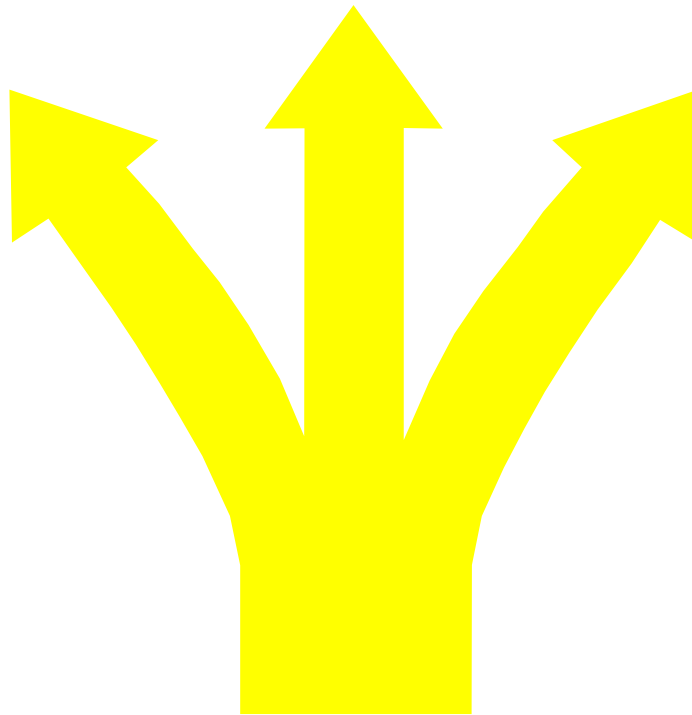


Beratungszentrum bei Ess-Störungen
DICK & DÜNN e.V.
Beratungsstelle und Selbsthilfeprojekt

- K O N Z E P T -

(neu bearbeitete Fassung Mai 2011)

Bulimie - Anorexie - Binge-Eating



Innsbrucker Strasse 37
10825 Berlin
Tel. 030-8544994
Fax 030-8548442
Email: info@dick-und-duenn-berlin.de
www.dick-und-duenn-berlin.de

Inhalt

	Seite
Geschichte und Entwicklung des Beratungszentrums bei Ess-Störungen DICK & DÜNN e.V. – von den Anfängen bis heute	3
1. Allgemeine Arbeitsgrundlage	4
1.1 Leitbild, Ziele und Zielgruppen	4
1.2 Qualitätssicherung	4
2. Konzept des durch Zuwendung aus d. integrierten Gesundheitsvertrages finanzierten Projektes	
2.1 Zielgruppe	5
2.2 Ziele	
2.3 Leistungen und Standards	
Angebote	6
1. Beratung und Betreuung von Betroffenen und Angehörigen	
1.1. Telefonische, schriftliche und e-mail-Information und Beratung	
1.2. Offene Gruppenberatung	
1.3. Persönliche Einzelberatung als Einmalberatung oder fortlaufende Beratungs- reihen	7
1.4. betreute Online-Gruppen	
1.5. Selbsthilfegruppen	
1.6. Ständig begleitete Gruppen	8
1.7. Themenspezifische Gruppen und Kurse	
1.8. Angehörigengruppen	
2. Prävention (Primär- und Sekundärprävention)	
2.1. Unterrichtseinheit für Schüler/innen	
2.2. Profiberatung	9
2.3. Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich	
Struktur/Organigramm	9/10
3. Methoden und Konzepte	10
3.1 Selbsthilfe – ein Schwerpunkt unserer Arbeit – Die Wirkungsweise von Selbsthilfegruppen	
3.2 Beratung – neben der Selbsthilfe und Gruppenarbeit ein weiterer Schwerpunkt unserer Tätigkeit – Die Haltung in der klientenzentrierten Beratung	11
3.3 Präventionsarbeit mit Jugendlichen Der frauenspezifische/feministische Ansatz	12
3.4 Für die Arbeit mit Eltern und Angehörigen Essstörungen aus der Perspektive der systemischen Familientherapie	12

3.5 Einige Elemente aus dem **lerntheoretischen/verhaltenstherapeutischem** Ansatz z können wir auch in abgewandelter Form in der angeleiteten Selbsthilfe nutzen 13

3.6 Wichtig für Betroffene, häufig aus finanziellen Gründen (keine Kassenleistung) jedoch nicht realisierbar: **Körperorientierte Ansätze.**

4. Kooperation mit anderen Einrichtungen 14

5. Aussagen zur interkulturellen Öffnung, Gender Mainstreaming und Freiwilligenarbeit 15

6. Aussagen zur Qualitäts- und Ergebnissicherung

7. Andere Arbeitsfelder des Trägers

7.1 Zusammenarbeit mit der Wohngemeinschaft BITTER & SÜSS 16

7.2 Ernährungsberatung

7.3 Projektauftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

8. Öffentlichkeitsarbeit 16

Anhang:

I. Essstörungen und ihre Erscheinungsformen/Ursachen 20

II. Verschiedene therapeutische Ansätze und Behandlung 21

III. Literatur 22

IV. Publikationen von Dick& Dünn-Mitarbeiterinnen

V. Wissenschaftliche Arbeiten und Forschungsprojekte 23

Geschichte und Entwicklung des Beratungszentrums bei Ess-Störungen- DICK & DÜNN e.V. – von den Anfängen bis heute

Es begann 1984, als sich eine der ersten Selbsthilfegruppen für bulimische Frauen in Berlin gründete und sehr bald so viel Zulauf erhielt, dass sie Unterstützung von der Selbsthilfe-Kontakt -und Informationsstelle („SEKIS“) benötigte und erhielt: Eine mit Sekis assoziierte Mitarbeiterin organisierte für die Gruppe kostenlose Räume und begann wegen der großen Nachfrage in ehrenamtlicher Tätigkeit weitere Gruppen zu gründen und weitere ehrenamtliche Helferinnen aus dem psychosozialen Berufsfeld (Sozialpädagoginnen und Psychologinnen) für die Arbeit zu motivieren. Die Gruppe nannte sich „DICK & DÜNN“. Ab Januar 1985 begannen regelmäßig sehr bald wöchentliche Treffen der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen, auf denen Informationsveranstaltungen geplant wurden, eine Informations-materialsammlung erstellt wurde, Kontakt mit Ärzten/innen, Psychotherapeuten/innen und Kliniken aufgenommen wurde und erste Beratungen persönlich und telefonisch für Betroffene (vor Beginn einer Selbsthilfegruppe) durchgeführt wurden. Im Zeitraum von März bis August 1985 wurden über 100 Menschen beraten und 5 Selbsthilfegruppen gegründet. 1986 erhielten wir erste finanzielle Mittel für Sachkosten und Honorare und gründeten am 2.12.1986 den Verein mit dem Namen „Dick & Dünn Beratung bei Ess-Störungen“ (8 Gründungsmitglieder), der dann 1987 vom Finanzamt für Körperschaften als „gemeinnützig“ anerkannt wurde. Ab März 1987 konnten wir eigene Räume anmieten und zwei Mitarbeiterinnen als angestellte Teilzeitstellen über Personal- und Sachkostenzuschüsse des Berliner Senats finanzieren. In den darauf folgenden Jahren kamen zwei Personalsstellen, einige ABM-Stellen, Honorarkräfte und ab 1994 eine Sekretariats- und Verwaltungsfachangestelltenstelle hinzu. Das Arbeitsteam besteht von Anfang an recht kontinuierlich aus 4-5 hauptamtlichen und weiteren auf Honorarbasis tätigen Kolleginnen, die alle über eine therapeutische Zusatzausbildung verfügen in: Psychoanalyse, systemischer Familientherapie, klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie, analytischer Gruppentherapie, analytischer Körperpsychotherapie und Verhaltenstherapie. Seit 1992 nennt sich der Verein „Beratungszentrum bei Ess-Störungen DICK & DÜNN e.V.“ und ist die in Berlin einzige ausschließlich auf Essstörungen spezialisierte von der Senatsverwaltung finanziell geförderte Beratungsstelle. Ab 1993 begannen wir wegen der stetig steigenden Zahl von Selbsthilfegruppenneugründungen GruppenmoderatorInnen für die Anleitung von Selbsthilfegruppen auszubilden. Ab 1997 wurde zusätzlich Ernährungsberatung von einer Diplomöcötophologin angeboten. Seit 1991 haben wir Kollegen/innen motiviert Beratungseinrichtungen nach unserem Modell zu gründen und haben ihnen Starthilfe gegeben: Dick & Dünn Düsseldorf seit 1991, Dick & Dünn Nürnberg 1992, Dick & Dünn Hannover 1993-2000, INFES Brixen/Italien 1997, Dick & Dünn Wiesbaden 2000, Dick & Dünn Rostock 2004. 1992 gründete sich der Bundesfachverband Ess-Störungen, ein bundesweiter Zusammenschluß von Beratungsstellen im Bereich Essstörungen, bei dem wir Gründungsmitglied waren, ebenso wie 1996 bei der Gründung von „Eurobesitas“, einer internationalen Vereinigung zum Thema Übergewicht. 1989 waren wir an der NDR-Fernsehsendung „Frauenportrait“ mit der Modemacherin Evelyn Haarke, 1991 an dem NDR-Spielfilm „Nora“ und 1992 an der Entstehung des Theaterstücks „Kloß im Hals“ des Berliner Grips-Theaters mit fachlicher Beratung beteiligt sowie bei zahlreichen Radio- und Fernsehsendungen/Talkshows als Interviewpartnerinnen gefragt. In den ersten 20 Jahren seit unseres Bestehens 1985-2005 haben wir insgesamt mehr als 17 000 Menschen persönlich beraten und betreut und 650 Selbsthilfegruppen begleitet¹.

¹ vgl. „20 Jahre Dick & Dünn“ Jubiläumsheft 2005

1. Allgemeine Arbeitsgrundlagen des Trägers

1.1 Leitbild

Essstörungen haben in den letzten 30 Jahren in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewonnen und verursachen gesamtgesellschaftlich enorme Kosten für das Gesundheitswesen. Eine Essstörung ist eine die persönliche und soziale Lebensgestaltung schwerwiegend beeinträchtigende Erkrankung, die häufig mit massiven gesundheitlichen und psychischen Komplikationen einhergeht. 10-20% der Betroffenen begehen Suizid bzw. sterben an den Folgen der Essstörung.

Der Verein „Beratungszentrum bei Ess-Störungen DICK & DÜNN e.V.“ hat sich seit seiner Gründung 1986 zum Ziel gesetzt, auf die gesellschaftliche Bedeutung von psychogenen Essstörungen aufmerksam zu machen (Öffentlichkeitsarbeit), ihre Entstehung im Vorfeld verhindern zu helfen (Prävention), die Behandlungskonzepte und –methoden zu optimieren (Information, Vernetzung, Aufklärung, Fortbildung) und für essgestörte Menschen und deren Angehörige eine optimale multiprofessionelle und an den individuellen Bedürfnissen sowie sozialen und psychischen Problemlagen orientierte Behandlung einzuleiten und zu begleiten (Beratung, Betreuung). Dabei wird beim Verein „Beratungszentrum bei Ess-Störungen DICK & DÜNN e.V.“ den zugrunde liegenden individuellen und sozialen und kulturspezifischen Ursachen besondere Aufmerksamkeit gewidmet: Neben familiären, biologisch-genetischen und persönlichkeitspezifischen Einflüssen werden die besonderen weiblichen Sozialisationsbedingungen sowie widersprüchliche Rollenanforderungen an Frauen, das in der Gesellschaft vorherrschende Schlankeits- und Schönheitsideal mit in das professionelle Denken und Handeln einbezogen.

Der Verein erreicht seine Ziele durch:

- Niedrigschwelligkeit
- Multiprofessionalität
- Kontinuität und Fachkompetenz des Arbeitsteams
- vielfältige Kooperationsbeziehungen zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung
- kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen
- eine Kombination von frauenspezifischen, körperorientierten, systemisch-lösungsorientierten, klientenzentrierten, tiefenpsychologischen, gestaltungstherapeutischen, psychoedukativen und suchtttherapeutischen Arbeitsansätzen
- Orientierung an den Bedürfnissen und Lebenswelten der von Essstörungen Betroffenen, deren Angehörigen und Stärkung ihres Selbsthilfepotentials

Wir führen grundsätzlich keine Behandlung im Sinne des SGBV durch.

1.2 Qualitätssicherung

Qualitätskontrolle und Qualitätsentwicklung im Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V. erfolgt über die fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen, regelmäßige Supervision und Intervention, Fort- und Weiterbildung, wissenschaftliche Begleitung und systematisierte regelmäßige Dokumentation und Nachweise der laufenden Arbeit.

2002 bis 2004 nahmen wir am Qualitätsmanagement für Beratungsstellen mit dem Schwerpunkt Essstörungen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen – im Rahmen des Bundesfachverband Essstörungen und gefördert durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend – teil.

Seit 2000 sind wir Mitglied in der „Paritätischen Qualitätsgemeinschaft Familie, Frauen, Mädchen“ und seit 2007 mit dem Paritätischen Qualitäts-Testat zertifiziert durch die SQ Cert-GmbH.

2. Konzept des durch Zuwendung aus dem Integrierten Gesundheitsvertrag finanzierten Projektes:

2.1 Zielgruppen:

- Frauen, Männer, Kinder und Jugendliche die akut oder latent von Essstörungen betroffen sind
- Angehörige, Partner/innen, Freund/innen von essgestörten Menschen, die Aufklärung, Information wünschen oder persönliche Hilfe für die Beziehung mit dem essgestörten Menschen benötigen.
- Institutionen, Bildungsträger, Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich bzw. alle Personen, die aus beruflichen Gründen Informationen oder Hilfen zum Thema Essstörungen und deren Behandlung benötigen.

2.2 Ziele:

Ziele unserer Arbeit sind:

1. Die Verbesserung der individuellen psychosozialen Situation und Lebensqualität von Menschen mit Essstörungen und deren Angehörige, z.B. durch Entlastung der Betroffenen, Aufbrechen bestehender sozialer Isolation, durch Aufklärung über mögliche Handlungsspielräume, Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten zur Sensibilisierung für das Krankheitsbild und zur Erreichung eines Problembewusstseins, durch Entwicklung individueller Strategien und Handlungskompetenzen für die Betroffenen, durch Unterstützung der Identitätsfindung und des Selbstbewusstseins und mit Hilfe und Unterstützung bei der Optimierung des Behandlungserfolges sowie sekundärer Prävention zur Reduzierung und Beseitigung der Krankheitssymptome.
Wir erreichen dieses Ziel durch ein niedrigschwelliges, umfassendes Beratungsangebot zu allen Aspekte der Essstörungen und deren Behandlungsmöglichkeiten und die Arbeit in angeleiteten Selbsthilfegruppen. Im Vordergrund steht dabei eine Motivationsarbeit für eine professionelle Behandlung. Als Baustein in der professionellen Behandlung hat die Elternarbeit und Selbsthilfegruppenarbeit parallel zur Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeuten gute Wirkung erzielt. Hier auch in Zusammenarbeit mit dem gemeinsamen Konzept der Wohngemeinschaft Bitter & Süß, dessen Träger das NHW (Nachbarschaft hilft Wohnen e.V.) ist. Ebenfalls ist unser Angebot zur Kliniknachsorge gut geeignet, da wir sehr zeitnah Termine und Gruppenarbeit anbieten können.
2. Die Förderung des Problembewusstseins in der Öffentlichkeit, um damit die gesellschaftliche Situation essgestörter Menschen zu verbessern bzw. die Entwicklung von Essstörungen im Vorfeld zu verhindern, z.B. durch Primärprävention zur Sensibilisierung für potentielle Risikogruppen und Interessenvertretung in der Öffentlichkeit/den Medien für die Belange essgestörter Menschen und ihrer Umwelt.
3. Die Optimierung stationärer und ambulanter Behandlungsmethoden für essgestörte Menschen – insbesondere Aufklärung, Information und Fortbildung für Fachkräfte in stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen.

2.3. Leistungen und Standards

Unsere Grundhaltung: Beratung und Selbsthilfe sind kein Ersatz für Psychologische Psychotherapie, jedoch eine gute Ergänzung.

Angebote:

1. Beratung und Betreuung von Betroffenen und Angehörigen

1.1. Telefonische, schriftliche und e-mail-Information und Beratung

Durch tägliche telefonische Erreichbarkeit können von Essstörungen Betroffene, Angehörige oder andere Anfragende schnell, auch unverbindlich und anonym, mit uns Kontakt aufnehmen. In der Regel werden am Telefon allgemeine Fragen beantwortet, Informationen gegeben und persönliche Beratungstermine vereinbart. Jeder/m Anrufer/m werden beide Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit unserem Beratungszentrum angeboten: entweder die kostenlose offene Gruppenberatung oder ein zuzahlungspflichtiges Einzelberatungsgespräch mit Terminvereinbarung. Je nach Bedarf oder Dringlichkeit finden auch Beratungsgespräche – meist in Krisensituationen – telefonisch statt. Schriftliche Anfragen per Post oder E-Mail werden möglichst zeitnah beantwortet: Routineanfragen mittels Vordrucke/Serienbriefe und Informationsmaterial, persönliche und fachliche Anfragen mit individuellem Antwortschreiben durch fachlich qualifizierte Mitarbeiterinnen. Umfangreiches Informationsmaterial findet sich in unserer Infobörse, die regelmäßig aktualisiert wird: Basisinformationen zu Essstörungen, Literaturempfehlungen, statistisches Material, Klinikadressen und –prospekte, ausführliche Darstellungen von stationären Behandlungskonzepten, Arzt- und Psychotherapeut/innenadressen, Filmlisten, Sportangebote etc. Persönlich oder über eine Bestellliste (auch online) kann das Informationsmaterial angefordert werden und wird auf Wunsch zugesandt.

1.2. Offene Gruppenberatung

Die offene Gruppenberatung wird zweimal wöchentlich dienstags 10-12 Uhr und mittwochs 18-19.30 Uhr für von Essstörungen betroffene Frauen und dienstags 16-17 Uhr für essgestörte weibliche Jugendliche angeboten. Einmal im Monat – jeden ersten Mittwoch im Monat – findet eine offene Gruppenberatung für Männer von 15-16 Uhr statt und für Angehörige von 16-18 Uhr. Die offene Gruppenberatung, die ohne vorherige Anmeldung und kostenfrei besucht werden kann, ist ein niedrighschwelliges Kontakt-, Informations- und Beratungsangebot, bei dem sich die Teilnehmenden spontan zu einer von einer Mitarbeiterin moderierten Gruppensituation zusammenfinden, in der sowohl individuelle Problemlösung, Diagnostik als auch Beratung und Vermittlung von Informationen über therapeutische Möglichkeiten stattfinden kann. Das Erleben der Gruppensituation soll es den Betroffenen erleichtern, die mit ihrem Problem verbundene soziale Isolation zu durchbrechen, sich zu ihrer Essstörung zu bekennen und eine Gruppensituation zu erproben, um ihnen bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Teilnahme an einer Therapiegruppe oder Selbsthilfegruppe zu helfen. Zentraler Bestandteil der offenen Gruppenberatung ist das „Ambivalenzgespräch“ nach M.L.Möller², in dem Ängste, Bedenken und Vorbehalte gegenüber einer Behandlung in der Gruppe in einer ambivalenzoffenen Einstellung thematisiert werden. Diese Vorgehensweise ermöglicht den Betroffenen eine weitgehend selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine Gruppe und kann modellhaft für das spätere Umgehen mit Konflikten und Widerständen in einer Gruppe wirken.

² M.L.Möller 1978, S. 183ff.

1.3. Persönliche Einzelberatung als Einmalberatung oder fortlaufende Beratungsreihen

Die persönliche Einzelberatung (Dauer 50-60 Minuten) ist ein grundsätzlich freiwillig eingeleitetes Beratungsgespräch mit vorheriger Terminvereinbarung und Zuzahlungsvereinbarung nach sozialer Lage. Wir bieten auch Beratungseinheiten für Angehörige, Paare oder Familien an. Eine Einzelberatung beinhaltet zunächst eine (auf Wunsch anonyme) Erhebung sozialer und persönlichkeitsbezogener Daten, eine weitgehend ausführliche Problemlösung sowie die Erhebung biografischer Daten (freiwillige Angaben) und Auslösebedingungen für das Auftreten der Essstörung und den Beratungswunsch. Die von einer Essstörung mittelbar oder un-mittelbar Betroffenen sollen entlastet, informiert und je nach Bedarf für eine therapeutische Behandlung motiviert werden. Im Rahmen eines ressourcenorientierten und klientenzentrierten Unterstützungsangebotes hat diese Beratung zum Ziel, individuelle Handlungsperspektiven und Problemlösestrategien zusammen mit der/m Ratsuchenden zu erarbeiten. Der (gelungene) Abschluss einer Einmalberatung mündet in eine Vermittlung an eine/n niedergelassene/n Psychotherapeuten/in, Arzt/Ärztin, Klinik, Tagesklinik, WG und/oder eine Selbsthilfegruppe. Auf Wunsch oder je nach Problemlage werden weitere Folgetermine vereinbart in Form von: einer Beratungsreihe, Krisenintervention oder einer Langzeitbetreuung. Zentrales Anliegen eines fortlaufenden Beratungsprozesses ist die Bewusstmachung von Ursachen und Sensibilisierung für Auslöser für das gestörte Essverhalten sowie die Klärung zentraler bewusster und unbewusster Konflikte, wobei das gestörte Essverhalten als sinnhafter und zu entschlüsselnder Ausdruck einer Krise oder neurotischen Störung der Einzelnen im Zusammenhang mit ihren Lebensumständen, ihrer Vergangenheit und ihrer Beziehungsgestaltung aufgefasst wird.

1.4. Bertreute Online-Gruppen

Dem Zeitgeist entsprechend werden von uns seit Winter 2010 auch Online-Gruppen für Betroffene (für Angehörige Ende 2011 geplant) angeboten. Besonders für Menschen, die keine Chance haben an einer Selbsthilfegruppe bei uns direkt teilzunehmen (aus beruflichen Gründen, weite Wege, Behinderung, vorübergehende Auslandsaufenthalte) gilt dieses Angebot. Über unsere Web-Seite können sich Betroffene anmelden und Mitglied einer Gruppe werden. Eine Anmeldung ist nur über eine Ausweiskopie möglich, sodass wir wissen, wer an den Gruppen teilnimmt. Untereinander begegnen sich Betroffene über Nicknames. Mehrmals wöchentlich steht eine Kollegin für die Betroffenen per Chat zur Verfügung. Sie kann auch jederzeit den Austausch in der Gruppe verfolgen. Zur Zeit ist dieses Angebot kostenlos.

Ziel ist es, neben der Entlastung und Unterstützung in der Auseinandersetzung mit der Essstörung und ihren durchaus auch körperlichen Folgen, die Betroffenen zu einem realen Treffen anzuregen und sie dabei zu unterstützen, dies zu realisieren. Wir möchten damit verhindern, dass ein eventuelles soziales Rückzugsverhalten verstärkt wird.

1.5. Selbsthilfegruppen

Vor Beginn der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist ein persönliches Beratungsgespräch (Einzelberatung oder Gruppenberatung) obligatorisch. Nach diesem Beratungsgespräch werden die Interessentinnen an einer Gruppe in eine Warteliste eingetragen und 14 Tage vor Start der Gruppe schriftlich benachrichtigt. Die Gruppen starten grundsätzlich als geschlossene Gruppen. Da nach unseren Erfahrungen eine weitgehende Homogenität der Gruppe (nach Alter, Körpergewicht und Symptomatik) eine gute Grundlage für ein anfängliches Solidaritätsgefühl bietet, werden die Gruppen nach den jeweiligen Essstörungen (Bulimie/Magersucht und Esssucht), alters- und geschlechtsspezifisch getrennt. Zusätzlich bieten wir Selbsthilfegruppen mit speziellerer Thematik an: z.B. Gruppen für lesbische Frauen mit Essstörungen, für Menschen um das 50. Lebensjahr, für Frauen mit sexueller Gewalt- und Mißbrauchserfahrung, Gruppen für Männer, Gruppen für Frauen mit Bulimie und Magersucht ab dem 26. Lebensjahr, Kliniknachsorgegruppen etc. Die Selbsthilfe-gruppen beginnen mit einer Teilnehmerinnenzahl von 8-12, treffen sich wöchentlich 1 1/2 Stunden zu einem festgelegten Termin und werden zu Beginn in der Regel 10 Sitzungen lang zur Selbsthilfe

angeleitet. Die anfängliche Anleitung der Gruppe hat zum Ziel, die Herstellung einer therapeutischen Arbeitsatmosphäre zu unterstützen und die Angst vor der unbekanntem Gruppensituation bei den Teilnehmerinnen zu senken. Für die Gruppen, die sich ohne eine anleitende Beraterin gründen, geben die von uns hergestellten Informationsbroschüren und Handzettel, die über das günstige Setting für eine therapeutische Arbeit informieren und die Probleme der Kontinuität, Offenheit und Selbstverantwortung thematisieren, eine wichtige Strukturierungs- und Unterstützungshilfe. Weiteres Informationsmaterial beinhaltet Kommunikationsregeln und Gruppenübungen.

1.6. Ständig begleitete Gruppen

Die im Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V. zusätzlich angebotenen ständig begleiteten Gruppen eignen sich insbesondere für Essgestörte, die sich vor einer nicht angeleiteten Gruppe zu sehr ängstigen oder sich nach einer erfolgten Selbsthilfegruppenarbeit und/oder Einzeltherapie Themen oder Erfahrungen stellen wollen, die durch ein solches mehr Schutz bietendes Setting eher bearbeitbar erscheinen. Auch diese Gruppen arbeiten grundsätzlich als geschlossene Gruppen, in die turnusmäßig jedoch Neuaufnahmen möglich sind.

Als ständig begleitete Gruppen arbeiten Mädchen- und Jugendlichengruppen, Gruppen für Frauen zwischen 18-25 Jahren, Angehörigengruppen, symptomgemischte Frauen- und symptom- und geschlechtsgemischte Frauen- und Männergruppen.

1.7. Themenspezifische Gruppen und Kurse

Je nach Anfrage bzw. Angebot bieten wir Wochenendkurse, fortlaufende Kurse oder Gruppen zu speziellen Themen an: Körpererfahrungswochenenden, Workshops zu Schönheits- und Schlankkeitsidealen, Entspannungsgruppen, Wochenendseminare für Angehörige, Bewegungs- und Tanzworkshops sowie Selbsterfahrungsgruppen mit kunsttherapeutischem Anteil, bildlichem und plastischem Gestalten. Geplante Gruppen und Kurse werden jeweils per Handzettel und auf der Homepage angekündigt.

1.8. Angehörigengruppen

Eine fortlaufend regelmäßig begleitete Angehörigengruppe arbeitet als offene Gruppe mit einem festen Termin 1x monatlich. Um an der Angehörigengruppe teilnehmen zu können, ist ein vorab stattfindendes Beratungsgespräch (als Einzelberatung oder Gruppenberatung) obligatorisch. Die Gruppe ist sowohl offen für Elternpaare, Elternteile, Partner, Geschwister, als auch Freunde/innen oder sonstige Angehörige. Die Angehörigengruppe wird häufig auch von Angehörigen besucht, bei denen die betroffene Essgestörte keine oder noch keine Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zeigt. Die Angehörigenarbeit soll das Verständnis und die Akzeptanz der Essstörung fördern, die mittelbar Betroffenen entlasten und dazu beitragen, krankheitsaufrechterhaltende Faktoren wie z.B. ein doppelbödiges Familienklima, entmutigende Erziehung, hoher Leistungsdruck, das gängige Schönheitsideal oder konkrete Essenssituationen in der Familie zu verändern.

2. Prävention (Primär- und Sekundärprävention)

2.1. Unterrichtseinheit für Schüler/innen

Seit 1986 bieten wir eine Unterrichtseinheit (2x45 Minuten) in zwei Varianten für 9. Klassen (leichte Version mit zwei Arbeitsbögen) bis 13. Klassen (ausführlicher und inhaltlich kompakter) an und führen sie auf Anfrage an Schulen selbst durch. Die Unterrichtseinheit beinhaltet eine kritische Infragestellung des gängigen Schönheits- und Schlankkeitsideals und des sogenannten Normal- und Idealgewichts, informiert über gesundes Essverhalten, über die Gefahren von Diäten und Medikamentenmissbrauch (Abführmittel/Appetitzügler), Erscheinungsformen und Ursachen von Essstörungen sowie die unterschiedlichen Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten. Am Ende der durchgeführten Schulstunden erhalten die Schüler/innen Informationsmaterial in Form von Broschüren, Literaturhinweisen und Adressen von

Hilfsangeboten. Die Inhalte der Unterrichtseinheiten können jeweils vorab je nach Interesse und Bedürfnissen der Jugendlichen abgestimmt und variiert werden.

Plakate, Handzettel, Projektstage, Workshops an Schulen und Jugendzentren sowie Vorträge bei Elternabenden oder Schulkonferenzen ergänzen die Unterrichtseinheiten.

2.2. Profiberatung

Einmal monatlich – jeden ersten Dienstag im Monat von 12-13 Uhr – bieten wir eine spezielle Beratung und Information für Kollegen/innen aus psychosozialen Tätigkeitsfeldern in Form einer Gruppenberatung an. Zum einen wird schwerpunktmäßig Information über Essstörungen, ihre Ausprägungen und Verlaufsformen geliefert. Mögliche Auslöser und Ursachen der Krankheitsbilder werden aufgezeigt und über verschiedene Hilfsangebote informiert. Je nach Interesse erfolgt auch die Darstellung und Entwicklung unserer Projektarbeit. Diese Informationen werden hauptsächlich von Studenten/innen, Diplomanden/innen und Praktikanten gewünscht. Die Beratung in der Gruppe gilt der Unterstützung von Mitarbeiter/innen verschiedener psychosozialer Einrichtungen (WG-Betreuerinnen, Familienhelfer/innen, Erzieherinnen, Diätassistentinnen, Krankenschwestern etc.) oder niedergelassener Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen, die Essgestörte betreuen oder behandeln. Neben den Informationsinhalten geht es zum anderen auch schwerpunktmäßig um die Schilderungen aus der jeweiligen beruflichen Praxis, der Reflexion des eigenen Verhaltens und der Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten im speziellen Fall. Profiberatungen bieten wir auch als Einzelberatungen mit vorab zu vereinbarten zuzahlungspflichtigen Terminen, als Beratung von ganzen Teams oder fortlaufenden Supervisionsberatungen an.

2.3. Fort- und Weiterbildung für Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich

Wir bieten Fortbildungen – auch mehrtätig und kontinuierlich – für unterschiedlichste Berufsfelder an: für Oecotrophologen/innen, Selbsthilfekontaktstellenmitarbeiter/innen, Hebammen, in Krankenpflegeschulen, für Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen, Mitarbeiter/innen aus Suchtberatungsstellen, Drogenkontaktlehrer/innen usw.

Seit 1993 bilden wir Gruppenmoderatoren/innen für die Anleitung von Selbsthilfegruppen aus.

Das Konzept dieser 2x 5tägigen Fortbildung mit anschließendem supervidierten Praktikum beinhaltet Basiswissen über Symptomatik, Folgeerkrankungen und Behandlung von psychogenen Essstörungen, Organisation von Gruppen, Rolle und Aufgabe der Anleitung und Vermittlung von Kenntnissen der Gruppendynamik. Die Fortbildung steht allen an der Anleitung von Selbsthilfegruppen Interessierten offen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Teilnehmer/innen nicht (mehr) selbst von einer Essstörung betroffen sind.

Struktur

Wir sind sehr gut erreichbar. S-Bahn, U-Bahn und Busanbindung sind sehr günstig. Wir verfügen über zwei kleinere Beratungsräume, zwei große Gruppenräume (max. 25 Personen), ein Büro, zwei Toiletten, eine Küche und einen Abstellraum.

Die Einbindung und Betreuung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen erfolgt nach Bedarf und Angebot von UnterstützerInnen. In der Regel wird für bestimmte Aktionen per Aushang oder auch im Internet nach ehrenamtlichen HelferInnen gesucht.

Unser Organigramm:

Mitgliederversammlung

Vorstand (ehrenamtlich)

TEAM

Projektleitung/Geschäftsführung

Beratung
Gruppenarbeit
Eltern-/Angehörigenarbeit
Kinder- und Jugendlichenarbeit
Prävention
Fortbildungen
ModeratorInnenausbildung
Öffentlichkeitsarbeit

Dipl. Soz./Dipl.Psych.

Beratung
Gruppenarbeit
Qualitätsbeauftragte

Dipl. Soz.Päd.

Beratung
Gruppenarbeit
Prävention
Kinder-
u.Jugendlichenarbeit

Sozialarbeiterin

Beratung
Gruppenarbeit

**Verwaltungsfach-
angestellte** (finanziert
durch Einnahmen des
Vereins)

Sekretariat
Organisation
Buchhaltung

Freie Mitarbeiter/innen (ehrenamtlich bzw. sporadisch finanziert aus Drittmitteln)

Dipl.Oecotrophologin/Ernährungsberaterin
Gruppenmoderatoren/innen
Kunsttherapeutin
Buchhalterin
Putzfrau
Praktikantinnen
Ehrenamtliche

3. Methoden und Konzepte

Folgende Konzepte und Methoden finden in unserer Arbeit Anwendung:

3.1 Selbsthilfe – Ein Schwerpunkt unserer Arbeit - Die Wirkungsweise von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen wirken grundsätzlich nach drei therapeutischen Prinzipien³: dem Kontinuitätsprinzip, dem Gruppenprinzip und dem Selbsthilfeprinzip. Das Kontinuitätsprinzip beinhaltet die wiederholte intensive Auseinandersetzung über einen längeren Zeitraum (ein bis zwei Jahre) mit Schwierigkeiten, die ein Mitglied in eine Gruppe einbringt. Anders als das kurzfristige, sporadische Aufrufen angesichts eines Konflikts im Alltagshandeln bietet die Kontinuität der Arbeit in einer Gruppe den einzelnen die Möglichkeit, die Komplexität eines Konflikts oder Symptoms zu erfahren und neue Wege zu seiner Lösung zu erproben. Kontinuität ermöglicht Identifikationsvorgänge, Integration von verleugneten oder abgespaltenen Eigenanteilen und psychische Integration und Stabilisierung. Die Fähigkeit zur Kontinuität wird häufig durch die Selbsthilfegruppenarbeit erst erlernt und dient daher häufig auch als Motivation zur Aufnahme einer begleitenden oder anschließenden Psychotherapie. Das Gruppenprinzip bedeutet, dass sich die in einer Gruppentherapie auftretenden Phänomene wie Homöostase, vielfältige Übertragungen, Abwehrmechanismen der gesamten Gruppe, Agieren, Untergruppenbildung etc. auch in der Selbsthilfegruppe zeigen, wobei sich Selbsthilfegruppen von Therapeuten-zentrierten Gruppen durch eine relativ gleichgestellte Beziehung der Mitglieder untereinander unterscheiden. Das Erlebnis der Anwesenheit anderer Gleichbetroffener fördert die Aufhebung von sozialer Isolation und das Erleben von Solidarität. Darüber hinaus ist eine Selbsthilfegruppe häufig nicht nur ein Probefeld für das alltägliche Leben, sondern wirkt oft unmittelbar auf das reale Leben ein. Das Selbsthilfeprinzip besagt, dass primär keine wechselseitige Fremdhilfe, sondern wechselseitige Selbsthilfe stattfindet. Das bedeutet: „Es hilft hier nicht der eine dem anderen und der wieder ihm. Vielmehr hilft hier jeder sich selbst und hilft dadurch den anderen, sich selbst zu helfen“⁴. Dabei spielen das Lernen am Modell und wechselseitige Identifikationsvorgänge eine wichtige Rolle, wobei aktive und autonome Tendenzen einzelner Mitglieder gefördert werden und gleichzeitig identifikatorische Resonanz zur verändernden Einsicht führt. Der ‚gesunde‘ Ich-Anteil eines Gruppenmitglieds kann so zum Katalysator und Therapeuten für den ‚kranken‘ Ich-Anteil eines anderen Mitglieds werden. Die Eigenaktivität der einzelnen Gruppenmitglieder fördert die Gruppenkohäsion, stärkt das Vertrauen und festigt die Beziehungen untereinander.

3.2 Beratung – neben der Selbsthilfe und Gruppenarbeit ein weiterer Schwerpunkt unserer Tätigkeit

Die Haltung in der klientenzentrierten Beratung

Klientenzentrierte Beratung zielt darauf ab, die Selbstheilungskräfte durch bejahendes Begleiten in einem Klima der Anerkennung und Wertschätzung zu fördern. Bedingungsloses Akzeptieren, einführendes Verstehen und Echtheit in der Beraterin-Klientin-Interaktion ermöglichen es der Klientin, sich selbst auch mit ihren Widersprüchlichkeiten und abgewehrten Anteilen anzunehmen. Die Beraterin soll soweit wie möglich als Person hinter der Klientin verschwinden, sich in ihrem Verstehen nicht primär auf ihre theoretischen Vorgaben beziehen, sondern der Klientin aus sich selbst heraus und deren Bezugssystem zu verstehen suchen. Psychologische Konstruktionen und bestimmte Erklärungsmuster sollen zurücktreten zugunsten einer Haltung, in der die Beraterin gewissermaßen als liebevoller Spiegel vor der Klientin sitzt, in der diese sich ohne Angst, Scham- und Schuldgefühle betrachten kann. In der Beziehungsklärung, in der sich die Beraterin mit ihrem Erleben dosiert mitteilt, kann die Klientin ihre Perspektiven erweitern und ihre psychosoziale Wahrnehmung differenzieren.

³ M.L.Moeller 1978, S. 251ff.

⁴ ebd. S. 264f.

3.3 Präventionsarbeit mit Jugendlichen. Der frauenspezifische/feministische Ansatz

Da von Essstörungen in unserer Gesellschaft überwiegend Frauen betroffen sind, ist für das Verständnis dieser Erkrankung eine kritische Auseinandersetzung mit der Rolle der Frau in der Gesellschaft nötig. Zwar leben Frauen heute in den industrialisierten Wohlstandsgesellschaften in einer Welt mit viel größeren Handlungsspielräumen als die Frauen der Generationen zuvor, dennoch wirken traditionelle Rollanforderungen weiter auf die weiblichen Sozialisationsverläufe: Frauen von heute sollen sowohl attraktiv, aufregend, dynamisch, intellektuell, karrierebewusst als auch zart, reizvoll, zerbrechlich sein, gleichzeitig sind sie nach wie vor für die Hausarbeit und Kindererziehung zuständig, dürfen dabei aber nicht zu weiblich-rund, überfürsorglich oder von Männern abhängig werden. Oberstes Gebot für alle Frauen ist das Schlanksein, wobei der weibliche Körper gleichzeitig verleugnet und stilisiert wird. In der ausgeprägten Fitnesskultur, mit Bodybuilding⁵, Diäten und Schönheitsoperationen scheint der Körper zum Konsumgegenstand geworden zu sein, den man beliebig messen und manipulieren kann. So wie das anorektische Streben nach übermäßiger Schlankheit als eine „Parodie auf die weibliche Zerbrechlichkeit“⁶, die Hyperaktivität und das Hungern als Versuch angesehen werden kann, den Zweifeln an der eigenen Existenzberechtigung als Frau einen überhöhten Leistungsanspruch entgegenzusetzen, kann die Adipositas als misslungene (weil selbstdestruktive) Strategie angesehen werden, dem gängigen Schönheitsideal zu widerstehen und gleichzeitig Gewicht und Raum einzunehmen. Die konflikthafte Besetzung des Essens bei der Bulimie symbolisiert eine Störung des Hineinnehmens, Behaltens oder Herausgebens von positiven und/oder negativen Erfahrungen im Konflikt mit den widersprüchlichen weiblichen Identifikationsmodellen, wobei sich in der Symptomatik der Bulimie die dichotomisierende Konfliktlage junger Frauen unserer Gesellschaft wohl am deutlichsten ausdrückt. Frauenspezifische/feministische Beratung und Behandlung von Essstörungen bedeutet, dass Essstörungen dauerhaft nur dadurch zu bewältigen sind, wenn Frauen sich mit ihrer weiblichen Rolle bewusst und kritisch auseinandersetzen, das ständige Diäthalten aufgeben und sich einen gesunden und lustvollen Umgang mit Nahrungsmitteln erarbeiten, wobei sie lernen zwischen physischem und psychischem Hunger zu unterscheiden und andere Arten der Bedürfnisbefriedigung und Konfliktlösung finden, die das süchtige Essen/Hungern oder die zwanghafte gedankliche Beschäftigung damit ersetzen können.

Wir bieten hierzu verschiedene Unterrichtseinheit und Workshops an. Diese werden flexibel angeboten, je nach Altersgruppe und können sowohl geschlechtsgetrennt als auch in gemischten Gruppen durchgeführt werden.

3.4. Arbeit mit Eltern und Angehörigen

Auf dem Hintergrund des Wissens über die systemische Familientherapie (siehe dazu II. Anhang) übernehmen wir in unserer Arbeit weniger die aufdeckende Position als die Unterstützung in der aktuellen häuslichen Problemlage. Hierbei geht es vorrangig darum, Eltern aufzuklären, ihnen ganz konkrete Hinweise im Umgang mit Betroffenen zu geben und den Dialog innerhalb der Familie konstruktiv zu gestalten. Dazu dienen u.a. Einzelgespräche, auch unter Einbezug der Betroffenen oder anderen Angehörigen/Partner und die Gruppenarbeit.

Wir übernehmen die Betreuung von Eltern häufig bereits in der Phase, in der Betroffene noch keine Einsicht in ihre Krankheit haben und jede Hilfe ablehnen. Dies kann eine Chronifizierung der Erkrankung mindern. Eltern werden in dieser Phase ganz konkret dabei unterstützt, Betroffene zu konfrontieren, ihnen Grenzen zu setzen und sie für eine Behandlung zu motivieren. Wir stellen auch entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung.

⁵ Mit dem zunehmenden Körperkult sind auch immer mehr Männer von Essstörungen betroffen

⁶ Orbach 1981 S. 139

3.5 Gruppenarbeit

Einige Elemente aus dem lerntheoretischen/verhaltenstherapeutischen Ansatz können wir in abgewandelter Form (siehe hierzu auch das Handbuch für GruppenmoderatorInnen, BZgA/Köln) auch in der angeleiteten Selbsthilfe nutzen

Während die klassische Verhaltenstherapie Essstörungen ausschließlich als gelernte Störung des Essverhaltens interpretierte, wird heute den kognitiven und emotionalen Prozessen größere Bedeutung beigemessen. In der Verhaltenstherapie geht es neben der konkreten Veränderung des gestörten Essverhaltens vor allem auch um die Bearbeitung der psychischen und sozialen Faktoren, die das Essverhalten bedingen bzw. aufrechterhalten: das Selbstwertgefühl, soziale Kompetenz, interpersonelle Konflikte, Bedürfniswahrnehmung, Rollenerwartungen und Stressbewältigungen. Elemente eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes in der Behandlung von Essstörungen können sein:

- Essprotokolle, Esstagebücher, Hausaufgaben
- Identifizierung von auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen (Situationen, Ereignisse, Gedanken, Gefühle, Stressfaktoren) die zu Essanfällen oder der Verweigerung von Nahrung oder der gedanklichen Beschäftigung damit führen
- Festlegung von individuellen Zielen
- Informationsvermittlung über ein gesundes und ausgewogenes Essverhalten
- Einführung strukturierter Esstage (z.B. drei festgelegte Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten)
- Kognitive Umstrukturierung (z.B. mit den Mitteln des sokratischen Dialogs) von selbstabwertenden Kognitionen, Körperschemastörungen, Perfektionsdenken, Angst vor Gewichtszunahme
- Gedankenstopptechnik
- Erlernen von Entspannungstechniken und Stressbewältigung
- Training von sozialer Kompetenz am Beispiel konkreter Situationen (Kontaktaufnahme, Durchsetzungsfähigkeit, adäquates Wahrnehmen und Interpretieren von Äußerungen und Verhaltensweisen anderer)
- Förderung der Gefühlswahrnehmung und –diskrimination (z.B. Erkennen von Ärger) und Interozeption (z.B. Hunger, Sättigung) durch körperorientierte Übungen, Wahrnehmungs- und Genussstrainings

3.6. Wichtig für Betroffene, häufig jedoch aus finanziellen Gründen nicht realisierbar: **Körperorientierte Arbeitsansätze**

Therapeutische Ansätze, die eine sprachlich differenzierte Ausdrucksfähigkeit voraussetzen, benachteiligen manche Patienten/innen aus unteren sozialen Schichten oder Patienten/innen die sprachentfremdet vom eigenen Phantasieleben abgeschnitten sind, was für viele Essgestörte zutrifft. Darüber hinaus haben viele Essgestörte ein Körperbild, dass durch Selbsthass und Verachtung geprägt ist und/oder ausgeprägte Körperschemastörungen. Zu körperorientierten Behandlungsansätzen, die meist als Ergänzungen zu anderen therapeutischen Verfahren angewandt werden gehören u.a.: die analytische Körperpsychotherapie nach George Downing, Gestalttherapie, Psychodrama, Konzentrierte Bewegungstherapie, Feldenkrais, Atemtherapie, Tanztherapie, Bioenergetik, Biodynamik, Musik- und Gestaltungstherapie und Entspannungstechniken wie Yoga und Autogenes Training. Körperpsychotherapie/Körperarbeit bietet die Chance, präverbale Erlebnisse oder auch tiefere Körperabwehrformen, die sich in der Bewegung, Haltung oder im Verhalten ausdrücken erfahrbar und dem Bewusstsein zugänglich zu machen, wobei Körperarbeit im eigentlichen Sinn innerhalb einer therapeutischen Sitzung auch nur einen Umfang von 3-5 Minuten haben kann. Körperpsychotherapie bedeutet in den seltensten Fällen reine Körperarbeit“ – vielmehr sind bei den meisten Verfahren auch verbal-kognitive, gefühlsmäßige und symbolische Ausdrucksweisen und in der analytischen Körperpsychotherapie die Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung Bestandteil des therapeutischen Prozesses.

4. Vernetzung und Kooperation mit anderen Einrichtungen

Wir arbeiten mit folgenden Institutionen zusammen:

- Bundesministerium für Gesundheit (Projektarbeit für 4 Jahre)
- Kassenärztliche Vereinigung
- Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Krankenkassen
- Kliniken (z.B. Klinik am Korso/ Bad Oyenhausen, Charite/Berlin, TWW/Berlin etc.)
- Schulpsychologische Dienste
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Jugendämter
- Freie Träger der Jugendhilfe
- nationale und regionale Selbsthilfekontaktstellen
- Selbsthilfeorganisationen (SEKIS, NAKOS)
- Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen
- Suchtprophylaxeeinrichtungen
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
- Universitäten und Fachhochschulen
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Desweiteren sind Kooperationspartner:

- MedizinerInnen (Praktische ÄrztInnen/InternistInnen/KinderärztInnen/ZahnärztInnen,
- NeurologInnen, GynäkologInnen) –
- Psychologische PsychotherapeutInnen
- Wohngemeinschaften, hier insbesondere BITTER & SÜSS/Berlin mit dem Träger NHW
- ErnährungsberaterInnen

Um sicher zu stellen, dass unsere KlientInnen gut versorgt werden, haben wir haben sowohl für ÄrztInnen als auch für PsychotherapeutInnen Informationsmaterial entwickelt und dies an sie verteilt.

Unsere „Informationsbörse“ für Betroffene und Angehörige enthält zudem alles über Kliniken, auch deren Spezialangebote, Literaturempfehlungen, Elternhinweise.

Wir sind Mitglied in folgenden Verbänden und Arbeitsgruppen:

- AGA Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas Gesellschaft
- AKF Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.
- Arbeitskreis Gesundheit beim DPWV
- Bundesfachverband Essstörungen
- Fachgruppe Familie, Frauen, Mädchen beim DPWV
- Fachgruppe Suchthilfe des DPWV
- Fachrunde gegen sexuellen Missbrauch gegen Kinder Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg
- Frauengesundheitsnetzwerk Tempelhof-Schöneberg
- Gesundheit Berlin Arbeitskreis Bewegung und Ernährung
- Netzwerk Frauengesundheit der Senatsverwaltung für Arbeit und Frauen
- Personalarbeitskreis des DPWV
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Tempelhof-Schöneberg (Fachgruppe Sucht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft Tempelhof-Schöneberg)
- Qualitätsgemeinschaft Familie, Frauen und Mädchen beim DPWV
- Treffen der Alkohol- und Suchtberatungsstellen
- Treffen der Leiter der Drogen- und Suchthilfeberatungsstellen

5. Aussagen zur interkulturellen Öffnung, Gender Mainstreaming und Freiwilligenarbeit

Unsere Beratung steht für alle Kulturen offen. Sprachlich sind wir in der Lage, auch in Englisch oder Französisch zu beraten. In anderen Sprachen weisen wir auf die Möglichkeit hin, eine Übersetzung zu organisieren.

Unsere Einrichtung ist von Beginn an für Mädchen/Frauen und für Jungs/Männer geöffnet. Es gibt sowohl Gruppen- als auch Beratungsangebote für Mädchen/Frauen und Jungen/Männer.

Wir reagieren flexibel auf Nachfragen nach Beratung und Gruppenarbeit und entwickeln je nach Bedarf entsprechende Angebote für Jungen und Männer. Die Nachfrage von männlichen Betroffenen liegt bei ca. 15 % unsere Klientels. Männer bevorzugen in der Regel geschlechtsgemischte Gruppen (davon gibt es eine vierzehntätige Gruppe seit vielen Jahren). Frauen haben eine große Auswahl von geschlechtsspezifischen oder -gemischten Gruppen.

6. Aussagen zur Qualitäts- und Ergebnissicherung

Im Rahmen unserer Zertifizierung sind alle Dokumentationsverfahren überprüft und erfasst worden. Z.B. werden alle ein- und ausgehenden Telefonate von uns schriftlich festgehalten, Beratungsgespräche mit einem Fragebogen dokumentiert, Veranstaltungen auf einem Formular erfasst. Alle Daten werden im Jahresbericht veröffentlicht. Zusätzlich werden sporadisch Fragebögen für unsere KlientInnen ausgelegt, um die Zufriedenheit mit unserer Arbeit zu überprüfen. Fortbildungen werden mit einem Fragebogen evaluiert.

7. Andere Arbeitsfelder des Trägers

7.1. Die Zusammenarbeit mit der **Wohngemeinschaft Bitter & Süß**, einer betreuten WG nur für Essgestörte bis 27 Jahre.

Die Wohngemeinschaft wurde auch mit unserer Initiative gegründet und das Konzept gemeinsam mit uns erstellt. Die dort angestellten KollegInnen haben wir fachspezifisch weitergebildet. Wir haben regelmäßig gemeinsame Teamsitzungen und einen Austausch über die KlientInnen.

Bei DICK & DÜNN e.V. wird die Gruppenarbeit für die bei BITTER & SÜSS lebenden Mädchen durchgeführt. Ebenso werden die Eltern im Rahmen von Einzelberatungen und Gruppenarbeit von uns betreut.

7.2. Ernährungsberatung

Wir empfehlen und arbeiten zusammen mit ErnährungsberaterInnen, die sich mit psychogenen Essstörungen auskennen. Die Ernährungsberatung findet teilweise in unseren Räumen statt. Finanziell arbeiten die KollegInnen unabhängig von uns.

- Die Ernährungsberatung bietet Unterstützung und Begleitung auf dem Weg zu einer Normalisierung des Essverhaltens. Auf der Basis einer ausgewogenen Ernährung geht es vor allem
- darum, Hunger, Appetit und Sättigung (wieder) wahrzunehmen und körperlichen und seelischen Hunger zu unterscheiden.
 - Es gibt keine Diätpläne und starre Vorschriften, sondern es geht vielmehr darum, die eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen, Freude und Genuss am Essen wieder zu entdecken und ohne schlechtes Gewissen, ohne Kalorien zählen und ohne ein Verbot von Nahrungsmitteln zu essen.
 - In der Regel werden die Beratungsgespräche von den Krankenkassen bezuschusst.
 - Ziele der Beratung:

- Kennen lernen des eigenen Essverhaltens
- selbstbestimmter Umgang mit dem Essen, Stärkung der Eigenverantwortung
- Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse beim Essen
- Wahrnehmung von Hunger, Appetit, Sättigung, Durst
- Abbau der verbotenen Nahrungsmittel – Integration aller Lebensmittel in den Speiseplan
- Aufbau geregelter Mahlzeiten
- Gewichtszunahme bzw. – stabilisierung
- Inhalte:
- Anamnese
- Motivationsklärung
- Erarbeitung realistischer Ziele
- Analyse des Essverhaltens anhand von Selbstbeobachtungsprotokollen
- Informationen über gesunde Ernährung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft
- für Ernährung, Zusammenhänge zw. restriktivem Essverhalten und Heißhungeranfällen,
- Bedeutung eines bestimmten Körpergewichts, Folgeerkrankungen
- Analyse der mit dem Essen verbundenen Gefühle und Situationen sowie der Auslöser für
- Heißhungeranfälle und Erbrechen
- Erstellen einer schwarzen Liste (für verbotene und erlaubte Lebensmittel)
- Veränderung des Essverhaltens in kleinen Schritten (z.B. regelmäßige Mahlzeiten, Abbau
- der verbotenen Lebensmittel)
- Methoden:
- Selbstbeobachtung mittels Protokollen
- Gespräch (klientenzentrierte Beratung nach Carl Rogers)
- Informationsvermittlung
- **-Wahrnehmungs- und Genussübungen**

7.3. Projektarbeit für das Bundesministerium für Gesundheit

Für einen begrenzten Zeitraum (2008-2011) erhielten wir vom BMG den Auftrag, die Selbsthilfe- und Beratungsangebote im Bereich psychogener Essstörungen bundesweit zu verbessern. „Wenn Essen zum Problem wird...“ bildet bundesweit KollegInnen fort und vernetzt sie untereinander. Drei Dick&Dünn-Mitarbeiterinnen konnten für diesen Zeitraum ihre Stellen aufstocken und in diesem Zeitfenster das Projekt durchführen.

8. Öffentlichkeitsarbeit

8.1. Presse und Medien

In unserer Presse- und Medienarbeit werden wir als Expertinnen zu zahlreichen Radio- und Fernsehsendungen zum Thema Essstörungen, Schlankheits- und Schönheitsideal eingeladen und veröffentlichen Artikel und Stellungnahmen in der Fach- und Tagespresse.

8.2. Information und Aufklärung

Informationsveranstaltungen, Mitwirkungen bei Messen, Aktionen und Tagungen sollen für Betroffene, Fachleute und die allgemeine Öffentlichkeit das Problembewusstsein für die Belange essgestörter Menschen fördern und über die Möglichkeiten von Beratung und Therapie informieren. Dies geschieht mit Hilfe von Informationsständen, Vorträgen und Workshops sowie gezielten Einzelveranstaltungen und –aktionen zu bestimmten aktuell relevanten Themen (z.B. Schlankheitsspielen, Abführmittel, operative Eingriffe bei Übergewicht, Diäten, sexueller Missbrauch etc.)

Hierzu nutzen wir auch unsere Internetseite, auf der wir aktuelle Themen aufgreifen.

8.3 Veranstaltungen/Tagungen

In Eigeninitiative oder in Zusammenarbeit mit auf Essstörungen spezialisierte Kliniken oder psychosomatischen Abteilungen organisieren wir regelmäßig Fachtagungen zum Thema Essstörungen, um das Fachwissen und die Fachkräfte aus dem psychosozialen Bereich – ambulant, teilstationär und stationär – miteinander zu vernetzen und um relevante Themen und neue Entwicklungen im Essstörungenbereich zu diskutieren und weiterzuentwickeln.

Anhang I:

• Ess-Störungen – Diagnosen, Erscheinungsformen und Ursachen

Zur Festlegung der Diagnosekriterien existieren aktuell weltweit zwei medizinische Klassifikationssysteme, zum einen das ICD 10 („International Classification of Diseases“) das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wurde und das DSM IV („Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders“), das von der American Psychiatric Association entwickelt wurde:

Diagnostische Kriterien nach ICD 10 und DSM IV:

1. Anorexia nervosa (ICD 10: F 50.0, DSM IV: 307.1)

- Extreme Gewichtsabnahme (mindestens 15 % des Ausgangsgewichts) innerhalb kurzer Zeit und/oder BMI ⁷ von 17,5 oder weniger, wobei der Gewichtsverlust willentlich selbst herbeigeführt wird durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und/oder: selbst induziertes Erbrechen, selbst induziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten, Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
- Extreme Angst vor einer Gewichtszunahme oder dem Dickwerden trotz bestehendem Untergewichts
- Gestörte Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe und Form des eigenen Körpers
- Ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Nicht-Essen, Kalorien
- Amenorrhoe (Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen)

Nach ICD 10 wird unterschieden zwischen einer Anorexia „binge-eating/purging-Typs“ (F 50.01), d.h. es können auch Fressanfälle mit selbst induziertem Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien oder Diuretika auftreten und einer Anorexia „restriktiven Typs“ (F 50.00), d.h. die Magersüchtige hat keine Freßanfälle, erbricht nicht und benutzt keinerlei Laxantien/Diuretika, um weitere Gewichtsabnahme zu erreichen. Körperliche Folgeschäden und Komplikationen bei Magersucht können sein: Schlafstörungen, Osteoporose, Hypothermie, Hypotonie, Nierenschäden bis hin zu Nierenversagen, Elektrolytimbalancen, kardiovaskuläre Veränderungen, verlangsamter Herzschlag, der zu Schwindel und Ohnmachten führen kann, Oedeme, Haarausfall, Lanugobehaarung, niedrige Pulsfrequenz, organische Psychosen. Die Mortalität bei Magersucht liegt zwischen 4%-20%, Beginn der Erkrankung meist in der Pubertät oder Adoleszenz, es gibt jedoch auch „Spätanorexien“. Ca. 1% der weiblichen Bevölkerung zwischen 15 und 35 Jahren ist von Magersucht betroffen.

⁷ Der BMI berechnet sich: Körpergewicht in kg geteilt durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat

Häufig bei Magersüchtigen sind ausgeprägte Zwangssymptome und depressive Symptome. Die meisten Magersüchtigen haben quälende Hungergefühle, leugnen diese aber vor der Umwelt und auch vor sich selbst. Sie sind meistens sehr leistungsorientiert, intelligent, oft überdurchschnittlich begabt. Die extreme Leistungsorientierung drückt sich auch in ausgeprägtem Ordnungssinn, besonderer Sauberkeit und gesteigertem Pflichtbewußtsein gegenüber Eltern und Geschwistern aus. Für andere bereiten Magersüchtige oft üppige Mahlzeiten zu, sammeln Rezepte, lesen Kochbücher, meiden jedoch selbst in Gesellschaft zu essen, ziehen sich aus Aktivitäten zurück, die in irgendeiner Weise mit gemeinsamem Essen zu tun haben.

Als Ursachen von Magersucht kann ganz zentral das verzweifelte Ringen um Eigenständigkeit und Selbstbestimmung angesehen werden, Magersüchtige sind in ihrer Kindheit oft überangepaßt, symbiotisch mit ihrer Mutter verbunden und in der Reifungskrise der Pubertät von einem Gefühl der Ohnmacht gegenüber der notwendigen intrapsychischen und interpersonellen Selbstbehauptung beherrscht. Magersucht kann eine Form der Abwehr gegen ängstigende sexuelle Wünsche sein, eine Weigerung Frau (wie die Mutter) zu werden, sein und/oder angesichts der Aufgaben der Pubertät oder Adoleszenz, der Versuch, wieder in die heile Welt der Kindheit zurückzukehren. In der Familie haben Magersüchtige als Symptomträger oft die Funktion, ein untergründig konfliktgeladenes Familiensystem zusammenzuhalten, wenn sich die gesamte Familie dann um die Magersüchtige sorgt und damit anderen Konflikten ausweicht.

2. Bulimia nervosa (ICD 10: F 50.2, DSM IV: 307.51)

- Wiederholte Episoden von Essattacken in denen große Mengen von Nahrungsmitteln in sehr kurzer Zeit konsumiert werden (mindestens 2 Attacken pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten) mit dem Gefühl, das Essverhalten während der Essattacken nicht unter Kontrolle halten zu können
- Im Anschluss an die Essattacken selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika und/oder übermäßige körperliche Betätigung, um eine Gewichtszunahme zu verhindern
- Krankhafte Furcht dick zu werden bzw. andauernde, übertriebene gedankliche Beschäftigung mit Figur und Gewicht

Wie bei der Anorexia nervosa wird unterschieden in einen „purging-Typ“ (regelmäßiges selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern) und „non-purging-Typ“ (Fasten oder exzessive körperliche Betätigung)

Sowohl von Anorexie als auch von Bulimie sind zu ca. 95% Frauen betroffen.

Körperliche Folgeschäden und Komplikationen bei Bulimie können sein: Magendilatation mit der Gefahr einer Magenruptur, Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, gastrointestinaler Reflux, Oesophagitis, Dehydratation, Oedeme, Durchfälle, Opstipation, Nierenschäden, Vitaminmangel, Müdigkeit, Schwindel, Menstruationsunregelmäßigkeiten (auch Amenorrhoe), Schwellung der Ohrspeicheldrüsen, chronische Heiserkeit und Halsschmerzen, Zahnschmelzerosionen, Tetanien, cerebrale Krampfanfälle, Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Bulimiekranken sind in der Regel normal- bis leicht untergewichtig, es gibt jedoch auch Bulimie in Verbindung mit Übergewicht. Unter Bulimie leiden in Deutschland ca. 1,5 Millionen Frauen. Das Suizidrisiko ist bei der Bulimia nervosa besonders hoch (10%).

Die Bulimie tritt häufig gegen Ende der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter auf, oft auch nach vorangegangener Magersucht.

Bulimiekranken leiden sehr häufig unter depressiven Verstimmungen und einem geringen Selbstwertgefühl hinter einer nach außen gezeigten perfekten Fassade. Durch den großen Nahrungsmittelverbrauch kann die Bulimie zu finanziellen Problemen, Verschuldung, Stehlen von Nahrungsmitteln und sozialem Abstieg führen. Meist sind Bulimiekranken beruflich sehr ehrgeizig, leistungsorientiert und perfektionistisch und verheimlichen ihre als schuld- und schamhaft erlebten Essattacken. Bulimie tritt häufig in Verbindung mit Alkohol- und Medika-

mentenabusus sowie autoaggressiven Handlungen auf. In 50% der Fälle findet sich sexueller Missbrauch in der Anamnese.

Als Ursachen von Bulimie sind vor allem ein Mangel an Selbstwertgefühl, eine gestörte Autonomie- und Identitätsentwicklung und Selbstunsicherheit bekannt, die sich darin ausdrückt, dass bulimische Frauen es nicht gelernt haben, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen, zu differenzieren und gegenüber anderen zu vertreten, sich stark abhängig und orientiert an den

Erwartungen anderer Menschen fühlen. Die familiäre Situation ist häufig durch große Unsicherheit und ambivalente Bindungen geprägt bei einem gleichzeitig stark von Leistung dominierten Familienklima, in dem Konflikte vermieden werden und widersprüchliche Botschaften den Umgang miteinander kennzeichnen.

3. Psychogene Adipositas, Esssucht (ICD 10 F 50.4), Binge-eating-Disorders (DSM IV)

Adipositas bedeutet einen Überschuss an Körperfett ab einem BMI von 30, ab einem BMI von 40 handelt es sich um „Adipositas per magna“. Die Adipositas allein bedeutet keine eigenständige Erkrankung sondern eher ein Risikofaktor für andere Erkrankungen.

Für Binge-eating, psychogene Adipositas oder Esssucht, unter der ca. 20-30% aller übergewichtigen Menschen leiden gelten folgende Kriterien:

- Wiederholte Episoden von Essanfällen, Aufnahme einer Nahrungsmenge, die deutlich größer ist als das, was die meisten Menschen unter ähnlichen Umständen zu sich nehmen würden
- Mindestens drei der folgenden Kriterien:
 - sehr viel schnelleres Essen als normal
 - Essen bis zu unangenehmen Völlegefühlen
 - Aufnahme großer Nahrungsmengen ohne hungrig zu sein
 - Alleinessen wegen Scham und Peinlichkeit
 - Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Depressivität nach den Essanfällen
- Durchschnittlich mindestens zwei Fressanfälle pro Woche über mindestens 6 Monate
- Es werden keine Gegenmaßnahmen zur Verhinderung von Gewichtszunahme durchgeführt und die Essstörung tritt nicht ausschließlich während einer Episode von Anorexia oder Bulimia nervosa auf.

Körperliche Folgeschäden von Esssucht können sein: Störungen des Fettstoffwechsels, Gefäßsklerose, Hypertonie, Diabetes, Bindegewebsschwäche, orthopädische Beschwerden, Zyklusstörungen, Impotenz.

Die Prävalenz der Binge-Eating-Disorder in der Normalbevölkerung beträgt 2%, wobei ein Drittel der Betroffenen Männer sind. Der Beginn der Essstörung kann sowohl schon im Kindesalter, der Adoleszenz oder aber zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt liegen. Fast alle Esssüchtigen haben Diätvorerfahrungen bzw. gescheiterte Diäten hinter sich.

Esssüchtige lehnen meist ihren Körper ab (z.T. durch erlebte Diskriminierung von außen induziert oder verstärkt), richten Aggressionen gegen sich selbst, leiden unter Minderwertigkeitsgefühlen, Hemmungen, Kontaktschwierigkeiten, oft narzisstischen Depressionen.

Das Dicksein hat häufig eine unbewusste Schutzfunktion: z.B. die Auflehnung gegen ein erwartetes Rollenverhalten, Angst vor Sexualität, Vermeidung von Konkurrenzsituationen und Konflikten, wo es um Abgrenzung und/oder Expansivität geht. Für viele Esssüchtige fungiert das Essen als „Ersatzpartner“, bei dem sie Trost bei Einsamkeit, Langeweile, Frustrationen und innerer Leere finden. 90% der übergewichtigen Esssüchtigen sind bereits seit ihrer Kindheit übergewichtig und wurden von den Eltern mit Essen getröstet, beruhigt, stillgehalten, weggeschoben oder belohnt.

In der Anamnese Esssüchtiger finden sich häufig ängstliche Eltern, die ihren Kindern wenig Anregung zu Bewegung gaben und häufig deren Expansionsdrang verhinderten. Symptomauslösend sind oft Verluste, Trennungserlebnisse, Kränkungen und Enttäuschungen im persönlichen oder beruflichen Bereich.

Anhang II

Verschiedene therapeutische Ansätze und Behandlung

Die von Carl R. Rogers konzipierte **klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie** legt besonderes Gewicht auf die Eigenleistung der Klientin im Prozess der Einsichtsgewinnung und fordert besonders Respekt gegenüber der Individualität der Klientin und der subjektiven Welt ihrer Urteile, Bewertungen und Zielsetzungen. Im gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen liegt der Schwerpunkt auf der Arbeit im Hier und Jetzt mit Hilfe von Konfrontation und Beziehungsklärung. Beim Konfrontieren werden Widersprüche, z.B. zwischen zwei verschiedenen Aussagen oder zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck angesprochen. In der Beziehungsklärung, in der sich die Beraterin mit ihrem Erleben dosiert mitteilt, kann die Klientin ihre Perspektiven erweitern und ihre psychosoziale Wahrnehmung differenzieren. Ein gesprächspsychotherapeutisches Vorgehen hat sich insbesondere bei der Behandlung von „frühen“ Störungen, Borderlinestörungen und narzisstischen Störungen bewährt, bei denen es auf eine Verbesserung der Selbstempathie ankommt.

Tiefenpsychologische/psychoanalytische Erklärungsansätze

Aus psychoanalytischer Perspektive sind psychogene Essstörungen Störungen auf der Basis einer neurotischen Entwicklung. Die Art der oralen Bedürfnisbefriedigung in den ersten Lebensmonaten prägt die basale menschliche Erfahrung von Fürsorge und Geborgenheit. Übermäßige orale Entbehrung, Verwöhnung oder Willkür führen zu Irritationen in der Entwicklung eines Kindes und können dessen psychische Grundstruktur nachhaltig beeinträchtigen oder schädigen. Da die frühen Erfahrungen von Genährtwerden eng verknüpft sind mit den Erfahrungen des Geliebtwerdens, bildet die orale Phase die Grundlage für die Entwicklung eines basalen Selbstwert- und Identitätsgefühls. Je nach Interaktionsgeschehen zwischen dem Kind und seinen ersten Bezugspersonen und den in den nachfolgenden Entwicklungsphasen (analen und ödipalen) möglichen kompensatorischen Korrekturen von gestörter Oralität, kann sich aus psychoanalytischer Sicht eine Essstörung vor dem Hintergrund unterschiedlichster neurotischer Strukturniveaus entwickeln: Die Symptome einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder Esssucht können sowohl Ausdruck einer Borderlinestörung, einer narzisstischen Störung als auch einer Neurose auf höherem Strukturniveau sein, wobei die Schwere der Symptomatik nicht unbedingt mit der dahinterliegenden Schwere der neurotischen Struktur korreliert. Die psychoanalytische bzw. tiefenpsychologische Konflikttheorie sieht nicht das Essstörungssymptom als eigentliche Erkrankung an, sondern die dahinterliegenden unbewältigten in der individuellen Persönlichkeit bestehenden Strukturdefizite oder unbewussten Konflikte.

Systemische Familientherapie

Aus dem Blickwinkel der systemischen Familientherapie werden Essstörungen nicht allein als individuell erworbene oder erlernte Verhaltensweisen und auch nicht nur individuelle Pathologie verstanden, vielmehr zielt die systemische Familientherapie auf die Untersuchung und Veränderung von ganzen Systemen – meist familiären Kontexten – in denen ein Symptom oder eine Störung auftritt. Essstörungen können in Krisen bei Paaren oder Familien eine vorübergehende Stabilisierung von auseinander brechenden kriselnden Beziehungen bewirken oder auch das Beziehungsgefüge bedrohen. Grundlegend ist in der systemischen Sichtweise, dass Realität nicht als absolut verstanden wird, sondern als Ausdruck einer sozialen Konstruktion, die die Mitglieder einer sozialen Gruppe/Gemeinschaft/Familie in Wechselwirkungen miteinander erschaffen. Für gewünschte Veränderungen oder störende Prozesse heißt dies in der Therapie, dass störanfällige oder das System bedrohende Realitätskonstruktionen durch neue Konstruktionen ersetzt werden können und diese anderen Wirklichkeiten dann auch wieder andere Wirkungen zeigen, d.h. sich dadurch Symptome verändern können.

Essstörungen können im familiären Kontext, besonders wenn Übergangs- und Ablösungs-

prozesse entwicklungsbedingt anstehen beziehungsregulierende Funktionen erfüllen. Der Symptomträger („Indexpatient“) und die Beteiligten erschaffen gemeinsam neue Bedeutungen und Regeln, wobei das Symptom – die Essstörung – häufig als dritter Interaktionspartner zwischen die beteiligten Personen tritt, z.B. als nicht selbst zu verantwortende Erkrankung, der man gemeinsam den Kampf ansagt, anstatt Konflikte von Nähe und Distanz, Ablösung und Trauer direkt zu kommunizieren. Ein bedrohtes Familiensystem oder eine Paarbeziehung kann so häufig über eine entstandene „Krankheit“ zunächst stabilisiert werden. In der therapeutischen Arbeit wird der Blickwinkel viel mehr als in der psychoanalytischen Sichtweise auf die Zukunft gerichtet und im familiären Interaktionsprozess geklärt, welche Entwicklungen Symptombefreiheit und damit einhergehende andere Verhaltensweisen auslösen würden. Intermittierende Symptombefreiheit im individuellen Entwicklungsverlauf eines Menschen z.T. von mehreren Jahren ist aus systemischer Sicht eine Bestätigung dafür, dass die Betroffenen die Ressourcen zur Problemlösung bereits haben, sie ihnen in einem aktuellen Konflikt/Symptom nur nicht zur Verfügung stehen.

Wir gehen davon aus, dass eine multiprofessionelle Behandlung wichtig und effektiv ist, d.h. ein Behandlungsnetz für die KlientInnen zur Verfügung stehen sollte. Dies beinhaltet sowohl die Selbsthilfe als auch die professionelle Behandlung. Die Beratungseinrichtung vernetzt die BehandlerInnen.

Anhang III

Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.: Jahresberichte 1987-2006

Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.: Jubiläumsheft 1995

Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.: Jubiläumsheft 2005

Böhme-Bloem, Christel/Schulte, Michael J.: Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht. Thieme, Stuttgart 1991

Bruch, Hilde: Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Fischer, Frankfurt a.M. 1980

Bruch, Hilde: Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Fischer, Frankfurt a.M. 1991

Cierpka, Manfred/Reich Günter (Hg.): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart 1997

Dilling, Horst, Mombour, W., Schmidt, M.H.(Hg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 3. Auflage Huber, Bern 1999

Downing, George: Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München 1996

Focks, Petra/Trück, Gabriele: Maskerade der Weiblichkeit. Ess-Brech-Sucht. Gratwanderung zwischen Anpassung und Verweigerung. Centaurus, Pfaffenweiler 1987

Frankfurter Zentrum für Essstörungen e.V.: Schriftenreihe 1/1991, 2/1992, 3/1996

Habermas, Tilmann: Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Fischer, Frankfurt a.M. 1990

Janssen, Paul L./Senf, W./Meermann, R.(Hg.): Klinik der Essstörungen. Magersucht und Bulimie. G.Fischer Stuttgart 1997

Kämmerer, Annette/Klingenspor, Barbara (Hg.): Bulimie. Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Essstörung. Kohlhammer, Stuttgart 1989

Keppler, Cordula: Bulimie. Wenn Nahrung und Körper die Mutter ersetzen. Walter, Solothurn 1995

Klotter, Christoph: Adipositas als wissenschaftliches und politisches Problem. Zur Geschichtlichkeit des Übergewichts. Asanger, Heidelberg 1990

Köpp, Werner/Jacoby, G.E.: Beschädigte Weiblichkeit. 2. Aufl. Asanger, Heidelberg 2000

Moeller, Michael Lukas: Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Rowohlt, Reinbek 1978

Orbach, Susie: Anti-Diät Buch. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Eßsucht. 5. Auflage Frauenoffensive, München 1981

Orbach, Susie: Hungerstreik – Ursachen der Magersucht. Neue Wege zur Heilung. Econ, Düsseldorf 1987

Rogers, Carl R.: Die nicht-direktive Beratung. Kindler, München 1972

Sass,Hennig, Wittchen, Hans U., Zaudig, Michael: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV, übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 2. verb. Auflage Göttingen 1998

IV Publikationen von Dick & Dünn-Mitarbeiterinnen

Baeck, Sylvia: Ess-Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lambertus, Freiburg 1994

Baeck, Sylvia: Ess-Störungen. Bulimie-Magersucht-Ess-Sucht. Literatur. 2. überarbeitete Fassung BZgA Köln 1995

Baeck, Sylvia: Schwergewicht aus dem Gleichgewicht ? In: Reducto magazin. Das Adipositas-Programm Nr. 1 Juli 1998, S. 16-17

Baeck, Sylvia: Arbeit mit Selbsthilfegruppen . Ein Praxishandbuch für GruppenmoderatorInnen. BZgA Köln 2000

Baeck, Sylvia: Über-Gewicht, verstehen und verstanden werden, handeln und behandelt werden. Eurobesitas Berlin 2000

Baeck, Sylvia: Ess-Störungen. Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Lehrer und Partner. Praktische Hinweise für den Umgang mit Betroffenen 2. Aufl.BZgA Köln 2001

Baeck, Sylvia: Über-Gewicht. Erfolg durch integratives Behandlungssystem. In: Der Allgemeinarzt 19/2002 S. 1480-1482

Baeck, Sylvia: Essstörungen ...was ist das ? BZgA Köln 2004

Baeck, Sylvia: Psychogene Ess-Störungen. Jugendliche im Krieg mit ihrem Körper und ihrer Seele. BzgAForum 1-2006, S.35-37

Baeck, Sylvia: Essstörungen. Was Eltern und Lehrer tun können. Ratgeber Bonn 2007

- Grünewald-Faxel, Beatrix:** Selbsthilfe bei Essstörungen – ein gangbarer Weg ? In: Petzold, H. & Schobert, R. (Hrsg.): Selbsthilfe und Psychosomatik. Junfermann 1991
- Ihnen, Gerda:** „Wenn ich erst mal richtig schlank bin...“ Erfahrungen essgestörter Frauen in Selbsthilfegruppen“. Hrsg. Dick & Dünn, Beratung bei Essstörungen e.v., Oktoberdruck, Berlin 1990
- Novieku, Ute:** Die unsichtbaren Dicken – von der Ausgrenzung der Eß/Fettsucht in Klinik und Forschung. Vortrag auf dem DGVT-Kongreß, Berlin 1992
- Rosemeier, Ellen:** Kreative Medien in der sozialpädagogischen Praxis 1995-1997. Einsatz kreativer Medien in meinem Arbeitsalltag-exemplarisch dargestellt an dem besonderen Angebot „Angeleitete Selbsthilfegruppe“ im Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.
- Vogel, Katharina/Henning, Angela:** Essstörungen. In: Bilden, Helga (Hg.in): Das Frauentherapie Handbuch, Frauenoffensive München 1991

V. Wissenschaftliche Arbeiten und Forschungsprojekte

Folgende Liste enthält Arbeiten, die über oder in Zusammenarbeit mit dem Beratungszentrum bei Ess-Störungen DICK & DÜNN entstanden sind. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- Beermann, Karin:** Die Wirkung von Selbsthilfegruppen am Beispiel von Gruppen eß-süchtiger Frauen. Eine explorative Studie. Diplomarbeit Fachbereich 12 Erziehungswissenschaften. FU Berlin 1989
- Beyer, Kathrin:** Eßsucht ist weiblich. Über die gesellschaftliche Konstruktion weiblicher Konfliktlösungsstrategien. Dissertation Universität Hannover 1999
- Esch, Verena:** Anorexie und Bulimie bei Mädchen und jungen Frauen unter Berücksichtigung therapeutischer und sozialpädagogischer Hilfsmöglichkeiten. Diplomarbeit Fachhochschule Kiel, FB Soziale Arbeit und Gesundheit. Kiel 2008
- Genz, Anja:** Die Bedeutung einer therapeutischen Wohngemeinschaft mit Schwerpunkt Essstörungen für die Handlungsfähigkeit der Eltern. FU Berlin 2007
- Hentschel, Angelique:** Wege aus der Bulimie – theoretische Analyse und empirische Einzelfallstudien. Diplomarbeit Fachbereich Erziehungswissenschaften, Studiengang Sozialpädagogik. FU Berlin 1998
- Hönke, Susanne:** Selbsthilfegruppen bei Essstörungen. Die Bilanz eines Praktikums. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplomsozialarbeiterin/Sozialpädagogin Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice Salomon“ Berlin 2000
- Juchmann, Ulrike:** Aspekte des Körpererlebens bei bulimischen und bei nicht-eßgestörten Frauen. Diplomarbeit, Institut für Psychologie TU Berlin 1993
- Klippel, Hanna + Sauerer, Birgit:** Psychische Veränderungen in Selbsthilfegruppen bei bulimischen Frauen. Diplomarbeit Institut für Psychologie TU Berlin 1990
- Langguth, Juliane:** Gemeinsam gegen Bulimie – die Selbsthilfegruppe als Unterstützungsangebot im Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V. Diplomarbeit an der

Katholischen Hochschule für Sozialwesen, Studiengang Soziale Arbeit. Berlin 2009

Lehner, Andrea: Essstörungen bei Frauen und ihr Zusammenhang mit der weiblichen Lebenssituation. Ein Suchtproblem ? Diplomarbeit im Fach Pädagogik. Universität Regensburg Philosophische Fakultät II 1989

Lohe, Petra: Zwischen Selbstheilung und Selbstbeschränkung – Zur Bedeutung von Eßsucht bei Frauen vor dem Hintergrund ihrer sexuellen Gewalterfahrung als Mädchen. Diplomarbeit, Fachbereich Erziehungs- und Unterrichtswissenschaften. TU Berlin 1994

Quade, Sabine: Subjektive Sichtweisen und Erfahrungen zur Adipositas von Teilnehmern einer langangeleiteten Selbsthilfegruppe von Eßgestörten. Diplomarbeit Psychologisches Institut FU Berlin 1994

Reich, Günter/Gabriele Witte-Lakemann/Uta Killius: Qualitätssicherung in Beratung und ambulanter Therapie von Frauen und Mädchen mit Essstörungen. Eine Praxisstudie. Abschlussbericht V & R unipress Göttingen 2005

Rosemeier, Ellen: „Durch Dick & Dünn“ Schriftliche Hausarbeit im Weiterbildungsstudium Psychosoziale Arbeit an der Fachhochschule Alice-Salomon SS 1995

Storch, Sonja: Essstörungen als Überlebensstrategie nach sexueller Gewalterfahrung in Kindheit und Adoleszenz. Diplomarbeit, Institut für Psychologie. FU Berlin 1997

Veit, Amparo: Bulimische Frauen: Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten. Magisterarbeit Fachbereich Erziehungswissenschaften TU Berlin

Weber, Christian: Essstörung, männliche Essstörung und Selbsthilfe. Latente und manifeste Dimensionen dargestellt in der Interaktion einer Selbsthilfegruppe sowie anhand eines Interviews mit einer Mitarbeiterin der Selbsthilfeberatungsstelle „Dick und Dünn“ in Berlin und eines narrativen Interviews mit einem männlichen Eßgestörten. Diss. FU Berlin 1997