mehr als 50 % der

Angehörigen „auffällige“ (im Sinne von: auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung hindeutende) Antworten auf die genannten Fragen abgaben:

Haben Sie das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen? (65,8 % oder 25 von insgesamt 38 Befragten zeigten hier eine erhöhte Zustimmung, nämlich „mehr als üblich“ oder „viel mehr als üblich“.)
Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt? (65,8 % oder 25 von 38 Angehörigen antworteten mit „weniger als üblich“ oder „viel weniger als üblich“.)
Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt? (65,8 % oder 25 von 38 Personen gaben „mehr als üblich“ oder „viel mehr als üblich“ an.)

In diesen fünf Bereichen gaben die Befragten keine bis mäßige Belastung an. Hier wurde von deutlich mehr als 50 % der Probanden „unauffällig“ im Sinne der Fragestellung geantwortet:

Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, für etwas nützlich zu sein? (70,3 % oder 26 von 37 Antwortenden meinten dazu: „mehr als üblich“ oder „so wie üblich“.)
Ist es Ihnen in den letzten Wochen schwer gefallen, Entscheidungen zu treffen? (71,1 % oder 27 von 38 Angehörigen antworteten mit „nein, gar nicht“ oder „so wie üblich“.)
Haben Sie in den letzten Wochen den Eindruck gehabt, dass Sie mit Ihren Schwierigkeiten nicht zu Rande gekommen sind? (64,9 % oder 24 von 37 Antwortenden gaben „nein, gar nicht“ oder „nicht schlechter als üblich“ an.)
Haben Sie in den letzten Wochen einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt? (76,3 % oder 29 von 38 Befragten kreuzten „nein, gar nicht“ oder „nicht mehr als üblich“ an.)
Haben Sie sich in den letzten Wochen wertlos gefühlt? (81,1 % oder 30 von 37 beantwortenden Angehörigen meinten hierzu: „nein, gar nicht“ oder „nicht mehr als üblich“.)

4.2.2.4 Frage IV

Besteht ein Zusammenhang zwischen den Unterstützungsbedürfnissen (Bedürfnisgrad) und den Belastungen (Belastungsgrad) der Angehörigen?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Unterstützungsbedürfnissen (Bedürfnisgrad) und dem psychischen Gesundheitszustand der Angehörigen?

Die Ergebnisse kurz zusammengefasst für die einzelnen Bereiche (die Tabellen mit den entsprechenden Korrelationen sind im Anschluss an den Text zu finden):

Bereich 1 (Informationen)

Der Anteil ungedeckter Bedürfnisse (nach Information) korrelierte weder mit dem Summenscore des FPB ($r=-0,213$, $p=0,199$) noch mit dem GHQ-12 Gesamtscore ($r=0,189$, $p=0,256$) signifikant.

Bereich 2 (Unterstützung von anderen)

Die Skala 2 korrelierte wiederum mit keinem der beiden anderen Fragebogen-Werte.

Summenscore des FPB: $r=-0,105$, $p=0,531$

GHQ-12 Gesamtscore: $r=0,056$, $p=0,737$

Bereich 3 (Unterstützung für sich selbst)

Der Anteil ungedeckter Bedürfnisse (nach Unterstützung für sich selbst) korrelierte nicht signifikant mit dem Summenscore des FPB ($r=0,025$, $p=0,884$). Mit dem GHQ-12 Gesamtscore zeigte sich eine signifikante Korrelation: $r=0,352$, $p=0,030$ (auf dem 0,05 Signifikanzniveau).

Inhaltlich ausgedrückt, bedeutet dieses signifikante Ergebnis: Je mehr ungedeckte Bedürfnisse bezüglich einer Unterstützung für sich selbst die befragten Angehörigen angaben, desto höher fiel auch der GHQ-12 Gesamtscore aus (d.h. umso stärker die Hinweise auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung).

Bereich 4 (Andere Bereiche, wo Hilfe benötigt)

Skala 4 korrelierte weder mit dem FPB Summenscore ($r=0,280$, $p=0,089$) noch mit dem GHQ-12 Gesamtscore ($r=0,287$, $p=0,080$) signifikant.

Tabelle 43: Korrelation Bereich 1 des CaNAM mit FPB sowie GHQ-12

Korrelationen			InfoGesBed	FPBSum	GHQSum
Spearman-Rho	InfoGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	-,213	,189
		Sig. (2-seitig)	.	,199	,256
		N	38	38	38
	FPBSum	Korrelationskoeffizient	-,213	1,000	,307
		Sig. (2-seitig)	,199	.	,060
		N	38	38	38
	GHQSum	Korrelationskoeffizient	,189	,307	1,000
		Sig. (2-seitig)	,256	,060	.
		N	38	38	38

Tabelle 44: Korrelation Bereich 2 des CaNAM mit FPB sowie GHQ-12

Korrelationen			UntFGesBed	FPBSum	GHQSum
Spearman-Rho	UntFGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	-,105	,056
		Sig. (2-seitig)	.	,531	,737
		N	38	38	38
	FPBSum	Korrelationskoeffizient	-,105	1,000	,307
		Sig. (2-seitig)	,531	.	,060
		N	38	38	38
	GHQSum	Korrelationskoeffizient	,056	,307	1,000
		Sig. (2-seitig)	,737	,060	.
		N	38	38	38

Tabelle 45: Korrelation Bereich 3 des CaNAM mit FPB sowie GHQ-12

Korrelationen			UntSGesBed	FPBSum	GHQSum
Spearman-Rho	UntSGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,025	,352*
		Sig. (2-seitig)	.	,884	,030
		N	38	38	38
	FPBSum	Korrelationskoeffizient	,025	1,000	,307
		Sig. (2-seitig)	,884	.	,060
		N	38	38	38
	GHQSum	Korrelationskoeffizient	,352*	,307	1,000
		Sig. (2-seitig)	,030	,060	.
		N	38	38	38

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 46: Korrelation Bereich 4 des CaNAM mit FPB sowie GHQ-12

Korrelationen			HilfeGesBed	FPBSum	GHQSum
Spearman-Rho	HilfeGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,280	,287
		Sig. (2-seitig)	.	,089	,080
		N	38	38	38
	FPBSum	Korrelationskoeffizient	,280	1,000	,307
		Sig. (2-seitig)	,089	.	,060
		N	38	38	38
	GHQSum	Korrelationskoeffizient	,287	,307	1,000
		Sig. (2-seitig)	,080	,060	.
		N	38	38	38

Es wurden ebenfalls Partielle Korrelationen für jeden CaNAM-Bereich berechnet. Dabei wurde die Variable „Belastung“ (Fragebogen FPB) konstant gehalten. Die Ergebnisse im Einzelnen (untenstehend die Darstellung in Tabellenform):

Der Anteil ungedeckter Bedürfnisse korrelierte wiederum im Bereich 3 (Unterstützung für sich selbst) signifikant mit dem GHQ-12 Gesamtscore: $r=0,394$, $p=0,016$ (auf dem 0,05 Signifikanzniveau). D.h. Je größer der Unterstützungswunsch der Angehörigen was die Unterstützung für sie selbst betrifft, desto stärker der Hinweis auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Damit handelte es sich bei diesem Zusammenhang um keine „Scheinkorrelation“. Es trat wiederum Signifikanz auf, obwohl diesmal der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen „Unterstützungsbedürfnis“ (CaNAM) und „psychische Gesundheit“ (GHQ-12) vom Einfluss der dritten Variable („persönliche Belastung“, FPB) befreit („herauspartialisiert“) wurden.

Für die Bereiche 1, 2 und 4 konnte kein Zusammenhang festgestellt werden. (Bei Bereich 1 – Informationen – zeigte sich eine Tendenz zu Signifikanz.: $r=0,307$, $p=0,064$)

Tabelle 47: Partielle Korrelation Bereiche 1-4 des CaNAM mit GHQ-12 (FPB konstant gehalten)

Bereich 1 (Informationen):

Korrelationen

Kontrollvariablen			InfoGesBed	GHQSum
FPBSum	InfoGesBed	Korrelation	1,000	,307
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,064
		Freiheitsgrade	0	35
	GHQSum	Korrelation	,307	1,000
		Signifikanz (zweiseitig)	,064	.
		Freiheitsgrade	35	0

Bereich 2 (Unterstützung von anderen):

Korrelationen

Kontrollvariablen			UntFGesBed	GHQSum
FPBSum	UntFGesBed	Korrelation	1,000	,095
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,575
		Freiheitsgrade	0	35
	GHQSum	Korrelation	,095	1,000
		Signifikanz (zweiseitig)	,575	.
		Freiheitsgrade	35	0

Bereich 3 (Unterstützung für sich selbst):

Korrelationen

Kontrollvariablen			UntSGesBed	GHQSum
FPBSum	UntSGesBed	Korrelation	1,000	,394
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,016
		Freiheitsgrade	0	35
	GHQSum	Korrelation	,394	1,000
		Signifikanz (zweiseitig)	,016	.
		Freiheitsgrade	35	0

Bereich 4 (Andere Bereiche, wo Hilfe benötigt):

Korrelationen

Kontrollvariablen			HilfeGesBed	GHQSum
FPBSum	HilfeGesBed	Korrelation	1,000	,231
		Signifikanz (zweiseitig)	.	,169
		Freiheitsgrade	0	35
	GHQSum	Korrelation	,231	1,000
		Signifikanz (zweiseitig)	,169	.
		Freiheitsgrade	35	0

4.2.2.5 Frage V

Zeigen sich bei den Ergebnissen im CaNAM Unterschiede zwischen den Angehörigen von anorektischen versus bulimischen PatientInnen?

Bestehen bei den Ergebnissen im FPB Unterschiede zwischen den Angehörigen von anorektischen versus bulimischen PatientInnen?

Gibt es bei den Ergebnissen des GHQ-12 Unterschiede zwischen den Angehörigen von anorektischen versus bulimischen PatientInnen?

Gleich vorweg: Wie sich aus den untenstehenden Tabellen zu den 4 Bereichen des CaNAM ablesen lässt, zeigte sich in keinem Fall ein signifikantes Ergebnis. Es konnten keine signifikanten Unterschiede der Bedürfnisse nach Unterstützung von Angehörigen anorektischer Patientinnen und Angehörigen bulimischer Patientinnen festgestellt werden. Dennoch seien die Einzelergebnisse im Folgenden kurz getrennt dargestellt:

Im **Bereich 1 des CaNAM (Informationen)** ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angehörigen anorektischer und bulimischer Patientinnen (U=107,5, p=0,791):

Tabelle 48: Unterschiede im CaNAM-Bereich 1 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
InfoGesBed	38	,4361	,31935	,00	1,00
Form der Essstörung	35	,77	,646	0	2

Ränge

Form der Essstörung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
InfoGesBed Bulimia nervosa	12	16,54	198,50
Anorexia nervosa	19	15,66	297,50
Gesamt	31		

Statistik für Test^b

	InfoGesBed
Mann-Whitney-U	107,500
Wilcoxon-W	297,500
Z	-,264
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,791
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,795 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Form der Essstörung

Im **Bereich 2 des CaNAM (Unterstützung von Anderen)** ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angehörigen anorektischer und bulimischer Patientinnen ($U=105,5$, $p=0,728$):

Tabelle 49: Unterschiede im CaNAM-Bereich 2 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
UntFGesBed	38	,3178	,29775	,00	1,00
Form der Essstörung	35	,77	,646	0	2

Form der Essstörung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
UntFGesBed Bulimia nervosa	12	16,71	200,50
Anorexia nervosa	19	15,55	295,50
Gesamt	31		

	UntFGesBed
Mann-Whitney-U	105,500
Wilcoxon-W	295,500
Z	-,348
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,728
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,734 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Form der Essstörung

Im **Bereich 3 des CaNAM (Unterstützung für sich selbst)** ergaben sich wiederum keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angehörigen anorektischer und bulimischer Patientinnen ($U=89,5$, $p=0,299$):

Tabelle 50: Unterschiede im CaNAM-Bereich 3 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
UntSGesBed	38	,2684	,29141	,00	1,00
Form der Essstörung	35	,77	,646	0	2

Fortsetzung Tab. 50:

Ränge

	Form der Essstörung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
UntSGesBed	Bulimia nervosa	12	13,96	167,50
	Anorexia nervosa	19	17,29	328,50
	Gesamt	31		

Statistik für Test^b

	UntSGesBed
Mann-Whitney-U	89,500
Wilcoxon-W	167,500
Z	-1,038
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,299
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,326 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Form der Essstörung

Im **Bereich 4 des CaNAM (Andere Bereiche, wo Hilfe benötigt)** ergaben sich neuerlich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angehörigen anorektischer und bulimischer Patientinnen (U=106,0, p=0,744):

Tabelle 51: Unterschiede im CaNAM-Bereich 4 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
HilfeGesBed	38	,6281	,27008	,00	1,00
Form der Essstörung	35	,77	,646	0	2

Ränge

	Form der Essstörung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HilfeGesBed	Bulimia nervosa	12	15,33	184,00
	Anorexia nervosa	19	16,42	312,00
	Gesamt	31		

Statistik für Test^b

	HilfeGesBed
Mann-Whitney-U	106,000
Wilcoxon-W	184,000
Z	-,326
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,744
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,765 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Form der Essstörung

Auch im **FPB** ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Angehörigen der beiden Patientinnengruppen ($U=86,5$, $p=0,264$). D.h. Die „persönlichen Belastungen“ (wie der FPB sie misst) der Angehörigen anorektischer und der Angehörigen bulimischer PatientInnen unterschieden sich nicht signifikant voneinander:

Tabelle 52: Unterschiede im FPB zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
FPBSum	38	23,9474	13,91470	1,00	64,00
Form der Essstörung	35	,77	,646	0	2

Ränge

Form der Essstörung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
FPBSum Bulimia nervosa	12	13,71	164,50
Anorexia nervosa	19	17,45	331,50
Gesamt	31		

Statistik für Test^b

	FPBSum
Mann-Whitney-U	86,500
Wilcoxon-W	164,500
Z	-1,117
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,264
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,269 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Form der Essstörung

Dasselbe Bild zeigte sich beim **GHQ-12**: Die Angehörigen von anorektischen Familienmitgliedern unterschieden sich nicht signifikant von jenen bulimischer Familienmitglieder ($U=88,5$, $p=0,298$). D.h. Was den psychischen Gesundheitszustand (die Hinweise auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung) betrifft, wurde kein Unterschied zwischen den untersuchten Angehörigengruppen festgestellt:

Tabelle 53: Unterschiede im GHQ-12 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
GHQSum	38	5,3947	4,11680	,00	12,00
Form der Essstörung	35	,77	,646	0	2

Ränge

Form der Essstörung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Bulimia nervosa	12	13,88	166,50
Anorexia nervosa	19	17,34	329,50
Gesamt	31		

Statistik für Test^b

	GHQSum
Mann-Whitney-U	88,500
Wilcoxon-W	166,500
Z	-1,040
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,298
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,306 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Form der Essstörung

4.2.2.6 Frage VI

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Dauer der Erkrankung der Familienmitglieder und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) der Angehörigen?

Tabelle 54: Zusammenhang Bedürfnisgrad der Angehörigen (CaNAM Bereiche 1-4) und Dauer der Erkrankung der Familienmitglieder

Korrelationen

			InfoGesBed	Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)
Spearman-Rho	InfoGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	-,081
		Sig. (2-seitig)	.	,632
		N	38	37
	Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)	Korrelationskoeffizient	-,081	1,000
		Sig. (2-seitig)	,632	.
		N	37	37

Fortsetzung Tab. 54:

Korrelationen

			UntSGesBed	Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)
Spearman-Rho	UntSGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,141
		Sig. (2-seitig)	.	,405
		N	38	37
	Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)	Korrelationskoeffizient	,141	1,000
		Sig. (2-seitig)	,405	.
		N	37	37

Korrelationen

			HilfeGesBed	Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)
Spearman-Rho	HilfeGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	-,092
		Sig. (2-seitig)	.	,588
		N	38	37
	Wie lange liegt die Essstörung vor? (Jahre)	Korrelationskoeffizient	-,092	1,000
		Sig. (2-seitig)	,588	.
		N	37	37

Wie obige Tabelle aufzeigt, ergab sich in keinem der 4 CaNAM-Bereiche ein Zusammenhang zwischen Bedürfnisausprägung beim Angehörigen und Erkrankungsdauer des Familienmitglieds:

Bereich 1 $r=-0,81$, $p=0,632$

Bereich 2 $r=0,025$, $p=0,884$

Bereich 3 $r=0,141$, $p=0,405$

Bereich 4 $r=-0,092$, $p=0,588$

4.2.2.7 Frage VII

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem emotionalen Verhältnis von Angehörigen und Erkrankten einerseits und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) der Angehörigen andererseits?

Gibt es einen Zusammenhang zwischen der persönlichen Kontaktrate von Angehörigen und Erkrankten einerseits und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) der Angehörigen andererseits?

Tabelle 55: Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen (CaNAM Bereiche 1-4) und emotionalem Verhältnis Angehörige-Erkrankte

Bereich 1 „Informationen über Essstörungen“

Korrelationen

			InfoGesBed	emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?
Spearman-Rho	InfoGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,119
		Sig. (2-seitig)	.	,485
		N	38	37
	emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?	Korrelationskoeffizient	,119	1,000
		Sig. (2-seitig)	,485	.
		N	37	37

Bereich 2 „Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen“

Korrelationen

			UntFGesBed	emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?
Spearman-Rho	UntFGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,076
		Sig. (2-seitig)	.	,653
		N	38	37
	emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?	Korrelationskoeffizient	,076	1,000
		Sig. (2-seitig)	,653	.
		N	37	37

Bereich 3 „Unterstützung für Sie selbst“

Korrelationen

			UntSGesBed	emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?
Spearman-Rho	UntSGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,318
		Sig. (2-seitig)	.	,055
		N	38	37
	emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?	Korrelationskoeffizient	,318	1,000
		Sig. (2-seitig)	,055	.
		N	37	37

Fortsetzung Tab. 55:

Bereich 4 „Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten“

Korrelationen

			HilfeGesBed	emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?
Spearman-Rho	HilfeGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,215
		Sig. (2-seitig)	.	,201
		N	38	37
	emotionales Verhältnis: Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?	Korrelationskoeffizient	,215	1,000
		Sig. (2-seitig)	,201	.
		N	37	37

Es zeigte sich in keinem Bereich des CaNAM ein Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen und emotionalem Verhältnis Angehörige-Erkrankte:

Bereich 1 $r=0,119$, $p=0,485$

Bereich 2 $r=0,076$, $p=0,653$

Bereich 3 $r=0,318$, $p=0,055$ (Tendenz!)

Inhaltlich beschrieben, kann man hier – im *Bereich „Unterstützung für Sie selbst“* - von einer Tendenz, die sich abzeichnet, sprechen. Die da lautet: Je weniger nahe Angehörige ihr emotionales Verhältnis zum Erkrankten einstufen, umso weniger ungedeckte „Unterstützungsbedürfnisse für Sie selbst“ geben sie an. Die fehlende Signifikanz kann auf die geringe Stichprobengröße zurückgehen.

Bereich 4 $r=0,215$, $p=0,201$

Tabelle 56: Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen (CaNAM Bereiche 1-4) und persönlicher Kontaktrate Angehörige-Erkrankte

Korrelationen

			InfoGesBed	Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)
Spearman-Rho	InfoGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	-,115
		Sig. (2-seitig)	.	,492
		N	38	38
	Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)	Korrelationskoeffizient	-,115	1,000
		Sig. (2-seitig)	,492	.
		N	38	38

Fortsetzung Tab. 56:

Korrelationen

			UntFGesBed	Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)
Spearman-Rho	UntFGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	-,038
		Sig. (2-seitig)	.	,822
		N	38	38
	Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)	Korrelationskoeffizient	-,038	1,000
		Sig. (2-seitig)	,822	.
		N	38	38

Korrelationen

			UntSGesBed	Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)
Spearman-Rho	UntSGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	-,016
		Sig. (2-seitig)	.	,922
		N	38	38
	Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)	Korrelationskoeffizient	-,016	1,000
		Sig. (2-seitig)	,922	.
		N	38	38

Korrelationen

			HilfeGesBed	Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)
Spearman-Rho	HilfeGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	-,079
		Sig. (2-seitig)	.	,638
		N	38	38
	Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen? (persönlich)	Korrelationskoeffizient	-,079	1,000
		Sig. (2-seitig)	,638	.
		N	38	38

Es zeigte sich wiederum in keinem Bereich des CaNAM ein Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen und persönlicher Kontaktrate Angehörige-Erkrankte:

Bereich 1 $r=-0,115$, $p=0,492$

Bereich 2 $r=-0,038$, $p=0,822$

Bereich 3 $r=-0,016$, $p=0,922$

Bereich 4 $r=-0,079$, $p=0,638$

4.2.2.8 Frage VIII

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Alter der erkrankten Familienmitglieder und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) der Angehörigen?

Tabelle 57: Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen (CaNAM Bereiche 1-4) und Alter der Erkrankten

Korrelationen

			InfoGesBed	Alter erkranktes Familienmitglied
Spearman-Rho	InfoGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,056
		Sig. (2-seitig)	.	,741
		N	38	37
	Alter erkranktes Familienmitglied	Korrelationskoeffizient	,056	1,000
		Sig. (2-seitig)	,741	.
		N	37	37

Korrelationen

			UntFGesBed	Alter erkranktes Familienmitglied
Spearman-Rho	UntFGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,046
		Sig. (2-seitig)	.	,785
		N	38	37
	Alter erkranktes Familienmitglied	Korrelationskoeffizient	,046	1,000
		Sig. (2-seitig)	,785	.
		N	37	37

Korrelationen

			UntSGesBed	Alter erkranktes Familienmitglied
Spearman-Rho	UntSGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,034
		Sig. (2-seitig)	.	,843
		N	38	37
	Alter erkranktes Familienmitglied	Korrelationskoeffizient	,034	1,000
		Sig. (2-seitig)	,843	.
		N	37	37

Korrelationen

			HilfeGesBed	Alter erkranktes Familienmitglied
Spearman-Rho	HilfeGesBed	Korrelationskoeffizient	1,000	,002
		Sig. (2-seitig)	.	,991
		N	38	37
	Alter erkranktes Familienmitglied	Korrelationskoeffizient	,002	1,000
		Sig. (2-seitig)	,991	.
		N	37	37

Auch die vorliegende Frage brachte das gleiche Ergebnis wie obige:

Es zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen und Alter der Erkrankten:

Bereich 1 $r=0,056$, $p=0,741$

Bereich 2 $r=0,046$, $p=0,785$

Bereich 3 $r=0,034$, $p=0,843$

Bereich 4 $r=0,002$, $p=0,991$

4.2.2.9 Frage IX

Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Angehörigen und der Ausprägung der Unterstützungswünsche (Bedürfnisgrad) derselben?

Auch in dieser Frage konnte kein Zusammenhang festgestellt werden (kein signifikanter Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad und Geschlecht der Angehörigen):

Bereich 1 (Informationen) $U=126,0$, $p=0,202$

Bereich 2 (Unterstützung von anderen) $U=140,5$, $p=0,4$

Bereich 3 (Unterstützung für sich selbst) $U=161,5$, $p=0,837$

Bereich 4 (Andere Bereiche, wo Hilfe benötigt) $U=152,5$, $p=0,637$

Die anschließenden Tabellen zeigen Näheres:

Tabelle 58: Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen im CaNAM-Bereiche 1 und Geschlecht derselben

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
InfoGesBed	38	,4361	,31935	,00	1,00
Geschlecht Angehörige/r	38	,37	,489	0	1

Ränge

	Geschlecht Angehörige/r	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
InfoGesBed	weiblich	24	17,75	426,00
	männlich	14	22,50	315,00
	Gesamt	38		

Fortsetzung Tab. 58:

Statistik für Test^b

	InfoGesBed
Mann-Whitney-U	126,000
Wilcoxon-W	426,000
Z	-1,277
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,202
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,212 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Geschlecht Angehörige/r

Tabelle 59: Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen im CaNAM-Bereiche 2 und Geschlecht derselben

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
UntFGesBed	38	,3178	,29775	,00	1,00
Geschlecht Angehörige/r	38	,37	,489	0	1

Ränge

	Geschlecht Angehörige/r	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
UntFGesBed	weiblich	24	20,65	495,50
	männlich	14	17,54	245,50
	Gesamt	38		

Statistik für Test^b

	UntFGesBed
Mann-Whitney-U	140,500
Wilcoxon-W	245,500
Z	-,841
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,400
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,410 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Geschlecht Angehörige/r

Tabelle 60: Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen im CaNAM-Bereiche 3 und Geschlecht derselben

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
UntSGesBed	38	,2684	,29141	,00	1,00
Geschlecht Angehörige/r	38	,37	,489	0	1

Fortsetzung Tab. 60:

Ränge

	Geschlecht Angehörige/r	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
UntSGesBed	weiblich	24	19,77	474,50
	männlich	14	19,04	266,50
	Gesamt	38		

Statistik für Test^b

	UntSGesBed
Mann-Whitney-U	161,500
Wilcoxon-W	266,500
Z	-,206
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,837
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,846 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Geschlecht Angehörige/r

Tabelle 61: Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen im CaNAM-Bereiche 4 und Geschlecht derselben

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
HilfeGesBed	38	,6281	,27008	,00	1,00
Geschlecht Angehörige/r	38	,37	,489	0	1

Ränge

	Geschlecht Angehörige/r	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
HilfeGesBed	weiblich	24	18,85	452,50
	männlich	14	20,61	288,50
	Gesamt	38		

Statistik für Test^b

	HilfeGesBed
Mann-Whitney-U	152,500
Wilcoxon-W	452,500
Z	-,472
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,637
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	,643 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Geschlecht Angehörige/r

4.2.2.10 Zusatzinformationen: Die Antworten der Angehörigen auf die offenen Fragen im CaNAM

Wie im Abschnitt „Statistische Auswertung“ ausgeführt, enthält der CaNAM 5 offene Fragen. Die Antworten der in dieser Studie Befragten werden untenstehend genannt; an späterer Stelle (Kap. 5) werden mögliche Interpretationen angestellt.

Tabelle 62: Weitere Informationswünsche der Angehörigen und deren Häufigkeit (getrennt nach den Essstörungsformen)

Gibt es noch andere Bereiche, in denen Sie gerne weitere Informationen erhalten würden?			Häufigkeit
Form der Essstörung			
.	Gültig		3
Bulimia nervosa	Gültig		8
		Eine Antwort auf das WARUM!!	1
		stichfestere Argumentationen gegen das Erbrechen im Vorfeld	1
		Ursachen	1
		Wie ich am besten unterstützen kann	1
		Gesamt	12
Anorexia nervosa	Gültig		16
		Berichte von Betroff. + Ang. in den Medien, Berichte von Institutionen in den Medien	1
		ja	1
		Wie geht es sozial weiter wenn Pat. volljährig, Versicherung, Unterstützung wenn Pat. keine Schule besucht	1
		Gesamt	19
sonstiges	Gültig		4

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Tabelle 63: Weitere erhaltene Unterstützung der Angehörigen und deren Häufigkeit (getrennt nach den Essstörungsformen)

Wertvolle Unterstützung von irgendetwem anderem bekommen?: Wenn ja, von wem?			Häufigkeit
Form der Essstörung			
.	Gültig		3
Bulimia nervosa	Gültig		6
		Aus der Bibel	1
		Dr. Bieberger (Sigmund Freud Klinik - Graz)	1
		Ehefrau	1
		Freunde	1
		Therapeutin	1
		von ihr.	1
		Gesamt	12
Anorexia nervosa	Gültig		12
		betroffenen Müttern	1
		Freunde	1
		Therapeutin	1
		Therapeutin welche selbst betroffen war	1
		Verwandschaft	1
		Von der Tochter selbst (Spiegel)	1
		von meiner Mutter, vom Spital von der Assistenzärztin	1
		Gesamt	19
sonstiges	Gültig		3
		Psychologie, Fam. Therapie	1
		Gesamt	4

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Tabelle 64: Weitere Unterstützungswünsche der Angehörigen und deren Häufigkeit (nach Essstörungsformen aufgeteilt)

Bitte geben Sie an, von wem außer den oben genannten Personen/Organisationen Sie gerne Unterstützung erhalten würden.

Form der Essstörung		Häufigkeit
.	Gültig	3
Bulimia nervosa	Gültig	9
	Erfolgsberichte von Geheilten	1
	evt. Literatur zum Umgang und Verstehen von Essgestörten, --> evt. aus Sicht der essgestörten Person	1
	Medien	1
	Gesamt	12
Anorexia nervosa	Gültig	17
	Erzieher, Ki-garten, Schule	1
	Vereine, Organ., die Anorexia Pat. betreuen, dass diese psychol. Unterstützung für Angehörige auch anbieten, wenn der Pat. nicht von dieser Organ. betreut wird.	1
	Gesamt	19
sonstiges	Gültig	4

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Tabelle 65: Weitere Unterstützungsbedürfnisse der Angehörigen im Bereich Erkranktenversorgung und deren Häufigkeit (getrennt nach Essstörungsform)

Gibt es noch irgendwelche anderen Bereiche bei der Versorgung Ihres Angehörigen, in denen Sie gerne Unterstützung hätten?

Form der Essstörung		Häufigkeit
.	Gültig	3
Bulimia nervosa	Gültig	9
	Anm.: Ich habe in den Bereichen a-n, soweit zutreffend, schon einiges an Unterstützung bekommen, aber sie ist wohl auch in Zukunft wichtig.	1
	Hilfe, wenn sie schweigt	1
	Medizinische Infos über Ko Morbidität, Diabetes I	1
	Gesamt	12
Anorexia nervosa	Gültig	16
	Das Ja meint die Zeit vor Punkt 3)	1
	Gibt es Sozialarbeiter, die tatsächl. Unterstützung außerhalb des KH anbieten können; welche Möglichkeiten gibt es öffentl. Schulen zu besuchen, die die häufige Abwesenheit auch tolerieren wenn das System lt. Schulordnung ausgeschöpft ist?	1
	Konkrete Verhaltensvorschläge bei Essattacken oder Selbstverletzung	1
	Gesamt	19
sonstiges	Gültig	3
	Tochter ist bestens betreut	1
	Gesamt	4

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

Tabelle 66: Weitere Kommentare oder Bedarfsbereiche der Angehörigen und deren Häufigkeit (getrennt nach Essstörungsform)

Bitte benutzen Sie diese Seite, um Ihre Kommentare zu diesem Fragebogen abzugeben oder andere Vorschläge zu Bedarfsbereichen zu machen, die für Sie wichtig/bedeutsam sind, aber die bei keiner der obigen Fragen behandelt wurden.

Form der Essstörung		Häufigkeit
.	Gültig	3
Bulimia nervosa	Gültig	11
		einfache, kurze Ratschläge, wie man mit dieser Krankheit (ihrer Krankheit) leben kann bzw. die Krankheit "besiegen" kann.
		1
		Gesamt
		12
Anorexia nervosa	Gültig	17
		Hätte mir gewünscht bei einigen Fragen mit eigenen Worten zu antworten. Das Ausfüllen hängt sehr vom momentanen psychischen Zustand ab. Vor 2 Monaten hätte ich großteils wahrscheinl. anders geantwortet.
		1
		Wichtige Bezugspersonen sind außerdem: Erzieher, Lehrer, Großeltern, erweiterte Fam.; Druck von außen: Medien, Rollenklischee; Erwartungshaltung der Gesellschaft; Tabuisierung, Stigmatisierung; Kostendeckung von Therapien durch öff. Hand; Weiterbildung von Erziehern, Lehrern, Hausärzten; Vorbildfunktionen von Modemachern, Tänzern, Sportlern, Sängern, Models etc.; Staatl. Gesetze für o.g. Gruppen
		1
		Gesamt
		19
sonstiges	Gültig	4

Anmerkung: sonstiges = es wurde sowohl Bulimia nervosa als auch Anorexia nervosa angegeben

5. DISKUSSION INKL. KRITISCHE BETRACHTUNG

In diesem Kapitel soll wiederum der Zweiteilung meiner Diplomarbeit in ihrer ZIELSETZUNG Rechnung getragen werden. Daher werden die Ergebnisse der psychometrischen Überprüfung des Fragebogen Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM) einerseits und die Ergebnisse der Erhebung der Belastungen und Unterstützungsbedürfnisse von Menschen mit Essstörungen (Hypothesenprüfung) andererseits getrennt betrachtet und diskutiert:

Der Fragebogen „Carers' Needs Assessment Measure“ zeigte in dieser Untersuchung eine ausreichende bis sehr gute Reliabilität (mit einem je nach Skala unterschiedlichem Cronbach Alpha zwischen 0,7 und 0,9). Auffällig ist dabei, dass drei Skalen sehr gute Messgenauigkeit zeigen (Bereiche 1, und 4), die Skala 3 jedoch an der Grenze einer akzeptablen Reliabilität (Reliabilitätskoeffizient Cronbach Alpha = 0,694) liegt. Auch in der Itemanalyse erwies sich der CaNAM als Instrument mit Güte: Die Itemtrennschärfe lag bei einem Großteil der Items in einem guten bis sehr guten Bereich (mit Ausnahme eines Items der Skala 4, das mit einem Trennschärfekoeffizienten von $r = 0,229$ grenzwertig auffiel). Die weitere untersuchte Itemattraktivität ergab ebenfalls ein insgesamt unauffälliges Bild. Es wurde bei keinem der Items von allen Personen die gleiche Antwortkategorie gewählt. Einige Indizes der Itemattraktivität zeigten eine geringere Aussagekraft des entsprechenden Items an (v.a. im Bereich 4 des Fragebogens, siehe näher Kap. 4.2.1). Schließlich erbrachte die Betrachtung der Objektivität für Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ein besseres Ergebnis als für die Interpretationsobjektivität (aufgrund fehlender Instruktionen – z.B. was die Interpretation der „offenen Fragen“-Beantwortung betrifft - und Vergleichsnormen).

Zusammenfassend erwies sich die eingesetzte deutsche Übersetzung des CaNAM in dieser Studie als Instrument von befriedigender bis ausgezeichneter Güte. Allerdings muss hier sofort einschränkend bemerkt werden, dass – aufgrund der diskutierten Skalierungs-Problematik (siehe dazu genauer: Kap. 3.2.3.3) – lediglich anhand der genannten Kennwerte der Klassischen Testtheorie geprüft wurde. Mängel wie etwa bei der Itemanalyse festgestellt, wären noch zu beseitigen (z.B. die Itemattraktivitätsprüfung erbrachte teils wenig aussagekräftige Items, die überarbeitet werden sollten).

An dieser Stelle soll der oben angesprochene kritische Aspekt der Fragebogenkonstruktion nochmals dargelegt werden: Die Skalierung aller vier Bereiche des CaNAM ist in vorliegender Form 3-kategoriell. Wie sich *inhaltlich* betrachtet nachvollziehen lässt, werden bei den 3 Antwortmöglichkeiten offenbar verschiedene (Verständnis-)Aspekte vermischt. Genauer: Die 3 Antwortkategorien lauten beispielsweise für den Bereich 1 (Informationen über Essstörungen) auf die Frage „Haben Sie bislang ausreichende Unterstützung von folgenden Leuten/Organisationen erhalten?“: 0 = Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen. („Bedürfnis vorhanden“ bzw. „ungedecktes Bedürfnis“)
1 = Ich brauche keine Informationen hierüber. („kein Bedürfnis“)
2 = Ja, ich habe genügend Informationen erhalten. („gedecktes Bedürfnis“)

Die Bedürfnisbeschreibungen in Klammer wurden in vorliegender Untersuchung von der ersten deutschsprachigen Untersuchung mittels CaNAM (Graap et al., 2005) übernommen. Bei eingehender Betrachtung ist zu erkennen, dass eine problematische Vermischung unterschiedlicher dichotomer Bedürfnisbeschreibungen vorliegt: nämlich von „Bedürfnis vorhanden – nicht vorhanden“ auf der einen Seite und „vorhandenes Bedürfnis gedeckt – nicht gedeckt“ auf der anderen Seite. Die Frage lautet also, ob hier nicht eine 2-kategorielle Skalierung angebracht wäre. Die derzeitige Formulierung der 3 Antworten ist für die befragten Angehörigen möglicherweise irrtumsanfällig bzw. einfach missverständlich, nicht eindeutig. Was wiederum ein Problem für die Auswertung darstellt: Haben die Probanden beim Ankreuzen wirklich dasselbe unter den Antwortkategorien verstanden wie bei der Fragebogenkonstruktion beabsichtigt?

In der Frage nach den Unterstützungsbedürfnisse der Angehörigen (Frage I) wurde 3-kategoriell ausgewertet, um größtmögliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erzielen. Wie in Kap. 3.2.3.3 dargestellt, wurde bei der psychometrischen Überprüfung (Reliabilität und Itemtrennschärfe) und bei der Hypothesenprüfung (Frage IV – IX) dichotom ausgewertet, und zwar in der Form: „0“ = ungedecktes Bedürfnis, „1“ und „2“ wurden zusammengezogen zur Kategorie, die für kein Vorliegen eines Unterstützungsbedürfnisses (aus welchem Grund auch immer) steht.

Überlegt wurde weiters, folgende zwei Kategorien für eine dichotome Auswertung zu verwenden: „0“ (ungedecktes Bedürfnis) und „2“ (gedecktes Bedürfnis); „1“ (Bedürfnis nicht vorhanden) würde als „missing value“ behandelt werden. (Anm.: Die Antwortkategorien des Bereiches 4 unterscheiden sich von den übrigen drei Bereichen. Hier lauten die Antworten „Ja“ (0), „Nein“ (1) und „Weiß nicht“ (2). Daher würde entsprechend angenommen werden: „0“ = ungedecktes Bedürfnis, „1“ = gedecktes

Bedürfnis.) Es stellt sich allerdings die Frage, wie viele Items dann für die Auswertung „übriggeblieben“ wären (die Kategorie „Bedürfnis nicht vorhanden“ wurde z.B. in Bereich 2 und 3 häufig gewählt). Zudem bliebe als ungelöstes Problem (am Beispiel Bereich 4): Bedeutet die Antwort „Nein“ tatsächlich „gedecktes Bedürfnis“ oder steht sie vielleicht für „Bedürfnis nicht vorhanden (respektive: dieses Bedürfnis ist überhaupt nie vorgelegen)“? Zur Überprüfung der Skalierung des CaNAM wurde eine Analyse aus der probabilistischen Testtheorie (Rasch-Modell) in Betracht gezogen. Diese Auswertung war jedoch nicht möglich, da eine zu kleine Stichprobe (mit N = 38 befragten Angehörigen) vorliegt. Die Daten sind nicht wohl-konditioniert.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen auf, dass Angehörige von Personen, die an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa leiden, aufgrund ebendieser Erkrankungen auf bestimmten Gebieten belastet sind und verschiedener Unterstützung bedürfen.

Wie diese Kurzzusammenfassung zeigt, wurden die meisten Unterstützungsbedürfnisse im Bereich 4 („Andere Bereiche, wo Sie Hilfe benötigen könnten“) des CaNAM geäußert. (Die drei allerhäufigsten Nennungen wurden durch Fettdruck gekennzeichnet):

Bereich 1 (Informationen)

Die Angehörigen gaben in diesem Bereich folgende Bedürfnisse am häufigsten an (in Klammer der Prozentsatz der Angehörigen, der die genannte Frage mit der Kategorie „ungedecktes Bedürfnis“ beantwortete):

Genügend Informationen über örtliche Selbsthilfegruppen erhalten? (60,5 %)

Genügend Informationen über „Erfolgsberichte“ erhalten, z.B. von Leuten, die von einer Essstörung genesen sind? (62,2%)

Bereich 2 (Unterstützung durch andere)

Diese Unterstützungswünsche kamen im Bereich 2 am stärksten vor:

Ausreichende Unterstützung erhalten von Selbsthilfegruppe? (44,7%)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Regionalverbänden für Essstörungen? (45,9%)

Ausreichende Unterstützung erhalten von Krisendiensttelefon? (44,4%)

Bereich 3 (Unterstützung für sich selbst)

Ein hohes ungedecktes Bedürfnis zeigten die Befragten bei dem Item „Haben Sie es geschafft, sich mit Leuten zu treffen, die eine Essstörung überstanden haben?“ (45,9%).

Bereich 4 (Andere Bereiche, wo Hilfe benötigt)

Besonders hohe Bedürfnisausprägungen zeigten die Probanden bei den anschließenden Items:

Möchten Sie Unterstützung im Bereich Umgang mit Ihren Emotionen hierbei (z.B. wie Sie mit den Gefühlen umgehen, die Essen bei Ihrem Angehörigen erzeugt)? (78,9%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, Ihrem Angehörigen geht es schlechter? (91,9%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu essen? (80,6%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger nach dem Essen erbricht? (72,2%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger Essen in sich hineinschlingt? (70,3%)

Möchten Sie Unterstützung im Bereich: Was tun, wenn Ihr Angehöriger sozial isoliert ist oder sich zurückzieht? (70,6%)

Diese Ergebnisse decken sich zum Teil (bzw. sind vergleichbar) mit jenen der Vorgängerstudie von Graap et al. (2005) – etwa wurden die obigen 3 häufigsten Unterstützungsbedürfnisse dieser Untersuchung auch dort besonders geäußert -, zum Teil sind sie different. (vgl. dazu auch die Kap. 2.3.2, Kap. 3.1 und Kap. 4.2.2.1 dieser Arbeit)

Weitere Beispiele für Ergebnisse dieser Studie, welche sich auch bei Graap et al. (2005) und zuvor bei Haigh und Treasure (2003) wieder finden: Viele Angehörige gaben bereits gedeckte Bedürfnisse an für die Aspekte: ausreichende Unterstützung erhalten von Partner/engem Freund? (70,3%), ausreichende Unterstützung erhalten von engstem Familienkreis? (60,5%), ausreichende Unterstützung erhalten von Freunden? (47,4%).

Die Belastung der Angehörigen (**Frage II**) spiegelt sich in dieser Arbeit in den Ergebnissen des FPB wider. Ausgedrückt im mittleren Summenscore von knapp 24 (wobei 84 in diesem Fragebogen den höchsten zu erreichenden Belastungswert darstellt) liegt die ermittelte Belastung der 38 Angehörigen der Stichprobe im Bereich eines „hohen Belastungsempfinden“. Anmerkung: Es wurde ein Vergleich mit einer Normierungsstudie des FPB – und zwar mit Angehörigen Demenzkranker (die wie vielfach belegt, unter sehr starker Beanspruchung stehen) – angestellt. Ein Vergleich mit einer entsprechenden Gruppe durchschnittlich belasteter Angehöriger von gesunden Personen – um diesen Realitätsbezug herzustellen – wurde jedoch nicht gezogen. Vgl. dazu Kap. 4.2.2.2 oben.

Die höchsten Belastungen sahen die Angehörigen in ihrem Eindruck, sie hätten wegen der erkrankten Person nicht genug Zeit für sich selbst; ihrem Gefühl zwischen der Verantwortung dem Kranken gegenüber und den Verpflichtungen für Familie und Arbeit hin und her gerissen zu sein; in der **Furcht davor, was die Zukunft dem Kranken bringen wird** sowie dem **Gefühl, die erkrankte Person sei abhängig von ihnen**. (Anmerkung: Die markierten Belastungen wurden auch in der Studie von Graap et al., 2005, von den Angehörigen vermehrt angegeben.)

Antwort auf **Frage III** der Arbeit: Der Mittelwert des bimodalen Scorings des Fragebogens zum gesundheitlichen Befinden (GHQ-12) von 5,4 (12 ist der höchste Wert, der den stärksten Hinweis auf Vorliegen einer psychischen Erkrankung gibt) liegt knapp unter 50 % des Maximalwerts. Laut Analyse der Daten (siehe Kap. 4.2.2.3) würden 27 Angehörige (von 38) oder rund 71 % (!) Hinweise auf eine psychische Erkrankung zeigen.

In den folgenden drei Bereichen zeigte sich insbesondere eine höhere Belastung:

Haben Sie das **Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen**? (65,8 % der Befragten zeigten hier eine erhöhte Zustimmung)

Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt? (65,8 %)

Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt? (65,8 %)

(Anmerkung: Markierte hohe Einschätzung der Befragten zeigte sich ebenfalls in der deutschen Vorgängerstudie von Graap et al., 2005.)

Wichtig zu betonen erscheint mir, dass der GHQ-12 in den Frageformulierungen auf „in den vergangenen Wochen“ oder „in den letzten Wochen“ Bezug nimmt. Es heißt auch, es gehe „um jetzige oder kürzliche Beschwerden“. Für die Interpretation der Ergebnisse bedeutet das, die Befindenseinschätzung der Angehörigen gibt eine „Momentaufnahme“ der letzten Zeit wieder und keine (bzw. nicht unbedingt) Langzeitbeschwerden. Der General Health Questionnaire zeigt die Tendenz, schon länger bestehende Befindlichkeitsstörungen, die sich in den letzten 4 Wochen nicht verschlechtert haben, nicht zu erfassen (da die Befragten durch den fokussierten Blick auf die letzten 4 Wochen darauf „vergessen“). In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass die Belastung von Angehörigen in Phasen besonders schwerer Erkrankungsausprägung beim Familienmitglied (z.B. lebensbedrohlicher Gesundheitszustand aufgrund des massiven Gewichtsverlusts bei Anorexia nervosa – PatientInnen) sicherlich eine höhere ist als zu einem Zeitpunkt besserer „Erholung“ des Erkrankten. D.h.: Erging es dem essgestörten Familienmitglied in den letzten 4 Wochen schlecht(er), so wird sich dies auch in der schlechteren psychischen Befindlichkeit des Angehörigen im GHQ-12 – Ergebnis widerspiegeln.

Schließlich sollte ein Vergleich der Ergebnisse dieser Untersuchung mit einer passenden Kontrollgruppe bzw. Normwerten gezogen werden, um das erhaltene Bild besser „einordnen“ zu können. Für die Diplomarbeit lagen keine entsprechenden Vergleichswerte vor.

In der Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen Unterstützungsbedürfnissen und Belastungen bzw. psychischem Gesundheitszustand (**Frage IV**) konnte lediglich an einer Stelle eine signifikante Korrelation festgestellt werden: Der Anteil ungedeckter Bedürfnisse (nach „Unterstützung für sich selbst“) – Bereich 3 im CaNAM - korrelierte signifikant mit dem GHQ-12 Gesamtscore. Dieser Zusammenhang könnte sich verschiedentlich (und in beide Richtungen) erklären lassen: Fehlt den Angehörigen Unterstützung für sich selbst, so kann das zu einem verschlechterten psychischen Gesundheitszustand führen (was wohl in erster Linie anzunehmen ist). Umgekehrt kann eine angeschlagene Gesundheit das Bedürfnis nach Unterstützung für sich selbst steigern. Zudem behandeln die Fragen im Bereich „Unterstützung für Sie selbst“ eben Themen der persönlichen Hilflosigkeit und des persönlichen (emotionalen) Austausches, was einen Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden oder Leiden nahe legt. (Beispiele: Haben Sie es geschafft: ...Ihrem erkrankten Angehörigen mitzuteilen, dass Sie Hilfe brauchen? ...sich mit Leuten zu treffen, die eine Essstörung überstanden haben?)

Eine Rolle als intervenierende Variable könnte bei der Zusammenhangsfrage Unterstützungsbedürfnisse-Belastungen-psychische Gesundheit auch die individuelle Persönlichkeit mit ihren eigenen Coping- und Stressbewältigungsformen, Werthaltungen und Attributionsmustern spielen (siehe auch weiter unten, Frage VI). Sie könnte Einfluss auf die Höhe des Zusammenhangs nehmen (und damit die fehlenden Signifikanzen miterklären).

Hypothese V ging der Frage nach, ob die Angehörigen anorektischer und bulimischer PatientInnen Unterschiede zeigen in ihren Ergebnissen im CaNAM, im FPB und im GHQ-12. In keinem der Fälle konnten jedoch signifikante Unterschiede festgestellt werden.

Ein vergleichbares Bild gibt die Antwort auf **Frage VI** ab: Es ergab sich in keinem der 4 CaNAM-Bereiche ein Zusammenhang zwischen Bedürfnisausprägung beim Angehörigen und Erkrankungsdauer des Familienmitglieds. Eine Begründung für dieses Ergebnis könnte mit den individuellen Wertesystemen und Copingstrategien (Stressbewältigung) bzw. auch Attributionen der befragten Personen im Zusammenhang stehen. Diese offenen Fragen bedürfen sicher weiterer Forschung.

Auch bei **Frage VII** konnten keine signifikanten Korrelationen festgestellt werden: Es zeigte sich in keinem Bereich des CaNAM ein Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen und emotionalem Verhältnis Angehörige-Erkrankte. Für den Bereich 3 („Unterstützung für Sie selbst“) wurde allerdings eine Tendenz ersichtlich: starkes Bedürfnis nach Unterstützung für sich selbst bei starkem emotionalen Naheverhältnis ($r=0,318$, $p=0,055$). Als Begründung für die fehlende Signifikanz wird die geringe Stichprobengröße angenommen.

Es zeigte sich ebenso in keinem Bereich des CaNAM ein Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen und persönlicher Kontaktrate Angehörige-Erkrankte.

Es konnte ebenfalls kein Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen und Alter der Erkrankten festgestellt werden (**Frage VIII**).

Auch in der abschließenden **Frage IX** zeigte sich kein Zusammenhang (nämlich zwischen Bedürfnisgrad und Geschlecht der Angehörigen).

Eine Erklärung dafür, dass in den allermeisten Fällen der berechneten Korrelationen und Tests keine Signifikanz auftrat, könnte in der Größe der Stichprobe zu finden sein; sie war mit 38 Befragten relativ klein. (Gründe dafür siehe Kap. 3.2.2; die Studie von Graap et al, 2005, zählte 32 Angehörige)

Schließlich möchte ich an dieser Stelle auch die Ergebnisse aus den offenen Fragen des CaNAM nicht unbeachtet lassen:

Vergleichbar mit der Bandbreite der Fragen in den vier Bereichen des CaNAM (es werden sehr viele Themen und Problembereiche angesprochen) zeigt sich auch in den individuellen schriftlichen Äußerungen der befragten Angehörigen eine beeindruckende Palette an Fragen aus den verschiedensten Gebieten, die diese beschäftigen. Ein bescheidener Versuch, diese zu clustern (Anm.: in zufälliger Reihenfolge angeführt):

Infobedarf über verschiedene Bereiche

Beispiele: „Ursachen“, „evt. Literatur zum Umgang und Verstehen von Essgestörten, --> evt. aus Sicht der essgestörten Person“, „Medizinische Infos über Ko Morbidität, Diabetes I“

Info und Unterstützung von Institutionen

Beispiele: „Erzieher, Ki-garten, Schule“, „Vereine, Organ., die Anorexia Pat. betreuen, dass diese psychol. Unterstützung für Angehörige auch anbieten, wenn der Pat. nicht von dieser Organ. betreut wird.“

Unterstützung bzgl. eigener, persönlicher Nöte

Beispiele: „Eine Antwort auf das WARUM!!“, „einfache, kurze Ratschläge, wie man mit dieser Krankheit (ihrer Krankheit) leben kann bzw. die Krankheit "besiegen" kann.“, „Hätte mir gewünscht bei einigen Fragen mit eigenen Worten zu antworten. Das Ausfüllen hängt sehr vom momentanen psychischen Zustand ab. Vor 2 Monaten hätte ich großteils wahrscheinl. anders geantwortet.“

Fragen und Apelle an die Öffentlichkeit, Einrichtungen der Gesellschaft (Gesundheits- und Sozialsystem, Kinderbetreuung und Schulsystem), Medien

inkl. (finanzieller) Sorgen, Fragen zur Zukunft der Erkrankten

Beispiele: „Berichte von Betroff. + Ang. in den Medien, Berichte von Institutionen in den Medien“, „Wie geht es sozial weiter wenn Pat. volljährig, Versicherung, Unterstützung wenn Pat. keine Schule besucht“, „Medien“, „Gibt es Sozialarbeiter, die tatsächl. Unterstützung außerhalb des KH anbieten können; welche Möglichkeiten gibt es öffentl. Schulen zu besuchen, die die häufige Abwesenheit auch tolerieren wenn das System lt. Schulordnung ausgeschöpft ist?“, „Wichtige Bezugspersonen sind außerdem: Erzieher, Lehrer, Großeltern, erweiterte Fam.; Druck von außen: Medien, Rollenklischee; Erwartungshaltung der Gesellschaft; Tabuisierung, Stigmatisierung; Kostendeckung von Therapien durch öff. Hand; Weiterbildung von Erziehern, Lehrern, Hausärzten; Vorbildfunktionen von Modemachern, Tänzern, Sportlern, Sängern, Models etc.; Staatl. Gesetze für o.g. Gruppen“

„Handfeste“, praktische Tipps und Unterstützung

Beispiele: „stichfestere Argumentationen gegen das Erbrechen im Vorfeld“, „Hilfe, wenn sie schweigt“, „Konkrete Verhaltensvorschläge bei Essattacken oder Selbstverletzung“

6. SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Mit der Ergebnisdarstellung der Erhebung der Belastungen und Bedürfnisse der Untersuchten oben konnten Problembelastungen und konkrete Unterstützungswünsche der Angehörigen von Essstörungspatientinnen in Anzahl und Inhalt (neuerlich) aufgezeigt werden.

Die Angehörigen wünschen sich laut dieser Studie vor allem ein Mehr an bestimmten Informationen (z.B. über Selbsthilfegruppen, Erfolgsberichte von Genesungen), Unterstützungen und Beratung „von außen“ (z.B. von Selbsthilfegruppen, Regionalverbänden für Essstörungen, Krisendiensttelefon), persönliche Hilfestellungen für sich selbst (z.B. für den Umgang mit den eigenen Emotionen) sowie auch ganz praktische Anleitungen oder Tipps für den gemeinsamen Alltag in der Familie (z.B. bei Essensverweigerung zu den Mahlzeiten).

Eindrucksvoll zeigten die freien Formulierungen der Befragten einerseits die persönliche Betroffenheit und den Wunsch nach Aussprache, andererseits auch die „Weitsicht“ auf das System der Erkrankung und die Rolle und Verantwortung der Gesellschaft aus ebendieser Sicht als Angehöriger. Zwei stellvertretende Wortmeldungen sollen das nochmals verdeutlichen:

„Hätte mir gewünscht bei einigen Fragen mit eigenen Worten zu antworten. Das Ausfüllen hängt sehr vom momentanen psychischen Zustand ab. Vor 2 Monaten hätte ich großteils wahrscheinl. anders geantwortet.“

„Wichtige Bezugspersonen sind außerdem: Erzieher, Lehrer, Großeltern, erweiterte Fam.; Druck von außen: Medien, Rollenklischee; Erwartungshaltung der Gesellschaft; Tabuisierung, Stigmatisierung; Kostendeckung von Therapien durch öff. Hand; Weiterbildung von Erziehern, Lehrern, Hausärzten; Vorbildfunktionen von Modemachern, Tänzern, Sportlern, Sängern, Models etc.; Staatl. Gesetze für o.g. Gruppen“

Einige weitreichendere Überlegungen und Gedanken zum Abschluss:

In früheren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Angehörige dazu bereit sind, Informations- und Unterstützungsangebote – sofern sie vorhanden sind! - anzunehmen (vgl. Surgenor, Rau, Snell und Fear, 2000). Man ist sich heute auch einig, dass Angehörige eine tragende Versorgungsinstanz im Gesundheitssystem darstellen und als besondere Stütze des Erkrankten zur Krankheitsbewältigung bzw. Genesung beitragen (können).

Eine zentrale Stellung kommt dabei der Informationsvermittlung zu. Sie kann helfen, Sichtweisen und Erwartungen zu verändern. Irrationale Schuldgefühle der Angehörigen, wie sie dem System des Krankheitsbildes von Essstörungen immanent sind, könnten u.a. durch Information der Angehörigen besser gehandhabt werden. Angehörige erhielten

(weitere) Einsicht in die Krankheit, wie sie selbst diese benötigen, Entlastung, Schutz für sich selbst. (vgl. dazu auch die Ausführungen in Kap. 1 und 2 zu Krankheitsmodell, Behandlung und Rolle der Angehörigen). Auf einen Punkt gebracht kann man es auch wie folgt zusammenfassen: Information und Know-how geben Sicherheit, erhöhen die Selbstwirksamkeit und beugen schließlich eigenen Befindensstörungen (burn-out o.a.) vor.

Ein interessantes Ergebnis dieser Studie in dem Zusammenhang stellt folgendes dar: Im Bereich „Informationen über Essstörungen“ des CaNAM gaben durchschnittlich 15,5 % der Angehörigen an, „keine Informationen hierüber zu brauchen“. (Wobei mit 28,9 % und 28,6 % am häufigsten bei „Informationen über telefonischen Krisenhilfsdienst“ und „Informationen über Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigen in ähnlicher Situation“ die Angabe „brauch ich nicht“ von den Befragten gemacht wurde. Am unteren Ende wurde von 2,6 % und 5,6 % bei „Informationen über Essstörungen im allgemeinen“ und „Informationen über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für Essstörungen“ mit „brauch ich nicht“ geantwortet.)

Offen bleibt hier, *warum* die Angehörigen die betreffenden Informationen „*nicht brauchen*“. Dieser Klärungsbedarf (für zukünftige Untersuchungen) führt mich zu weiteren Überlegungen:

Angehörigenarbeit muss natürlich nicht erst erfunden werden, ausschlaggebend ist aber die Treffsicherheit im *Inhalt* der Angebote (Was brauchen und wünschen sich die betroffenen Angehörigen tatsächlich?) und deren *Verbreitung* (Flächendeckung). Nicht zu vernachlässigen ist selbstverständlich auch die Frage der *Finanzierung* aus der Sicht der Angehörigen (z.B.: Ist Psychoedukation für Angehörige auf Krankenschein eine Utopie?).

Die genannten Argumentationen und Gedankengänge zu einer Umsetzung in der Angehörigenbetreuung durch Verantwortungsträger in Öffentlichkeit und Politik bleiben an dieser Stelle freilich „Blitzlichter“. (Unter Anm. 3 im Kap. 7.1 findet sich weiterer Lesestoff bzw. Beitragsmöglichkeit zum Thema.)

Die Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit konnten jedoch die besonderen Wünsche Angehöriger von Menschen mit Essstörungen nach gezielter Information und Unterstützung so meine ich – einmal mehr – aufzeigen und bewusst machen.

Michaela Hinteregger

7. VERZEICHNISSE

7.1 Anmerkungen

(1) Der Ausschnitt stammt aus dem Vortrag mit dem Titel „Eltern zwischen Co-Abhängigkeit und Resignation – Warum Sie als Partner für Prävention und Therapie so schwer zu gewinnen sind.“ und wurde von Dr. Bärbel Wardetzki bei der „4. Wiener Ess-Störungs – Enquete“ am 26.2.2007 präsentiert. Angaben zur Autorin: Dr. Bärbel Wardetzki, M.A., Tizianstr. 9, 80637 München.

(2) *Department of Health: A national service framework for mental health.* Department of Health, London 1999.

(3) Zum Thema Umsetzung u.a. von Wünschen bzw. Forderungen der Angehörigen von EssstörungspatientInnen beizutragen, machte sich die 2006 veröffentlichte Weltweite Charta für Essstörungen zum Ziel. (Auf folgenden Homepages findet man dazu mehr: www.oeges.or.at, www.netzwerk-essstoerungen.at, www.aedweb.org .)

7.2 Literatur

- Andersen, A.E. (1985): *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Bindl, W. (2003). *Die Belastung von Angehörigen schizophrener Erkrankter – und der Einfluss von soziodemographischen Variablen, von Erkrankungsparametern, Teilnahme an Angehörigengruppen sowie von der Compliance der Patienten*. Dissertation an der Technischen Universität München.
- Bortz, J., & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders; Obesity, Anorexia nervosa and the Person Within*. New York: Basic Books Inc., Publishers. (Dt.: Bruch, H. (1991). *Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt a.M.: Fischer.)
- Bruch, H. (1991). *Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt: Fischer.
- Cierpka, M. (Hrsg.). (1991). *Psychodynamische Konzepte*. Berlin: Springer.
- Clausen, J.A., & Yarrow, M.R. (1955). The impact of mental illness on the family. *Journal of Social Issues*, 11, 3-64.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F., Smukler, G., le Grange, D., & Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow up. *Archives of general psychiatry*, 54(11), 1025-30.
- Engel, S. (2007). *Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen*. Münster: LIT Verlag Berlin-Hamburg-Münster.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P.J. (1993, 12. Auflage). The Eating Disorder Examination. In: C.G. Fairburn & G.T. Wilson, Binge Eating (Ed.), *Nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Goldberg, D.F., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 15, 139-145.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Üstün, T.B., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in the general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Graap, H., Bleich, S., Wilhelm, J., Herbst, F., Trostmann, Y., Wancata, J., de Zwaan, M. (2005). Die Belastungen und Bedürfnisse Angehöriger anorektischer und bulimischer Patientinnen. *Neuropsychiatrie*, 19(4), 155-61.
- Grad, J., & Sainsbury, P. (1966). Problems of caring for the mentally ill at home. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 59, 20-23.
- Graap, H. (2007). *Erfassung der Problembereiche, des Bedarfs und der Bedürfnisse an Unterstützung von Angehörigen schizophrener und essgestörter PatientInnen*. Inaugural-Dissertation in der Fakultät Pädagogik, Philosophie und Psychologie der Otto-Friedrich-Universität Bamberg.

- Grunwald, M., Ettrich, C., Busse, F., Assmann, B., Dähne, A. & Gertz, H. J. (2001a). Angle Paradigm: A New Method to Measure Right Parietal Dysfunction in Anorexia Nervosa. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17, 1-12.
- Grunwald, M., Ettrich, C., Assmann, B., Busse, F., Krause, W. & Gertz, H. J. (2001b). Deficits in haptic perception and right parietal theta-power changes in patients with anorexia nervosa before and after weight gain. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 417-28.
- Grunwald, M. & Gertz, H. J. (2001c). Störung der haptischen Wahrnehmung bei Anorexia nervosa. In M. Grunwald & L. Beyer (Hrsg.), *Der bewegte Sinn – Grundlagen und Anwendungen zur haptischen Wahrnehmung* (S. 135-150). Basel: Birkhäuser.
- Grunwald, M. (2003). Essstörungen: Wird das Internet als Informationsquelle von Betroffenen und Angehörigen genutzt?. In R. Ott & Ch. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 190-206). Göttingen: Hogrefe.
- Haigh, R., & Treasure, J. (2003). Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: development of the Carers Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 11(2), 125-141.
- Hebert, R., Bravo, G. & Preville, M. (2000). Reliability, Validity and Reference Values of the Zarit Burden Interview for Assessing Informal Caregivers of Community-Dwelling Older Persons with Dementia. *Canadian Journal on Aging*, 19 (4), 494-507.
- Hoenig, J., & Hamilton, M.W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.
- Hoenig, J., & Hamilton, M.W. (1969). *The desegregation of the mentally ill*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Jantschek, G., & Jantschek, I. (1989). Familientherapie. Eßgestörte und ihre Familien: Veränderungspotentiale und therapeutische Systeme. In: H. Feiereis. (Hrsg.), *Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie* (S. 229-244). Marseille Verlag: München.
- Katschnig, H., Simon, M., & Kramer, B. (1997). Wie sie leben, wie sie leiden, was sie hoffen – Die Ergebnisse einer Umfrage bei Angehörigen von psychisch Kranken. *Kontakt*, 20(Sonderheft Oktober), 1-18.
- Klingberg, S., & Buchkremer, G. (1998). Zusammenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten – Suche nach optimaler Unterstützung für den Betroffenen. In: W. Binder & W. Bender (Hrsg.), *Angehörigenarbeit in der Psychiatrie* (S. 23-46). Köln: Claus Richter Verlag.
- Köhle, K. & Simons, C. (1990). Anorexia nervosa. In T. v. Uexküll & R. Adler (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 582-613) (4. Aufl.). München: Urban u. Schwarzenberg.
- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). Family Interaction in Eating Disorder Patients and Normal Controls. *The International Journal of Eating Disorders*, 8, 11-23.
- Lienert, G.A., & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. 5. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H., & Benkert, O. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt*, 67, 205-215.

- Lowenthal, M.F., & Berkman, P. (1967). *Aging and mental disorder in San Francisco*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Massing, A., Reich, G., Sperling, E. (1999). *Die Mehrgenerationenfamilientherapie*. 4. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meermann, R. & Vandereycken, W. (1997). *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*. Berlin: De Gruyter.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1983). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press (Dt.: Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L. (1983). *Psychosomatische Krankheiten in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta.)
- Noh, S., & Turner, R.J. (1987). Living with psychiatric patients: implications for the mental health of the family members. *Social Science & Medicine*, 25, 263-702.
- Noh, S., & Avison, W.R. (1988). Spouse of discharged psychiatric patients: factors associated with their experience of burden. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 377-389.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness in the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Russell, G.F., Smukler, G.I., Dare, Ch., & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia and bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 44, 1047-50.
- Santonastaso, P., Saccon, D., & Favaro, A. (1997). Burden and psychiatric symptoms on key relatives of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 1, 44-48.
- Schene, A.H., Tessler, R.C., & Gamache, G.M. (1994). Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 228-240.
- Schmid, R., Spießl, H., Vukovich, A., & Cording, C. (2003). Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71, 118-128.
- Schneider, J., Murray, J., Banerjee, S., Mann, A., Wancata, J., Roelands, M., et al. (1999). EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: 1 – factors associated with carer burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 651-661.
- Seide, L. (1992). *Ambulant-systemische Familientherapie oder stationäre Psychotherapie bei Bulimia nervosa-Patientinnen? Eine Vergleichsstudie von Therapieeffekten*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Sellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J., & Lewis, S. (2001). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 346-355.
- Selvini-Palazzoli, M. (1982), *Magersucht*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Sperling, E. (1965). Die „Magersuchtfamilie“ und ihre Behandlung. In: J.E. Meyer, & H. Feldmann (Hrsg.), *Anorexia nervosa* (S. 156-160). Stuttgart: Thieme.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995). Subjective burden among family members of mentally ill adults: relation to stress, coping and adaption. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 419-427.

- Stevens, A., & Raferty, J. (Hrsg.) (1994). *Health care needs assessment – the epidemiologically based needs assessment reviews*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Surgenor, L.J., Rau, J., Snell, D.L., & Fear, J.L. (2000). Educational needs of eating disorder patients and families. *European Eating Disorders Review*, 8, 59-66.
- Szmukler, G.I., Burgess, P., Herrman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: the development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 137-148.
- Thompson, E.H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family relations*, 31, 379-388.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 343-347.
- Treasure, J., Gavan, K., Todd, G., & Schmidt, U. (2003). Changing the environment in eating disorders: Working with carers/families to improve motivation and facilitate change. *European Eating Disorders Review*, 11, 25-37.
- Uehara, T. (2001). Psychoedukation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 132-138.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1989). The Influence of a Family-Oriented Inpatient Treatment of Individual and Family Factors in Eating Disorders: An Outcome Study. In: W. Vandereycken, E. Kog, & J. Vanderlinden (Eds.), *The Family Approach to Eating Disorders. Assessment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia* (pp. 161-172). New York, Casta Mesa (CA): PMA Publishing Corp.
- Vanderlinden, J., Norré, J., Vandereycken, W., Meermann, R. (1992). *Therapie der Bulimia nervosa. Behandlungskonzepte mit Fallbeispielen*. Stuttgart: Schattauer.
- Wardetzki, B. (1996). Iss doch endlich mal normal! Welche Rolle spielen die Angehörigen im Rahmen einer Magersucht oder Bulimie? In *Gestaltkritik. Zeitschrift für Gestalttherapie vom Gestaltinstitut Köln*, Heft Nr. 1.
- Wilms, H.-U., Wittmund, B., & Angermeyer, M.C. (2001): Psychische Erkrankungen bei Partnern psychisch Kranker. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22, 353-371.
- Winn, S., Perkins, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A Qualitative Study of the Experience of caring for a Person with Bulimia Nervosa. Part 2: Carers' Needs and Experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 269-279.
- Zarit, S., Reever, K., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

7.3 Tabellenverzeichnis

Tabellennummer	Tabellentitel	Seite
Tab. 1	Häufigkeitstabelle Alter der Angehörigen	47
Tab. 2	Häufigkeitstabelle Alter der Angehörigen (nach Essstörungsform der Erkrankten getrennt)	49
Tab. 3	Häufigkeitstabelle Geschlecht der Angehörigen nach Essstörungsform getrennt	52
Tab. 4	Häufigkeitstabelle Angehörige nach Verwandtschafts- bzw. anderem persönlichem Verhältnis zur/m Erkrankten	54
Tab. 5	Häufigkeitstabelle Angehörige nach Verwandtschafts- bzw. anderem persönlichem Verhältnis zur/m Erkrankten nach Essstörungsform differenziert	55
Tab. 6	Häufigkeitstabelle Angehörige und deren Kontakthäufigkeit (persönlich) mit der/m Erkrankten	55
Tab. 7	Häufigkeitstabelle Angehörige und deren Kontakthäufigkeit (persönlich) mit der/m Erkrankten nach Essstörungsform aufgeteilt	56
Tab. 8	Häufigkeitstabelle Angehörige und ihr aktuelles emotionales Verhältnis zur/m Erkrankten	57
Tab. 9	Häufigkeitstabelle Angehörige und ihr aktuelles emotionales Verhältnis zur/m Erkrankten differenziert nach Essstörungsformen	58
Tab. 10	Häufigkeitstabelle Angehörige nach Wohnverhältnis mit ihrem erkrankten Familienmitglied	58
Tab. 11	Häufigkeitstabelle Angehörige nach Wohnverhältnis mit ihrem erkrankten Familienmitglied differenziert nach Essstörungsform	59
Tab. 12	Häufigkeitstabelle Alter Erkrankte/r (korrigiert)	60
Tab. 13	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Form der Essstörung	62
Tab. 14	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Alter getrennt nach Form der Essstörung (korrigiert)	63
Tab. 15	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Dauer der Essstörung	64
Tab. 16	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Dauer der Essstörung nach Erkrankungsform differenziert	66
Tab. 17	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Abführmitteleinnahme	68
Tab. 18	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Abführmitteleinnahme nach Essstörungsformen gegliedert	69
Tab. 19	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Erbrechen	71
Tab. 20	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Erbrechen getrennt nach Essstörungsform	71
Tab. 21	Häufigkeitstabelle Erkrankte und vorsätzliche Selbstverletzung	73
Tab. 22	Häufigkeitstabelle Erkrankte und vorsätzliche Selbstverletzung getrennt nach Essstörungsform	73

Tabellennummer	Tabellentitel	Seite
Tab. 23	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Depressionen	75
Tab. 24	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Depressionen nach Essstörungsform aufgeteilt	75
Tab. 25	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Hyperaktivität	77
Tab. 26	Häufigkeitstabelle Erkrankte und Hyperaktivität getrennt nach Essstörungsform	77
Tab. 27	Nähere Angaben der Angehörigen zur Erkrankung und deren Häufigkeit (differenziert nach den Essstörungsformen)	79
Tab. 28	Reliabilität des CaNAM für die Skala (Bereich) 1	80-81
Tab. 29	Reliabilität des CaNAM für die Skala (Bereich) 2	81-82
Tab. 30	Reliabilität des CaNAM für die Skala (Bereich) 3	83
Tab. 31	Reliabilität des CaNAM für die Skala (Bereich) 4	83-84
Tab. 32	Mittelwert ungedeckte Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Informationen über Essstörungen“ (inkl. getrennt nach Erkrankungsform des Familienmitglieds)	92
Tab. 33	Häufigkeitstabelle Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Informationen über Essstörungen“ getrennt für jede Frage	93-96
Tab. 34	Mittelwert ungedeckte Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen“ (inkl. getrennt nach Erkrankungsform des Familienmitglieds)	96-97
Tab. 35	Häufigkeitstabelle Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen“ getrennt für jede Frage	98-101
Tab. 36	Mittelwert ungedeckte Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung für Sie selbst“ (inkl. getrennt nach Erkrankungsform des Familienmitglieds)	102
Tab. 37	Häufigkeitstabelle Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Unterstützung für Sie selbst“ getrennt für jede Frage	103
Tab. 38	Mittelwert ungedeckte Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten“ (inkl. getrennt nach Erkrankungsform des Familienmitglieds)	104
Tab. 39	Häufigkeitstabelle Bedürfnisse der Angehörigen im Bereich „Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten“ getrennt für jede Frage	106-108
Tab. 40	Ausprägung der Belastungen in Form des mittleren Summenscores im FPB	109
Tab. 41	Mittelwert des bimodalen Scorings im GHQ-12	110
Tab. 42	Hinweise auf eine psychische Erkrankung im GHQ-12 (Cut-off von 2/3)	110
Tab. 43	Korrelation Bereich 1 des CaNAM mit FPB sowie GHQ-12	112
Tab. 44	Korrelation Bereich 2 des CaNAM mit FPB sowie GHQ-12	112
Tab. 45	Korrelation Bereich 3 des CaNAM mit FPB sowie GHQ-12	113

Tabellennummer	Tabellentitel	Seite
Tab. 46	Korrelation Bereich 4 des CaNAM mit FPB sowie GHQ-12	113
Tab. 47	Partielle Korrelation Bereiche 1-4 des CaNAM mit GHQ-12 (FPB konstant gehalten)	114
Tab. 48	Unterschiede im CaNAM-Bereich 1 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder	115
Tab. 49	Unterschiede im CaNAM-Bereich 2 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder	116
Tab. 50	Unterschiede im CaNAM-Bereich 3 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder	116-117
Tab. 51	Unterschiede im CaNAM-Bereich 4 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder	117
Tab. 52	Unterschiede im FPB zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder	118
Tab. 53	Unterschiede im GHQ-12 zwischen Angehörigen anorektischer und bulimischer Familienmitglieder	119
Tab. 54	Zusammenhang Bedürfnisgrad der Angehörigen (CaNAM Bereiche 1-4) und Dauer der Erkrankung der Familienmitglieder	119-120
Tab. 55	Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen (CaNAM Bereiche 1-4) und emotionalem Verhältnis Angehörige-Erkrankte	121-122
Tab. 56	Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen (CaNAM Bereiche 1-4) und persönlicher Kontaktrate Angehörige-Erkrankte	122-123
Tab. 57	Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen (CaNAM Bereiche 1-4) und Alter der Erkrankten	124
Tab. 58	Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen im CaNAM-Bereiche 1 und Geschlecht derselben	125-126
Tab. 59	Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen im CaNAM-Bereiche 2 und Geschlecht derselben	126
Tab. 60	Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen im CaNAM-Bereiche 3 und Geschlecht derselben	126-127
Tab. 61	Zusammenhang zwischen Bedürfnisgrad der Angehörigen im CaNAM-Bereiche 4 und Geschlecht derselben	127
Tab. 62	Weitere Informationswünsche der Angehörigen und deren Häufigkeit (getrennt nach den Essstörungenformen)	128
Tab. 63	Weitere erhaltene Unterstützung der Angehörigen und deren Häufigkeit (getrennt nach den Essstörungenformen)	128
Tab. 64	Weitere Unterstützungswünsche der Angehörigen und deren Häufigkeit (nach Essstörungenformen aufgeteilt)	129
Tab. 65	Weitere Unterstützungsbedürfnisse der Angehörigen im Bereich Erkranktenversorgung und deren Häufigkeit (getrennt nach Essstörungenform)	129

Tabellennummer	Tabellentitel	Seite
Tab. 66	Weitere Kommentare oder Bedarfsbereiche der Angehörigen und deren Häufigkeit (getrennt nach Essstörungsform)	130
Tab. 67	Häufigkeitstabelle FPB differenziert nach einzelnen Items	163-166
Tab. 68	Häufigkeitstabelle GHQ-12 differenziert nach einzelnen Items	167-169

7.4 Abbildungsverzeichnis

Abbildungsnummer	Abbildungstitel	Seite
Abb. 1	Ein Störungsmodell der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa adaptiert nach Fairburn und Harrison (2003)	14
Abb. 2	Häufigkeitsverteilung Alter der Angehörigen	48
Abb. 3	Häufigkeitsverteilung Alter der Angehörigen von Bulimia nervosa – PatientInnen	50
Abb. 4	Häufigkeitsverteilung Alter der Angehörigen von Anorexia nervosa – PatientInnen	50
Abb. 5	Häufigkeitsverteilung Alter der Angehörigen von PatientInnen mit Angabe beider Essstörungenformen (=sonstiges)	51
Abb. 6	Häufigkeitsverteilung Geschlecht der Angehörigen	51
Abb. 7	Häufigkeitsverteilung Geschlecht der Angehörigen bei Essstörungsform Bulimia nervosa	52
Abb. 8	Häufigkeitsverteilung Geschlecht der Angehörigen bei Essstörungsform Anorexia nervosa	53
Abb. 9	Häufigkeitsverteilung Geschlecht der Angehörigen bei Angabe beider Essstörungenformen (= sonstiges)	53
Abb. 10	Häufigkeitsverteilung Angehörige nach Verwandtschafts- bzw. anderem persönlichem Verhältnis zur/m Erkrankten	54
Abb. 11	Häufigkeitsverteilung Angehörige und deren Kontakthäufigkeit (persönlich) mit der/m Erkrankten	56
Abb. 12	Häufigkeitsverteilung Angehörige und ihr aktuelles emotionales Verhältnis zur/m Erkrankten	57
Abb. 13	Häufigkeitsverteilung Angehörige nach Wohnverhältnis mit ihrem erkrankten Familienmitglied	59
Abb. 14	Häufigkeitsverteilung Alter Erkrankte/r (korrigiert)	61
Abb. 15	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Form der Essstörung	62
Abb. 16	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Dauer der Essstörung	65
Abb. 17	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Dauer der Essstörung bei Erkrankungsform Bulimia nervosa	66
Abb. 18	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Dauer der Essstörung bei Erkrankungsform Anorexia nervosa	67
Abb. 19	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Dauer der Essstörung bei Erkrankungsform „sonstiges“	67
Abb. 20	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Abführmitteleinnahme	68
Abb. 21	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Abführmitteleinnahme nach Essstörungenformen gegliedert (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungenformen)	70
Abb. 22	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Erbrechen	71

Abbildungsnummer	Abbildungstitel	Seite
Abb. 23	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Erbrechen nach Essstörungenformen gegliedert (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungenformen)	72
Abb. 24	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und vorsätzliche Selbstverletzung	73
Abb. 25	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und vorsätzliche Selbstverletzung getrennt nach Essstörungsform (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungenformen)	74
Abb. 26	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Depressionen	75
Abb. 27	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Depressionen getrennt nach Essstörungsform (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungenformen)	76
Abb. 28	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Hyperaktivität	77
Abb. 29	Häufigkeitsverteilung Erkrankte und Hyperaktivität getrennt nach Essstörungsform (Vergleich der 3 Nennungen zu Essstörungenformen)	78

7.5 Anhang

7.5.1 Muster Erhebungspaket

- **Begleitbrief** kontaktierte **Einrichtungen** S. 152
- **Erhebungspaket** (1 Begleitbrief Befragte = Angehörige,
1 Datenblatt „Angaben zur Person“, Fragebögen CaNAM, FPB, GHQ-12) S. 153-161

Fakultät für Psychologie

Institut für psychologische Grundlagenforschung
Mag. Dr. Karin Waldherr
Liebiggasse 5
A-1010 Wien
T+43-1-4277-47847
F+43-1-4277-47849

Name Institut
z.H. (Ansprechpartner)
Adr.

Wien, im Dezember 2007

Erhebung zum Thema Essstörungen – Befragung der Angehörigen

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrtes Team!

An der Fakultät für Psychologie der Universität Wien wird derzeit im Rahmen einer Diplomarbeit die Frage der Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen von essgestörten Menschen - genauer an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa Erkrankten - untersucht. Da den Angehörigen von Personen mit Essstörungen in wissenschaftlichen Studien bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, wollen wir uns diesem Thema widmen. Die Erhebung soll Probleme und Nöte von Angehörigen aufzeigen und bewusst machen.

Anbei finden Sie Befragungsunterlagen, die sich an die Angehörigen (Familienangehörige: Eltern, Geschwister..., aber auch Angehörige im weiteren Sinne: Freunde, Kollegen etc.) richten. Jedes **Erhebungspaket** (bestehend aus 9 Seiten) setzt sich aus 1 **Begleitbrief**, 1 **Datenblatt „Angaben zur Person“** sowie den **Fragebögen** zusammen.

Wir ersuchen Sie, die Unterlagen an möglichst viele Angehörige weiterzuleiten und den Erfolg dieser Studie damit zu unterstützen! Vielen herzlichen Dank!

Sollten Sie Fragen haben oder weiteres Erhebungsmaterial benötigen, rufen Sie uns bitte unter den untenstehenden Nummern an.

Mit besten Grüßen

Univ.Ass. Mag.Dr. Karin Waldherr eh.
Fakultät für Psychologie
Institut für Psychologische Grundlagenforschung
Universität Wien
Liebiggasse 5, 1010 Wien
Tel. 01/4277/47847

Mag. Michaela Hinteregger
Diplomandin am Institut
Tel.

Anlage

..... Stk. Erhebungspakete



universität
wien

Fakultät für Psychologie

Liebiggasse 5

1010 Wien

Wien, im Dezember 2007

Erhebung zum Thema Essstörungen – Befragung der Angehörigen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Sehr geehrte/r Angehörige/r!

An der Fakultät für Psychologie der Universität Wien wird derzeit im Rahmen einer Diplomarbeit die Frage der Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen von essgestörten Menschen - genauer an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa Erkrankten - untersucht.

Wir ersuchen Sie daher, die beiliegenden Fragebögen – *unbedingt vollständig!* - auszufüllen!

Es wird nach Ihren persönlichen, ehrlichen Angaben und Einschätzungen gefragt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

Sie bleiben selbstverständlich anonym und die Daten werden lediglich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Retournieren Sie die vollständig ausgefüllten Fragebögen im verschlossenen Kuvert an die Person, von der Sie diese erhalten haben,

BITTE sobald wie möglich!

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Zeit und Mühe!

Mag.Dr. Karin Waldherr eh.

Mag. Michaela Hinteregger

ANGABEN ZUR PERSON

Wir ersuchen Sie um nachstehende Angaben zu Ihrer Person und Ihrem erkrankten Angehörigen. Die Daten sind anonym und werden für statistische Auswertungen erhoben.

(Bitte beachten Sie: Hier und in den folgenden Fragebögen wird die erkrankte Person „Angehöriger“ oder „Familienmitglied“ genannt. Sind Sie selbst Freund/in, Arbeitskollege/in etc., so sehen Sie die/den Erkrankte/n bitte als Ihren „Angehörigen“ oder „Familienmitglied“ im weiteren Sinne.)

Persönliche Angaben

Alter: Jahre

Geschlecht:

weiblich

männlich

Wie oft haben Sie üblicherweise Kontakt zur/zum erkrankten Angehörigen?

persönlicher Kontakt:	<input type="radio"/> täglich	ca. Mal / Woche	<input type="radio"/> seltener
telefonischer Kontakt:	<input type="radio"/> täglich	ca. Mal / Woche	<input type="radio"/> seltener

Bitte beschreiben Sie Ihr derzeitiges **emotionales Verhältnis** zur/zum Erkrankten.

Wie nahe fühlen Sie sich zur Zeit der/dem Erkrankten?:

----- ----- ----- -----
 sehr nahe eher nahe mittelmäßig nahe eher wenig nahe wenig nahe

Wohnen Sie im selben Haushalt mit der/dem Erkrankten? ja nein

Familienstand bzw. Verhältnis zur erkrankten Person:

<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Schwester	<input type="radio"/> Bruder	<input type="radio"/> Gatte/in
<input type="radio"/> Partner/in	<input type="radio"/> Freund/in	<input type="radio"/> Arbeitskollege/in	<input type="radio"/>	

(Wurde Ihr Verhältnis zur erkrankten Person nicht genannt, bitten wir um Eintrag.)

Angaben zur/zum erkrankten Angehörigen

Alter der/des Angehörigen: Jahre

Geschlecht der/des Angehörigen:

weiblich

männlich

Form der Essstörung:

<input type="radio"/> Bulimia nervosa	<input type="radio"/> Anorexia nervosa	<input type="radio"/>
---------------------------------------	--	-----------------------------

(Liegt eine andere Essstörungsform vor, bitte um Eintrag.)

Wie lange liegt die Essstörung vor?: Jahre

Nähere Fragen zur Erkrankung:

Nimmt die/der Erkrankte Abführmittel ein?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Erbricht die/der Erkrankte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Verletzt sich die/der Erkrankte vorsätzlich selbst?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Leidet die/der Erkrankte unter Depressionen ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ist die/der Erkrankte körperlich hyperaktiv ?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Sonstige nähere Angaben zur Erkrankung, die Sie uns mitteilen wollen:

.....

DANKE

Fragebogen zu Bedürfnissen Angehöriger

Datum: _____

Bitte geben Sie uns zunächst als „Erkennungszeichen“ (zur Zuordenbarkeit von Angehörigen derselben Familie) die folgenden Buchstaben und Ziffern an:

Mein erkranktes Familienmitglied wohnt in der:

(bitte die ersten 3 Buchstaben des Namens der Gasse/Straße eintragen)

auf Hausnummer:

(bitte die Hausnummer der Adresse Ihres Familienmitglieds eintragen)

Dieser Fragebogen wurde erstellt, um festzustellen, welche Hilfe oder Unterstützung Sie als Angehöriger eines Familienmitglieds mit einer Essstörung benötigen würden. Bitte beantworten Sie den Fragebogen so ehrlich wie möglich. Wenn wir mehr wissen über die verschiedenen Bedürfnisse, die Angehörige haben, hilft uns dies, in Zukunft auf diese einzugehen. (Anmerkung: Im Text heißt es zur leichteren Lesbarkeit kurz „Angehöriger“, gemeint ist selbstverständlich ebenfalls die weibliche Form „Angehörige“.)

1. Informationen über Essstörungen

Bitte beantworten Sie folgende Fragen anhand dieser Antwortkategorien:

0 = Nein, ich habe nicht genügend Informationen erhalten und würde gerne mehr darüber wissen.

1 = Ich brauche keine Informationen hierüber.

2 = Ja, ich habe genügend Informationen erhalten.

Haben Sie über die folgenden Bereiche genügend Informationen erhalten?

- | | | | |
|--|----|----|----|
| a) Essstörungen im allgemeinen. | o0 | o1 | o2 |
| b) örtliche Selbsthilfegruppen. | o0 | o1 | o2 |
| c) Einzel- oder Familienhilfsgruppen. | o0 | o1 | o2 |
| d) Telefonischer Krisenhilfsdienst. | o0 | o1 | o2 |
| e) Wo Sie Unterstützung oder Beratung erhalten können. | o0 | o1 | o2 |
| f) Beratungs- oder Therapieangebote für Sie. | o0 | o1 | o2 |
| g) Bewältigungsstrategien für Ihre Probleme. | o0 | o1 | o2 |
| h) “Erfolgsberichte”, z.B. von Leuten, die von einer Essstörung genesen sind. | o0 | o1 | o2 |
| i) Unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten für Essstörungen. | o0 | o1 | o2 |
| j) Aktueller Behandlungsplan Ihres Angehörigen. | o0 | o1 | o2 |
| k) Zukünftiger Behandlungsplan. | o0 | o1 | o2 |
| l) Verlaufsprognose ihres Familienangehörigen. | o0 | o1 | o2 |
| m) Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigen in ähnlicher Situation. | o0 | o1 | o2 |
| n) Was Sie tun können / an wen Sie sich wenden können
im Falle eines Rückfalls. | o0 | o1 | o2 |

Gibt es noch andere Bereiche, in denen Sie gerne weitere Informationen erhalten würden?

2. Unterstützung von anderen Leuten/Organisationen

Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen anhand dieser Antwortkategorien:

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

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

2 = Ja, ich bekomme genügend Unterstützung.

Haben Sie bislang ausreichende Unterstützung von folgenden Leuten/Organisationen erhalten?

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Partner/engem Freund | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Engstem Familienkreis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Weitläufigem Familienkreis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Freunden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Arbeitgeber | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Arbeitskollegen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Mitarbeitern des Gesundheitssystems (Ärzte, Psychologen, Pfleger etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) Praktischer Arzt/Hausarzt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) Sozialarbeiter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) Selbsthilfegruppe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) Andere Gruppenunterstützung (für Sie selbst, die Familie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l) Regionalverbände für Essstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m) Krisendiensttelefon | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Haben Sie von irgendjemand anderem wertvolle Unterstützung bekommen? Ja Nein

Wenn ja, von wem?

Bitte geben Sie an, von wem außer den oben genannten Personen/Organisationen Sie gerne Unterstützung erhalten würden.

3. Unterstützung für Sie selbst

Bitte beantworten Sie die weiteren Fragen anhand dieser Antwortkategorien:

0 = *Nein, aber ich wünschte, ich hätte es getan.*

1 = *Nein, aber das macht nichts.*

2 = *Ja.*

Haben Sie es geschafft:

- | | | | |
|---|----|----|----|
| a) Für sich selbst professionelle Hilfe zu suchen? | o0 | o1 | o2 |
| b) Ihrem erkrankten Angehörigen mitzuteilen, dass Sie Hilfe brauchen? | o0 | o1 | o2 |
| c) Mit jemandem Kontakt aufzunehmen, der in einer ähnlichen Situation war, um sich gegenseitig beizustehen? | o0 | o1 | o2 |
| d) Sich mit Leuten zu treffen, die eine Essstörung überstanden haben? | o0 | o1 | o2 |
| e) Sich Tipps für die Mahlzeitgestaltung zu holen (z.B. wie man die Mahlzeiten gestaltet, wie man die Familie zusammen an den Esstisch bekommt etc.)? | o0 | o1 | o2 |

4. Bereiche, wo Sie vielleicht Hilfe gebrauchen könnten

Möchten Sie Unterstützung in folgenden Bereichen?

- | | | | |
|---|------|--------|--------------|
| a) Essen planen mit der Person, die Sie versorgen. | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| b) Praktischer Umgang mit Mahlzeiten (z.B. Größe der Portionen). | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| c) Umgang mit Ihren Emotionen hierbei (z.B. wie Sie mit den Gefühlen umgehen, die Essen bei Ihrem Angehörigen erzeugt). | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| d) Bewältigungstechniken für Belastungen in Ihrer Situation. | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| e) Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, Ihrem Angehörigen geht es schlechter? | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| f) Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu essen? | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| g) Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu trinken? | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| h) Was tun, wenn Ihr Angehöriger nach dem Essen erbricht? | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| i) Was tun, wenn Ihr Angehöriger Essen in sich hineinschlingt? | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| j) Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich vorsätzlich selbst verletzt (z.B. durch Schneiden oder sich Brennen)? | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| k) Was tun, wenn Ihr Angehöriger sozial isoliert ist oder sich zurückzieht? | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| l) Was tun, wenn Ihr Angehöriger exzessiv Sport treibt? | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| m) Wie man innerhalb der Familie besser miteinander in Kontakt tritt. | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| n) Wie Sie Ihre Zeit zwischen dem kranken Angehörigen und Ihren anderen Kindern besser aufteilen. | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |
| o) Wissen über die Prognose Ihres Angehörigen und dessen/deren eigene Erwartungen | o Ja | o Nein | o Weiß nicht |

Gibt es noch irgendwelche anderen Bereiche bei der Versorgung Ihres Angehörigen, in denen Sie gerne Unterstützung hätten?

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen.
- Bitte weiterblättern! -**

Bitte benutzen Sie diese Seite, um Ihre Kommentare zu diesem Fragebogen abzugeben oder andere Vorschläge zu Bedarfsbereichen zu machen, die für Sie wichtig/bedeutsam sind, aber die bei keiner der obigen Fragen behandelt wurden.

- Bitte weiterblättern! -

FRAGEBOGEN ZUR PERSÖNLICHEN BELASTUNG

Die nachfolgenden Fragen sollen Aufschluss darüber geben, wie sich Personen, die durch die Versorgung eines kranken Familienmitgliedes belastet sind, manchmal fühlen. Geben Sie bitte zu jeder Frage an, wie oft es Ihnen so ergeht: 'niemals', 'selten', 'manchmal', 'häufig' oder 'fast immer'. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

	Niemals	Selten	Manch- mal	Häufig	Fast immer
1. Haben Sie den Eindruck, Ihr krankes Familienmitglied erbitte Ihre Hilfe öfter als wirklich notwendig?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2. Haben Sie den Eindruck, Sie hätten wegen Ihres kranken Familienmitgliedes nicht genug Zeit für sich selbst?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3. Fühlen Sie sich zwischen Ihrer Verantwortung Ihrem kranken Familienmitglied gegenüber und dem Versuch, Ihren Verpflichtungen für Familie und Arbeit nachzukommen, hin und her gerissen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4. Schämen Sie sich für das Benehmen Ihres kranken Familienmitgliedes?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5. Sind Sie in Anwesenheit Ihres kranken Familienmitgliedes irritiert?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6. Haben Sie den Eindruck, dass Ihr krankes Familienmitglied Ihre Beziehung zu anderen Familienmitgliedern in negativer Weise beeinflusst?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7. Fürchten Sie sich davor, was die Zukunft Ihrem kranken Familienmitglied bringen wird?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8. Haben Sie das Gefühl, Ihr krankes Familienmitglied sei abhängig von Ihnen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9. Fühlen Sie sich in Anwesenheit Ihres kranken Familienmitgliedes unter Druck?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10. Haben Sie den Eindruck, Ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, seit Sie für Ihr krankes Familienmitglied sorgen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11. Fühlen Sie sich in Ihrer Privatsphäre eingeschränkt, da Sie für Ihr krankes Familienmitglied zu sorgen haben?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

	Niemals	Selten	Manch- mal	Häufig	Fast immer
12. Haben Sie den Eindruck, Ihr Sozialleben habe unter der Versorgung Ihres kranken Familienmitglieds gelitten?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13. Ist es Ihnen unter den gegebenen Umständen unangenehm, Freunde zu empfangen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14. Haben Sie den Eindruck, Ihr krankes Familienmitglied erwarte von Ihnen, dass Sie für es sorgen, so als ob ein anderer nicht dazu in der Lage wäre?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15. Finden Sie, es fehle Ihnen an finanziellen Mitteln, um Ihr krankes Familienmitglied zu versorgen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16. Fürchten Sie, nicht mehr viel länger für Ihr krankes Familienmitglied sorgen zu können?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17. Haben Sie den Eindruck, seit der Erkrankung Ihres kranken Familienmitglieds die Kontrolle über Ihr eigenes Leben verloren zu haben?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18. Verspüren Sie den Wunsch, jemand anderem die Versorgung Ihres kranken Familienmitglieds zu überlassen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19. Fühlen Sie sich unsicher, wie Sie sich bezüglich Ihres kranken Familienmitgliedes zu verhalten haben?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20. Finden Sie, Sie sollten mehr für Ihr krankes Familienmitglied tun?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21. Finden Sie, Sie könnten bezüglich der Versorgung Ihres kranken Familienmitglieds bessere Arbeit leisten?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22. Fühlen Sie sich insgesamt durch die Versorgung Ihres kranken Familienmitglieds belastet?	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ ein wenig	<input type="checkbox"/> ₂ ziemlich	<input type="checkbox"/> ₃ sehr	

VIELEN DANK FÜR IHRE HILFE!

Fragebogen zum gesundheitlichen Befinden

General Health Questionnaire, GHQ, 12 Items

Der Fragebogen soll erfassen, ob Sie in den vergangenen Wochen irgendwelche Krankheitsbeschwerden hatten bzw. wie es ganz allgemein um Ihre Gesundheit in den letzten Wochen bestellt war. Bitte beantworten Sie alle Fragen, indem Sie bei der zutreffenden Antwort ein Kreuz machen. Bitte denken Sie daran, dass es um jetzige oder kürzliche Beschwerden geht und nicht um Ihre früheren. **Es ist wichtig, dass Sie alle Fragen beantworten.**

1. Haben Sie in den letzten Wochen wegen Sorgen weniger geschlafen?

nein, gar nicht nicht schlechter als üblich schlechter als üblich viel schlechter als üblich

2. Haben Sie das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen?

nein, gar nicht nicht mehr als üblich mehr als üblich viel mehr als üblich

3. Haben Sie sich in den letzten Wochen auf das, was Sie gemacht haben, konzentrieren können?

besser als üblich so wie üblich schlechter als üblich viel schlechter als üblich

4. Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, für etwas nützlich zu sein?

mehr als üblich so wie üblich weniger als üblich viel weniger als üblich

5. Haben Sie sich in den letzten Wochen imstande gefühlt, sich mit Ihren Problemen auseinander zu setzen?

besser als üblich so wie üblich weniger als üblich viel weniger als üblich

6. Ist es Ihnen in den letzten Wochen schwer gefallen, Entscheidungen zu treffen?

nein, gar nicht so wie üblich schwerer als üblich viel schwerer als üblich

7. Haben Sie in den letzten Wochen den Eindruck gehabt, dass Sie mit Ihren Schwierigkeiten nicht zu Rande gekommen sind?

nein, gar nicht nicht schlechter als üblich schlechter als üblich viel schlechter als üblich

8. Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt?

mehr als üblich so wie üblich weniger als üblich viel weniger als üblich

9. Konnten Sie in den letzten Wochen Ihren Alltagsverpflichtungen mit Freude nachgehen?

mehr als üblich so wie üblich weniger als üblich viel weniger als üblich

10. Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt?

nein, gar nicht nicht mehr als üblich mehr als üblich viel mehr als üblich

11. Haben Sie in den letzten Wochen einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt?

nein, gar nicht nicht mehr als üblich mehr als üblich viel mehr als üblich

12. Haben Sie sich in den letzten Wochen wertlos gefühlt?

nein, gar nicht nicht mehr als üblich mehr als üblich viel mehr als üblich

D A N K E

7.5.2 Übersicht: an der Erhebung teilgenommene Institutionen

Stationäre und ambulante Spitalseinrichtungen
<u>Ambulanz für Essstörungen</u> Univ.-Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters Medizinische Universität Wien am <u>Allgemeinen Krankenhaus (AKH) Wien</u> Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien
<u>Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz</u> Wagner Jauregg Platz, 8054 Graz
<u>Christian-Doppler-Klinik</u> Kinder- und Jugendpsychiatrie Ignaz-Harrer-Str. 79, 5020 <u>Salzburg</u>
Selbsthilfegruppen (SHG)
<u>Set Point Wien (SHG)</u> Gersthoferstraße 150/6/6, 1180 Wien
<u>Set Point Graz – Institut Impuls (SHG)</u> Schillerstraße 6, 8010 Graz
<u>SHG für Angehörige in Graz</u> Peterstalstraße 42, 8042 Graz
<u>Intakt – Therapiezentrum für Menschen mit Essstörungen (SHG) in Wien</u> Grundlgasse 5/8, 1090 Wien
<u>Netzwerk Essstörungen (SHG für Angehörige) in Innsbruck</u> Fritz Pregl-Straße 5, 6020 Innsbruck
Andere Beratungs- und Betreuungseinrichtungen
<u>Frauengesundheitszentrum F.E.M. – Frauen Eltern Mädchen in Wien</u> an der Semmelweiß-Frauenklinik Bastiengasse 36-38, 1180 Wien

7.5.3 Tabellen

Tabelle 67: Häufigkeitstabelle FPB differenziert nach einzelnen Items

Haben Sie den Eindruck, Ihr krankes Familienmitglied erbitte Ihre Hilfe öfter als wirklich notwendig?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	15	39,5	39,5	39,5
	Selten	12	31,6	31,6	71,1
	Manchmal	8	21,1	21,1	92,1
	Häufig	2	5,3	5,3	97,4
	Fast immer	1	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie den Eindruck, Sie hätten wegen Ihres kranken Familienmitglieds nicht genug Zeit für sich selbst?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	11	28,9	28,9	28,9
	Selten	12	31,6	31,6	60,5
	Manchmal	9	23,7	23,7	84,2
	Häufig	6	15,8	15,8	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Fühlen Sie sich zwischen Ihrer Verantwortung Ihrem kranken Familienmitglied gegenüber und dem Versuch, Ihren Verpflichtungen für Familie und Arbeit nachzukommen, hin und her gerissen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	7	18,4	18,9	18,9
	Selten	8	21,1	21,6	40,5
	Manchmal	12	31,6	32,4	73,0
	Häufig	9	23,7	24,3	97,3
	Fast immer	1	2,6	2,7	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Schämen Sie sich für das Benehmen Ihres kranken Familienmitglieds?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	28	73,7	73,7	73,7
	Selten	7	18,4	18,4	92,1
	Manchmal	2	5,3	5,3	97,4
	Fast immer	1	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Sind Sie in Anwesenheit Ihres kranken Familienmitglieds irritiert?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	14	36,8	36,8	36,8
	Selten	12	31,6	31,6	68,4
	Manchmal	10	26,3	26,3	94,7
	Häufig	1	2,6	2,6	97,4
	Fast immer	1	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Fortsetzung Tab. 67:

haben Sie den Eindruck, dass Ihr krankes Familienmitglied Ihre Beziehung zu anderen Familienmitgliedern in negativer Weise beeinflusst?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	14	36,8	37,8	37,8
	Selten	10	26,3	27,0	64,9
	Manchmal	10	26,3	27,0	91,9
	Häufig	2	5,3	5,4	97,3
	Fast immer	1	2,6	2,7	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Fürchten Sie sich davor, was die Zukunft Ihrem kranken Familienmitglied bringen wird?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	3	7,9	7,9	7,9
	Selten	3	7,9	7,9	15,8
	Manchmal	15	39,5	39,5	55,3
	Häufig	10	26,3	26,3	81,6
	Fast immer	7	18,4	18,4	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie das Gefühl, Ihr krankes Familienmitglied sei abhängig von Ihnen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	11	28,9	28,9	28,9
	Selten	9	23,7	23,7	52,6
	Manchmal	8	21,1	21,1	73,7
	Häufig	9	23,7	23,7	97,4
	Fast immer	1	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Fühlen Sie sich in Anwesenheit Ihres kranken Familienmitglieds unter Druck?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	13	34,2	34,2	34,2
	Selten	5	13,2	13,2	47,4
	Manchmal	13	34,2	34,2	81,6
	Häufig	4	10,5	10,5	92,1
	Fast immer	3	7,9	7,9	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie den Eindruck, Ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, seit Sie für Ihr krankes Familienmitglied sorgen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	14	36,8	37,8	37,8
	Selten	7	18,4	18,9	56,8
	Manchmal	12	31,6	32,4	89,2
	Häufig	4	10,5	10,8	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Fortsetzung Tab. 67:

Fühlen Sie sich in Ihrer Privatsphäre eingeschränkt, da Sie für Ihr krankes Familienmitglied zu sorgen haben?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	16	42,1	42,1	42,1
	Selten	10	26,3	26,3	68,4
	Manchmal	7	18,4	18,4	86,8
	Häufig	5	13,2	13,2	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie den Eindruck, Ihr Sozialleben habe unter der Versorgung Ihres kranken Familienmitglieds gelitten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	14	36,8	36,8	36,8
	Selten	11	28,9	28,9	65,8
	Manchmal	8	21,1	21,1	86,8
	Häufig	4	10,5	10,5	97,4
	Fast immer	1	2,6	2,6	100,0
Gesamt		38	100,0	100,0	

Ist es Ihnen unter den gegebenen Umständen unangenehm, Freunde zu empfangen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	23	60,5	60,5	60,5
	Selten	7	18,4	18,4	78,9
	Manchmal	5	13,2	13,2	92,1
	Häufig	1	2,6	2,6	94,7
	Fast immer	2	5,3	5,3	100,0
Gesamt		38	100,0	100,0	

Haben Sie den Eindruck, Ihr krankes Familienmitglied erwarte von Ihnen, dass Sie für es sorgen, so als ob ein anderer nicht dazu in der Lage wäre?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	16	42,1	43,2	43,2
	Selten	6	15,8	16,2	59,5
	Manchmal	14	36,8	37,8	97,3
	Fast immer	1	2,6	2,7	100,0
Gesamt		37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

Finden Sie, es fehle Ihnen an finanziellen Mitteln, um Ihr krankes Familienmitglied zu versorgen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	23	60,5	60,5	60,5
	Selten	10	26,3	26,3	86,8
	Manchmal	1	2,6	2,6	89,5
	Häufig	4	10,5	10,5	100,0
Gesamt		38	100,0	100,0	

Fortsetzung Tab. 67:

Fürchten Sie, nicht mehr viel länger für Ihr krankes Familienmitglied sorgen zu können?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	27	71,1	71,1	71,1
	Selten	3	7,9	7,9	78,9
	Manchmal	8	21,1	21,1	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie den Eindruck, seit der Erkrankung Ihres kranken Familienmitglieds die Kontrolle über Ihr eigenes Leben verloren zu haben?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	20	52,6	52,6	52,6
	Selten	9	23,7	23,7	76,3
	Manchmal	7	18,4	18,4	94,7
	Häufig	2	5,3	5,3	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Verspüren Sie den Wunsch, jemand anderem die Versorgung Ihres kranken Familienmitglieds zu überlassen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	21	55,3	55,3	55,3
	Selten	9	23,7	23,7	78,9
	Manchmal	7	18,4	18,4	97,4
	Häufig	1	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Fühlen Sie sich unsicher, wie Sie sich bezüglich Ihres kranken Familienmitglieds zu verhalten haben?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	8	21,1	21,1	21,1
	Selten	6	15,8	15,8	36,8
	Manchmal	18	47,4	47,4	84,2
	Häufig	5	13,2	13,2	97,4
	Fast immer	1	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Finden Sie, Sie sollten mehr für Ihr krankes Familienmitglied tun?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	7	18,4	18,4	18,4
	Selten	10	26,3	26,3	44,7
	Manchmal	16	42,1	42,1	86,8
	Häufig	5	13,2	13,2	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Finden Sie, Sie könnten bezüglich der Versorgung Ihres kranken Familienmitglieds bessere Arbeit leisten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Niemals	7	18,4	18,4	18,4
	Selten	8	21,1	21,1	39,5
	Manchmal	20	52,6	52,6	92,1
	Häufig	2	5,3	5,3	97,4
	Fast immer	1	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	38	100,0	100,0	

Tabelle 68: Häufigkeitstabelle GHQ-12 differenziert nach einzelnen Items

Anmerkung:

Die 4 Antwortmöglichkeiten (mit dem Scoring 0-1-2-3) wurden dichotomisiert. Das bimodale Scoring 0-0-1-1 findet sich in der Häufigkeitstabelle abgebildet:

„0“ gibt dabei die „unauffälligen“ Antwortkategorien (z.B. „nein, gar nicht“ oder „nicht schlechter als üblich“) wieder, „1“ steht für „auffällige“ Antworten (z.B. „schlechter als üblich“ oder „viel schlechter als üblich“).

Haben Sie in den letzten Wochen wegen Sorgen weniger geschlafen?

HabenwenigergeschlafenD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	17	44,7	45,9	45,9
1,00	20	52,6	54,1	100,0
Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Haben Sie das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen?

HabenGefühlunterDruckD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	13	34,2	34,2	34,2
1,00	25	65,8	65,8	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie sich in den letzten Wochen auf das, was Sie gemacht haben, konzentrieren können?

Habenkonzentrkönnend

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	16	42,1	42,1	42,1
1,00	22	57,9	57,9	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, für etwas nützlich zu sein?

HabenGefühlnützlichzuseinD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	26	68,4	70,3	70,3
1,00	11	28,9	29,7	100,0
Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Haben Sie sich in den letzten Wochen imstande gefühlt, sich mit Ihren Problemen auseinander zu setzen?

HabenimstandegefühltProblemauseinanderD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	21	55,3	56,8	56,8
1,00	16	42,1	43,2	100,0
Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Fortsetzung Tab. 68:

Ist es Ihnen in den letzten Wochen schwer gefallen, Entscheidungen zu treffen?

EntscheidungschwerD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	27	71,1	71,1	71,1
1,00	11	28,9	28,9	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie in den letzten Wochen den Eindruck gehabt, dass Sie mit Ihren Schwierigkeiten nicht zu Rande gekommen sind?

EindruckSchwierigktnnichtzuRandeD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	24	63,2	64,9	64,9
1,00	13	34,2	35,1	100,0
Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend System	1	2,6		
Gesamt	38	100,0		

Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt?

zufriedengefühlD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	13	34,2	34,2	34,2
1,00	25	65,8	65,8	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Konnten Sie in den letzten Wochen Ihren Alltagsverpflichtungen mit Freude nachgehen?

AlltagmitFreudeD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	17	44,7	44,7	44,7
1,00	21	55,3	55,3	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt?

HabenunglücklichgefühlD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	13	34,2	34,2	34,2
1,00	25	65,8	65,8	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Haben Sie in den letzten Wochen einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt?

HabenMangelSelbstvertrgespürtD

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ,00	29	76,3	76,3	76,3
1,00	9	23,7	23,7	100,0
Gesamt	38	100,0	100,0	

Fortsetzung Tab. 68:

Haben Sie sich in den letzten Wochen wertlos gefühlt?

HabenwertlosgeföhltD

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	.00	30	78,9	81,1	81,1
	1,00	7	18,4	18,9	100,0
	Gesamt	37	97,4	100,0	
Fehlend	System	1	2,6		
Gesamt		38	100,0		

ZUSAMMENFASSUNG

Hauptziel der vorliegenden Diplomarbeit war es, eine psychometrische Überprüfung der deutschen Version des Fragebogens „Carers' Needs Assessment Measure“ (CaNAM) anzustellen. Das *zweite Anliegen* bestand darin, die aktuelle psychische Belastung und die Bedürfnisse nach Unterstützung der Angehörigen von Menschen mit Essstörungen (genauer an Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa Erkrankten) zu erfassen. Die Ausgangslage der Untersuchung war, dass die Angehörigen von EssstörungspatientInnen – im Gegensatz zu Angehörigen von PatientInnen mit anderen psychischen Erkrankungen - bislang kaum Thema wissenschaftlicher Forschung waren. Erst 2003 wurde von Haigh und Treasure der erste störungsspezifische Bedürfnisfragebogen für Angehörige anorektischer PatientInnen (nämlich der CaNAM) in Großbritannien entwickelt und eingesetzt. In Deutschland legten Graap et al. (2005) ihre deutsche Übersetzung des Fragebogens erstmals in einer Studie vor, wo sie die Belastungen und Bedürfnisse der Angehörigen von Familienmitgliedern mit Anorexia bzw. Bulimia nervosa erfassten. Die englische wie die deutsche Untersuchung kamen übereinstimmend zum Ergebnis, dass die Angehörigen in hohem Maße ungedeckte Bedürfnisse in verschiedenen Bereichen aufweisen – besonders hinsichtlich Informationen über Essstörungen, Unterstützung durch andere Menschen und Organisationen und emotionale und praktische Unterstützung im Umgang mit der Krankheit. Mit der Diplomarbeit sollte – neben den genannten Zielen - ein kleiner Beitrag zur Darlegung der Situation der Angehörigen Essgestörter in Österreich geleistet werden.

38 Angehörige beantworteten über Vermittlung von stationären und ambulanten Spitalseinrichtungen, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen für PatientInnen und Angehörige in verschiedenen Bundesländern Österreichs folgendes „Erhebungspaket“ in Papier/Bleistift-Form: *Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM)* in deutscher Fassung zur Erfassung der Unterstützungsbedürfnisse der Angehörigen, *Fragebogen zur persönlichen Belastung (FPB)* zur Erfassung des subjektiven Belastungsgrads, *General Health Questionnaire (GHQ-12)* zur Erfassung von Hinweisen auf aktuelle psychische Erkrankungen sowie ein Datenblatt (persönliche Angaben zu Angehörigen sowie Erkrankten inkl. individuelle Details der Erkrankung). Die *Auswertung* erfolgte über die Ermittlung von Kennwerten der klassischen Testtheorie (Reliabilität, Itemanalyse, Objektivität) zur Beantwortung des ersten Anliegens der Diplomarbeit. Weiters wurden neun Fragen (Hypothesen) im Zusammenhang mit den Bedürfnissen und Belastungen der Angehörigen formuliert und geprüft, um dem zweiten Anliegen nachzukommen. Zusätzlich wurden die soziodemographischen Daten der Angehörigen und der erkrankten Familienmitglieder ausführlich dargestellt. Zur statistischen Datenanalyse wurde das Softwarepaket SPSS (Version 15) verwendet.

Die 38 befragten Angehörigen waren im Durchschnitt 47,3 Jahre alt (SD=8,7). Der jüngste Befragte war 17, der älteste 64 Jahre alt. An der Untersuchung nahmen 24 Frauen (63,2%) und 14 Männer (36,8%) teil. Es handelte sich um 23 Mütter, 9 Väter, 1 Schwester, 1 Gatte und 4 Partner. Die 28 erkrankten Angehörigen waren durchschnittlich 21,7 Jahre (SD=6,7) alt, wobei das jüngste Familienmitglied mit 13,5 Jahren angegeben wurde, das älteste mit 41,0 Jahren. Sämtliche erkrankten Familienmitglieder waren weiblich. 13 Personen zeigten laut Befragtenangaben die Erkrankung Anorexia nervosa. 10 Personen litten unter Bulimia nervosa. 2 Personen hatten beide obigen Erkrankungsformen, bei 2 Personen wurden von Angehörigen ein und derselben Familie uneinheitliche Angaben gemacht. (1 Mal wurde keine Erkrankung angegeben.)

Der Fragebogen „Carers' Needs Assessment Measure“ zeigte in dieser Untersuchung eine ausreichende bis sehr gute Reliabilität (mit einem je nach Skala unterschiedlichem Cronbach Alpha zwischen 0,7 und 0,9). Die Itemtrennschärfe lag bei einem Großteil der Items in einem guten bis sehr guten Bereich. Die weiters untersuchte Itemattraktivität ergab ebenfalls ein insgesamt unauffälliges Bild. Schließlich erbrachte die Betrachtung der Objektivität für Durchführungs- und Auswertungsobjektivität ein besseres Ergebnis als für die Interpretationsobjektivität. Zu Schwierigkeiten bei der Auswertung führte die problematische Skalierung des CaNAM (bei den 3 Antwortmöglichkeiten wurden die 2 unterschiedliche Antwortaspekte oder –paare „gedecktes – ungedecktes Bedürfnis“ und „vorhandenes – nicht vorhandenes Bedürfnis“ vermischt). Es wurde dichotom ausgewertet. Die 3-kategorielle Skala wurde bei der Auswertung lediglich beibehalten für die Prüfung der Itemattraktivität sowie Hypothese 1 von insgesamt 9 (um größtmögliche Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit früheren Studien zu erreichen). Die Validität wurde daher nicht ermittelt (Faktorenanalyse bei einer

fragwürdigen 3-kategoriellen Skala wurde als nicht sinnvoll erachtet). Insofern blieb die psychometrische Überprüfung des Fragebogens unvollständig.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen auf, dass Angehörige von Personen, die an Anorexia nervosa und Bulimia nervosa leiden, aufgrund ebendieser Erkrankungen auf bestimmten Gebieten belastet sind und verschiedener Unterstützung bedürfen.

Die meisten Unterstützungsbedürfnisse wurden von den Angehörigen genannt im Bereich Umgang mit ihren Emotionen (z.B. wie sie mit den Gefühlen umgehen, die Essen bei ihrem Angehörigen erzeugt) (78,9%), im Bereich „Was tun, wenn Sie das Gefühl haben, Ihrem Angehörigen geht es schlechter?“ (91,9%) sowie im Bereich „Was tun, wenn Ihr Angehöriger sich weigert zu essen?“ (80,6%). Viele Angehörige gaben bereits gedeckte Bedürfnisse an für die Aspekte: ausreichende Unterstützung erhalten von Partner/engem Freund? (70,3%), ausreichende Unterstützung erhalten von engstem Familienkreis? (60,5%) sowie ausreichende Unterstützung erhalten von Freunden? (47,4%).

Diese Ergebnisse decken sich mit der deutschen Vorgängerstudie von Graap et al. (2005).

Die Belastung (ermittelt mit dem Fragebogen zur persönlichen Belastung, FPB) der untersuchten der Angehörigenstichprobe liegt im Bereich eines „hohen Belastungsempfinden“. Die höchsten Belastungen sahen die Angehörigen in ihrem Eindruck, sie hätten wegen der erkrankten Person nicht genug Zeit für sich selbst; ihrem Gefühl zwischen der Verantwortung der Kranken gegenüber und den Verpflichtungen für Familie und Arbeit hin und her gerissen zu sein; in der Furcht davor, was die Zukunft der Kranken bringen wird sowie dem Gefühl, die erkrankte Person sei abhängig von ihnen.

Die Ergebnisse des Fragebogens zum gesundheitlichen Befinden (GHQ-12) sprechen dafür, dass 27 Angehörige (von 38) oder rd. 71% (!) Hinweise auf eine psychische Erkrankung zeigen. In den folgenden drei Bereichen zeigte sich insbesondere eine höhere Belastung: Haben Sie das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen? (65,8% der Befragten zeigten hier eine erhöhte Zustimmung). Alles in allem, haben Sie sich in den letzten Wochen einigermaßen zufrieden gefühlt? (65,8%). Haben Sie sich in den letzten Wo. unglücklich u. deprimiert gefühlt? (65,8%). In der Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen Unterstützungsbedürfnissen und Belastungen bzw. psychischem Gesundheitszustand konnte an einer Stelle Signifikanz festgestellt werden: der Anteil ungedeckter Bedürfnisse nach „Unterstützung für sich selbst“ (Bereich 3 des CaNAM) korrelierte signifikant mit dem GHQ-12 Gesamtscore. In der Frage, ob die Angehörigen anorektischer und bulimischer PatientInnen Unterschiede zeigen in ihren Ergebnissen im CaNAM, im FPB und im GHQ-12 zeigte sich kein signifikanter Unterschied. In keiner der folgenden Zusammenhangsfragen trat Signifikanz auf:

- Bedürfnisausprägung beim Angehörigen und Erkrankungsdauer des Familienmitglieds
- Bedürfnisgrad der Angehörigen und emotionales Verhältnis Angehörige-Erkrankte
- Bedürfnisgrad der Angehörigen und persönliche Kontaktrate Angehörige-Erkrankte
- Bedürfnisgrad der Angehörigen und Alter der Erkrankten
- Bedürfnisgrad und Geschlecht der Angehörigen

Sicherlich liegt eine Begründung dafür, dass die Hypothesenprüfung kaum signifikante Ergebnisse brachte, in der geringen Stichprobengröße.

In der psychometrischen Überprüfung (die wie beschrieben hier allerdings nur eingeschränkt möglich gewesen ist) erwies sich der Carers' Needs Assessment Measure durchaus als Fragebogen von Güte. Als hervorstechender Kritikpunkt bleibt die fragwürdige 3-kategorielle Skalierung an anderer Stelle zu untersuchen (dazu wird eine umfangreichere Stichprobe benötigt). Die Angehörigen wünschen sich laut dieser Studie vor allem ein Mehr an bestimmten Informationen (z.B. über Selbsthilfegruppen, Erfolgsberichte von Genesungen), Unterstützungen und Beratung „von außen“ (z.B. von Selbsthilfegruppen, Regionalverbänden für Essstörungen, Krisendiensttelefon), persönliche Hilfestellungen für sich selbst (z.B. für den Umgang mit den eigenen Emotionen) sowie auch ganz praktische Anleitungen oder Tipps für den gemeinsamen Alltag in der Familie (z.B. bei Essensverweigerung zu den Mahlzeiten). Es ist erwiesen, dass Angehörige eine tragende Versorgungsinstanz im Gesundheitssystem darstellen und als besondere Stütze des Erkrankten zur Krankheitsbewältigung bzw. Genesung beitragen (können). *Angehörigenarbeit* muss natürlich nicht erst erfunden werden. Ein wesentliches Kriterium ist jedoch die Treffsicherheit im *Inhalt* der Angebote (Was brauchen und wünschen sich die betroffenen Angehörigen tatsächlich?). Einen kleinen Beitrag zur Beleuchtung dieser Frage konnte die vorliegende Arbeit leisten.

MICHAELA HINTEREGGER

GEBURTSDATEN

1. August 1969

Wien

PRIVAT

Österr. Staatsbürgerin

verheiratet

eine Tochter:
Leonie Anja, *26.3.2007

AUSBILDUNG

1975 - 1979

Volksschule

Wien XX, X

1979 - 1987

Naturwissenschaftliches
Realgymnasium

Wien X

1987

Matura

Wien X

ab 1987

Studium an der
Universität Wien

Wien I

- Pädagogik
- Psychologie

1997

Diplom Pädagogik (Mag. phil.)

Wien I

Thema der Diplomarbeit: *Ein Beitrag zur Konkretisierung von „Konfliktfähigkeit“ sowie der „Fähigkeit zu deren Förderung“ als Bildungs- bzw. Ausbildungselement* (am Bsp. Außergerichtlicher Tatausgleich)

seit 10/2007

Diplomandin Psychologie

Wien I

BERUFSWEG

1997 – 2003

Volkshilfe Niederösterreich
Service Mensch GmbH

Wien und
Korneuburg

- **Fachberaterin Kinderbetreuungs-
einrichtungen und Tagesmütter**

2003 – aktuell

bfi – Berufsförderungsinstitut Wien

Wien X

- **Beraterin** (Einzelberatung, Coaching)
arbeitsmarktpolitische Projekte

seit 03/2007

Geburt der Tochter, Karenz

Pfaffstättnerstr. 2/2/7
2352 Gumpoldskirchen
michaelahinteregger@gmx.at