

Diplomarbeit:

**„Untersuchung zur Identifizierung von Kommunikationsmerkmalen textbasierter
Beratung bei Essstörungen“**

- eine qualitative Inhaltsanalyse der Antworttexte der Online-Berater des ab-server -

eingereicht von: Susanne Fritsch
geb. am 17.01.1975 in Merseburg

angefertigt an der Universität Leipzig
Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie
Institut für Angewandte Psychologie
Klinische und Gesundheitspsychologie

und

Universität Leipzig
Medizinische Fakultät
Paul-Flechsig-Institut für Hirnforschung
Haptik-Forschungslabor

Gutachter: Prof. Dr. K. Reschke
PD Dr. M. Grunwald

Betreuer: Dipl.-Psych. D. Wesemann
PD Dr. M. Grunwald

Leipzig, den 28.10.2009

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
I Einleitung	1
1 Relevanz des Themas	1
2 Problemstellung und Ziele	4
3 Aufbau der Arbeit	5
II Theoretische Grundlagen	8
Teil A - Essstörungen	8
1 Allgemeines über Essstörungen	8
1.1 Störungsbild und Klassifikation	9
1.1.1 <i>Anorexia nervosa</i>	9
1.1.2 <i>Bulimia nervosa</i>	10
1.1.3 <i>Binge-Eating-Störung</i>	12
1.2 Epidemiologie von Essstörungen	13
1.3 Verlauf und Prognose von Essstörungen	14
1.4 Ätiologie von Essstörungen	15
1.4.1 <i>Risikofaktoren für Anorexie und Bulimie</i>	16
1.4.2 <i>Risikofaktoren für die Binge-Eating-Disorder</i>	17
1.4.3 <i>Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungsmodell</i>	17
1.5 Behandlung und aktueller Stand der Therapieforschung bei Essstörungen	18
1.5.1 <i>Stand der Therapieforschung und Behandlung von Anorexia nervosa</i>	18
1.5.2 <i>Stand der Therapieforschung und Behandlung der Bulimia nervosa</i>	19
1.5.3 <i>Stand der Therapieforschung und Behandlung der Binge-Eating-Störung</i>	20
1.6 Resümee	20
Teil B - Klinische Psychologie und Internet	22
1 Internet als neues Medium in der Klinischen Psychologie	22
2 Theorien zur Medienwahl – Modelle der computervermittelten Kommunikation .	25

3 Merkmale des Internets und die daraus resultierenden Vor- und Nachteile für internetbasierte Informations- und Beratungsangebote.....	28
4 Bedarf, Nutzen und Effektivität von internetbasierten Hilfsangeboten im Bereich Essstörungen.....	30
5 Nutzung und Akzeptanz von internetbasierten Hilfsangeboten im Bereich Essstörungen auf Seiten der Betroffenen und deren Angehörigen.....	32
II Theoretische Grundlagen.....	35
Teil C – Online-Beratung.....	35
1 Einleitung.....	35
2 Allgemeine Kennzeichen von Beratung.....	37
3 Grundlegende Merkmale und Besonderheiten von Online-Beratung.....	39
3.1. Technische Voraussetzungen.....	39
3.2 Überprüfbarkeit.....	40
3.3 Datenschutz.....	40
4 Spezielle Interventionsmethoden und Therapieansätze in der Online-Beratung	41
4.1 Die psychologische Methode - Spiegelung -	41
4.2 Der Systemische Therapieansatz	42
4.3 Klientenzentrierter Therapieansatz.....	43
4.4 Das Informationsverarbeitungsparadigma.....	45
4.5 Grenzen in der Online-Beratung	45
5 Merkmale der Ratsuchenden und der Anfragen bei Online-Beratung.....	46
5.1 Spezifische Zielgruppen.....	46
5.2 Soziale Enthemmung und Verstärkung neurotischer Tendenzen.....	47
5.3 Besonderheiten der Anfragetexte	48
6 Konsequenzen für den Berater und den Beratungsprozess.....	49
6.1 Beschränkung der Sinneskanäle	49
6.2 Schriftsprachlichkeit	50
6.3 Gefahr von Missverständnissen.....	50
6.4 Feedbackprozesse	51

7 Voraussetzungen und Kompetenzen von Online-Beratern	52
7.1 Beraterqualitäten nach McLeod (2004)	52
7.2 Basisqualitäten von Beratern nach Rogers	53
7.3 Fachliche Kompetenzen der Online-Berater	55
8 Vor- und Nachteile von Online-Beratung.....	56
9 Qualitätskriterien von Online-Beratung	58
10 Methodische Ansätze.....	60
10.1 Der dialogische Ansatz.....	60
10.2 Die systematische Metaphernanalyse	62
10.3 Methoden des Lesens von Anfragetexten nach Brunner (2007).....	63
10.4 Das Vier-Folien-Konzept nach Knatz (2009)	64
11 Ein spezielles Online-Beratungsangebot - ab-server.....	66
11.1 Allgemeines zum ab-server	66
11.2 Die Richtlinien der Online-Beratung des ab-server	70
III Empirische Untersuchung.....	76
1 Einleitung	76
1.1 Ableitung und Formulierung der Fragestellung.....	76
2 Methodik.....	79
2.1 Vorgehen	80
2.4 Statistische Auswertung der quantitativen Daten	84
2.5 Stichprobe und Untersuchungszeitraum	84
IV Ergebnisteil	88
1 Einleitung	88
2 Beratungsstruktur/Beratungsziele	89
2.1 Allgemeine Beratungsstruktur/Beratungsziele.....	89
2.2 Entstehung des Kategoriensystems.....	90
3 Beschreibung Kategoriensystem	93
3.1 Beschreibung Kategoriensystem Abschnitt „Spiegelung“	93

3.1.1 Oberkategorie „ernährungsspezifische Spiegelung“	95
3.1.2 Oberkategorie „krankheitsspezifische Spiegelung“	97
3.1.3 Oberkategorie „belastungsspezifische Spiegelung“	101
3.1.4 Oberkategorie „bewältigungsspezifische Spiegelung“	105
3.1.5 Beschreibung Sonderkategorie innerhalb der Spiegelung „Die Angehörigen“	110
3.2. Beschreibung des Kategoriensystems Interventionsziel 1:	112
3.2.1 Beschreibung Oberkategorie „Informationen Essstörungen“	114
3.2.2 Beschreibung Oberkategorie „Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten“	118
3.2.3 Beschreibung der Oberkategorie „richtige Ernährung“	123
3.2.4 Beschreibung der Oberkategorie „allgemeiner Lebensrat“	124
3.3. Beschreibung Interventionsziel 2: Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich	
Erkrankung und Interventionsziel 3: Aktivierung ins professionelle Hilfesystem	125
3.3.1 Beschreibung Oberkategorie „institutionelle Aktivierung“	127
3.3.2 Beschreibung Oberkategorie „professionelle Aktivierung“	133
3.3.3 Beschreibung Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“	141
3.3.4 Beschreibung Oberkategorie „Interpersonelle Aktivierung“	156
3.3.5 Beschreibung Oberkategorie „informelle Aktivierung“	160
3.3.6 Beschreibung der Sonderkategorie für Angehörige „Umgang mit Betroffenen“	163
3.3.7 Spezielle Interventionsansätze und -methoden der Online-Beratung des ab-server	165
4 Zusammenfassung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse der inhaltlichen	
und strukturellen Analyse der Antworttexte der Online-Berater des ab-server	172
V Schlussbemerkungen	177
1 Diskussion	177
2 Ausblick	195
Literaturverzeichnis	177
Danksagung.....	XI
Selbstständigkeitserklärung	XII

Abkürzungsverzeichnis

AD	Adipositas
AN	Anorexia nervosa
BED	Binge Eating Disorder
BMI	Body-Maß-Index
BN	Bulimia nervosa
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
cvK	computervermittelte Kommunikation
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV
ICD 10	International Classification of Diseases 10
MAXqda	MAX Qualitative Datenanalyse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Störungsbild und Klassifikation der Anorexia nervosa nach DSM-IV	10
Abbildung 2:	Störungsbild und Klassifikation der Bulimia nervosa nach DSM-IV	12
Abbildung 3:	Störungsbild und Klassifikation der Binge-Eating-Störung nach DSM-IV .	13
Abbildung 4:	Startseite ab-server	67
Abbildung 5:	Startseite Online-Beratung ab-server	68
Abbildung 6:	MAXqda - Bildschirm.....	82
Abbildung 7:	Prozessmodell methodische Vorgehensweise	83
Abbildung 8:	Überblick Entwicklung Kategoriensystem „Spiegelung“	92
Abbildung 9:	Überblick Kategoriensystem innerhalb der „Spiegelung“	94
Abbildung 10:	Verteilung absolute Häufigkeiten Beratungsabschnitt „Spiegelung“	95
Abbildung 11:	Überblick Oberkategorie „ernährungsspezifische Spiegelung“	95
Abbildung 12:	Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „ernährungsspezifische Spiegelung“	96
Abbildung 13:	Überblick Oberkategorie „krankheitsspezifische Spiegelung“	97
Abbildung 14:	Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „krankheitsspezifische Spiegelung“	98
Abbildung 15:	Überblick Oberkategorien „belastungsspezifische Spiegelung“	101
Abbildung 16:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten in der Kategorie „belastungsspezifische Spiegelung“	102
Abbildung 17:	Überblick Oberkategorie „bewältigungsspezifische Spiegelung“	105
Abbildung 18:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten „bewältigungsspezifische Spiegelung“	106
Abbildung 19:	Überblick Kategoriensystem Interventionsziel 1: Vermittlung von Information	113
Abbildung 20:	Verteilung der Häufigkeiten Interventionsziel 1: Vermittlung von Informationen	114
Abbildung 21:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten in der Kategorie „Informationen Essstörungen“	115
Abbildung 22:	Verteilung der Häufigkeiten in der Kategorie „Informationen Behandlungsmöglichkeiten“	119
Abbildung 23:	Verteilung der Häufigkeiten in der Kategorie „Informationen Ernährung“	124
Abbildung 24:	Verteilung der Häufigkeiten in der Kategorie „Informationen Lebensrat“	125
Abbildung 25:	Überblick Kategoriensystem Interventionsziel 2: Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung und Interventionsziel 3: Aktivierung ins professionelle Hilfesystem.....	126
Abbildung 26:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Aktivierung	127
Abbildung 27:	Überblick Kategoriensystem „institutionelle Aktivierung“	128
Abbildung 28:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten der Oberkategorie „institutionelle Aktivierung“	129
Abbildung 29:	Überblick über das Kategoriensystem innerhalb der Oberkategorie „professionelle Aktivierung“	134
Abbildung 30:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten Oberkategorie „professionelle	

	Aktivierung“	135
Abbildung 31:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten in der Kategorie „Therapie“	137
Abbildung 32:	Überblick über das Kategoriensystem Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“	143
Abbildung 33:	Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“	143
Abbildung 34:	Überblick Kategoriensystem Oberkategorie „Krankheitseinsicht“	144
Abbildung 35:	Verteilung absoluter Häufigkeiten Oberkategorie „Krankheitseinsicht“ ..	145
Abbildung 36:	Überblick Kategoriensystem Oberkategorie „Krankheitsfaktoren“	148
Abbildung 37:	Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „Krankheitsfaktoren/-ursachen“	149
Abbildung 38:	Überblick Kategorien innerhalb der Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“	151
Abbildung 39:	Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“	152
Abbildung 40:	Überblick Kategoriensystem „interpersonelle Aktivierung“	157
Abbildung 41:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „interpersonelle Aktivierung“	158
Abbildung 42:	Überblick Kategoriensystem „informelle Aktivierung“	160
Abbildung 43:	Verteilung der absoluten Häufigkeiten der Oberkategorie „informelle Aktivierung“	161
Abbildung 44:	Überblick Oberkategorie „Empathie“	167
Abbildung 45:	Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „Empathie Online-Berater“	168
Abbildung 46:	Verteilung absolute Häufigkeiten „Grenzen Online-Beratung“	170
Abbildung 47:	Gesamtüberblick Kategoriensystem mit übergeordneten Kategorien	174

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Spektrum internetbasierter Interventionsangebote; Grunwald 2008, S. 11.....	24
Tabelle 2:	Vor – und Nachteile von Online-Beratung.....	57
Tabelle 3:	Grundgerüst Beratungsstruktur/Beratungsziele.....	91
Tabelle 4:	Gesamtdarstellung Antworttext der Online-Beratung ab-server	177

I Einleitung

1 Relevanz des Themas

Laut einer Studie im Auftrag des IT-Branchenverbandes benutzen aktuell weltweit 1,23 Milliarden Menschen das Internet. Es ist damit zu rechnen, dass im Jahr 2010 die 1,5 Milliarden Grenze überschritten wird. Mit ca. 12,6 Millionen Anschlüssen wird im Jahr 2008 fast ein Drittel der deutschen Haushalte über einen Breitbandinternetzugang verfügen. Diese Zahlen belegen, dass das Internet innerhalb des vergangenen Jahrzehnts nicht nur immens an Popularität gewonnen hat, sondern mittlerweile für viele Menschen selbstverständlich zum privaten und beruflichen Alltag gehört und potentiell in allen gesellschaftlichen Bereichen vertreten ist.

Die zunehmende Etablierung des Internets in der Bevölkerung als Informations- und Kommunikationsmedium stellt die Grundlage für die wachsende Bedeutung des Internets in der klinischen Psychologie dar (Eichenberg & Ott, 2003).

Zusätzlich gewinnt das Internet als ergänzendes Medium zu bereits bestehenden und bewährten psychosozialen Versorgungsnetzwerken im klinischen und psychologischen Bereich an Bedeutung. Die Vielzahl der durch das Internet und spezifische technische Systeme vermittelten Dienstleistungen wird unter dem Begriff *electronic health* („e-Health“) subsumiert (Tautz, 1998; Eysenbach, 2001; Bauer, Golkamnaray & Kordy, 2005; Jähn & Nagel, 2005); in Bezug auf psychische und psychosomatische Störungen wurde die Bezeichnung „e-mental-Health“ (Bauer, Golkamnaray & Kordy, 2005) abgeleitet.

Das Internet ermöglicht sowohl Laien als auch Professionellen Zugang zu einer Vielzahl von Informationen über psychische Störungsbilder und Erkrankungen, sowie deren Entstehungsbedingungen, Verlauf und Therapiemöglichkeiten.

Die Anzahl internetbasierter Interventionsangebote im Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung steigt kontinuierlich, was auf einen großen Bedarf, sowie auf Akzeptanz und positive Bewertung seitens der Patienten und Professioneller schließen lässt. Das Internet verfügt über ein enormes Potential zur schnellen, kostengünstigen, unkomplizierten sowie orts- und zeitunabhängigen Gewinnung von gesundheitsbezogenen Informationen. Es stellt sowohl für Klienten als auch für Professionelle eine bedeutsame und klinisch relevante Ressource dar (Eichenberg & Ott, 2002). Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder psychischen Hemmschwellen profitieren besonders von den Möglichkeiten, die das Medium Internet

bereitstellt (Eichenberg, 2004a). Golkaramnay et. al. (2003) betonen die Überwindung von Problemen des Alltags, wie zum Beispiel schlechte Verkehrsanbindungen oder das Fehlen von lokalen Angeboten in ländlichen Gegenden, die die Integration vieler Patienten in das lokale Versorgungsnetz erschweren. Als Überbrückung von Versorgungslücken innerhalb des psychosozialen Versorgungsnetzwerkes nehmen internetbasierte Angebote einen besonderen Stellenwert ein (Barak, 1999; Grunwald & Wesemann, 2006a; Kordy, 2004; Wesemann & Grunwald, 2008).

Betrachtet man diese komplexen und elementaren Zusammenhänge zwischen der klinischen Psychologie und dem Internet, ergibt sich für den Störungsbereich der Essstörungen die Fragestellung, welchen Stellenwert das Medium Internet hier einnimmt.

Die Implementierung internetbasierter Interventionsangebote für Essstörungen wird im Wesentlichen durch drei Argumente gestützt: (1) dem besonderen Bedarf dieser Zielgruppe, (2) der Akzeptanz dieser Angebote durch die Zielgruppe und (3) den Spezifika der internetvermittelten Kommunikation (Wesemann, 2008).

Essstörungen wie Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Adipositas und Binge Eating Disorder sind insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitete, zum großen Teil chronisch verlaufende psychische Erkrankungen, wobei die Mortalitätsrate aufgrund von Magersucht oder deren Folgeerkrankungen auf 10 bis 15 Prozent geschätzt wird (Hoeck, 2006).

Betroffene von Essstörungen sind eine der größten Zielgruppen internetbasierter Interventionen (Ott, 2003), da aufgrund ihres Geschlechts (weiblich) und Alters (im Durchschnitt 15-35 Jahre) das Medium Internet für essgestörte Patientinnen zum Alltag gehört (Eichenberg, 2004).

Das Potential internetbasierter Interventionsangebote, die Lücken im psychosozialen Versorgungsnetzwerk bei der Prävention, Behandlung und vor allem Rehabilitation von Essstörungen schließen zu können, ist an dieser Stelle hervorzuheben.

Ein spezielles Interventionsangebot stellt der Beratungs- und Informationsserver zu Essstörungen (www.ab-server.de), der deutschlandweit erste professionelle und nicht kommerzielle Online-Beratungsserver für Betroffene mit Essstörungen und deren Angehörige, mit seiner Online-Beratung bereit. Er wurde im Jahr 1998 von der Deutschen Forschungsinitiative Essstörungen e.V. (DFE e.V.) in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig gegründet. Der ab-server bietet neben dem Online-Beratungsangebot Informationen zu Essstörungen und Kliniken, spezialisierten Therapieeinrichtungen, Selbsthilfegruppen und Vereinen, die sich mit Essstörungen befassen (Grunwald, 2003). Des weiteren werden aktuelle Forschungsprojekte und

-ergebnisse vorgestellt, sowie Literaturhinweise zum Thema für Laien und Professionelle veröffentlicht.

Das Online- Beratungsangebot des ab-server richtet sich an Betroffene von Essstörungen und deren Angehörige, die über eine gesicherte und kostenfreie Verbindung anonym Kontakt zu professionellen Online-Beratern aufnehmen können.

Die Online-Beratung hat neben der Bereitstellung von Informationen zum Thema Essstörungen das Ziel, einen Beitrag zur Ausbildung eines Problembewusstseins hinsichtlich der Erkrankung zu leisten, sowie Betroffene zu aktivieren, professionelle Hilfesysteme in Anspruch zu nehmen.

Dabei gilt es, eine hohe Qualität hinsichtlich der Beratungsleistung der Online-Beratung des ab-server zu gewährleisten. Dazu wurden vom DFE e.V., auch unter dem Gesichtspunkt besonderer Bedingungen der Internetkommunikation, Qualitätskriterien für die Online-Beratung festgelegt. In diesen Richtlinien sind grundlegende Qualitätskriterien, sowie Beratungsstrukturen und Zielstellungen für die Online-Beratung des ab-server beschrieben, die von den Online-Beratern berücksichtigt und eingehalten werden müssen und zusätzlich supervisorisch überprüft werden.

Da es bisher kaum Untersuchungen über Merkmale und Mechanismen der Online-Beratung bei Essstörungen gibt, ist Ziel der nachfolgenden Diplomarbeit, anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse der Antworttexte der Online-Berater, zentrale Kommunikationsmerkmale und -strukturen in den Beraterantworten zu identifizieren und zu Kategorien zusammenzufassen. Dabei werden die Antworttexte der Online-Beratung durch eine präzise Textanalyse methodisch-inhaltlich strukturiert und klassifiziert, um sie anschließend einer Prüfung im Hinblick auf die Einhaltung der in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Qualitätskriterien für die Online-Beratung zu unterziehen. Die, aus der Verknüpfung der Richtlinien und der Analyse der Antworttexte der Online-Berater abgeleiteten Beratungsziele: *Vermittlung von Information, Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung und Aktivierung ins professionelle Hilfesystem*, sowie der Beratungsstruktur: *Begrüßung, Spiegelung, Intervention und Abschluss*, sollten sich in den aufgestellten Kategorien des Kategoriensystems wiederfinden. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur besseren theoretischen Fundierung der Online-Beratung im allgemeinen und zur Qualitätssicherung bzw. -verbesserung des Online-Beratungsangebotes des ab-server im Sinne der Zielgruppe im besonderen leisten.

2 Problemstellung und Ziele

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Antworttexte der Online-Beratung des ab-server für den Zeitraum vom 01.12.2007 - 31.11.2008 mit Hilfe des Software-Programmes MAXqda einer qualitativen Inhaltsanalyse zu unterziehen und durch die Extraktion bzw. Strukturierung der Textbestandteile der Antworttexte ein Kategoriensystem zu entwickeln. Die Untersuchung erfolgt auf der Grundlage eines Hypothesen generierenden Forschungsansatzes, da die Datenbasis von Online-Kommunikation noch nicht ausführlich untersucht wurde. Dabei sollen folgende speziellen Fragestellungen im Rahmen der Arbeit geklärt werden:

Fragestellung 1: Können die Beratungstexte der Online-Berater des ab-server inhaltlich und strukturell in einzelne Textbestandteile zerlegt werden, so dass auf der Grundlage dieser Analyseeinheiten ein Kategoriensystem entwickelt werden kann und lassen sich über – bzw. untergeordnete Kategorien differenzieren?

Fragestellung 2: Besteht die Möglichkeit anhand des entwickelten Kategoriensystems zu überprüfen, ob die in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Qualitätskriterien, sowie die davon abgeleitete Beratungsstruktur und die Beratungsziele für die Online-Beratung des ab-server im Beratungsprozess umgesetzt bzw. eingehalten werden?

Hypothese 2a: Die aus den Richtlinien der DFE e.V. extrahierten vier Abschnitte der Beratungsstruktur: Begrüßung, Spiegelung, Intervention und Abschluss für die Online-Beratung des ab-server, kann auf der Grundlage des entwickelten Kategoriensystems bestätigt werden.

Hypothese 2b: Die in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Zielsetzungen für die Online-Beratung des ab-server: Vermittlung von Information zu Essstörungen, Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich Erkrankung und Aktivierung ins professionelle Hilfesystem wird in den Antworttexten der Online-Berater umgesetzt und spiegelt sich in den aufgestellten Kategorien wieder

Hypothese 2c: Beschränkungen und Grenzen der Online-Beratung, auf die ebenfalls in den

Richtlinien hingewiesen wird, lassen sich durch aus den Antworttexten der Online-Berater extrahierten Textbestandteile und anhand der aufgestellten Kategorien bestätigen.

Hypothese 2d: Zwischen den Kategorien zeigen sich quantifizierbare Unterschiede und diese lassen Rückschlüsse auf die Bedeutung und Umsetzung der in den Richtlinien verankerten Interventionsziele zu.

Hypothese 2e: Interventionstheoretische Grundannahmen textbasierter Beratung, lassen sich in sich in den Antworttexten der Online-Berater des ab-server finden und spiegeln sich in speziellen Kategorien des Kategoriensystems wieder.

Zu Beginn der Arbeit wurde der Umfang des Datenmaterials festgelegt und die Entstehungssituation analysiert. Das Datenmaterial für diese Untersuchung beinhaltet 1056 Antworttexte der Online-Berater des ab-server für den Zeitraum vom 01.12.2007 - 31.11.2008. Anschließend wurde die Analysetechnik bestimmt und der weitere Ablauf der Untersuchung festgelegt. Die Antworttexte der Online-Berater wurden systematisch bearbeitet und dabei Textbestandteile extrahiert, strukturiert und in über- bzw. untergeordnete Kategorien überführt. Dabei waren die Kategorien des Kategoriensystems zu diesem Zeitpunkt noch nicht festgelegt, sondern wurden anhand des Datenmaterials im Verlauf der Arbeit mit Hilfe des Textanalyse-Programms Maxqda 2007 neu gebildet und formuliert. Die Ergebnisse und eventuelle Abweichungen werden im Sinne der Fragestellung ausgewertet und unter Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien interpretiert. Besonderes Interesse gilt bei der vorliegenden Arbeit den interventionstheoretischen Grundlagen der Online-Beratung. Diese werden im Zusammenhang mit den angewandten Interventionsansätzen bzw. -methoden in den Antworttexten der Online-Berater ebenfalls diskutiert.

3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in fünf Abschnitte: Einleitung, Theoretische Grundlagen, Empirische Untersuchung, Ergebnis- und Diskussionsteil. Die theoretischen Grundlagen sind in drei Abschnitte unterteilt. Im ersten Theorieteil (A) werden nach einer kurzen allgemeinen Einleitung verschiedene Formen der Essstörungen, Anorexia und Bulimia Nervosa und Binge Eating

Disorder hinsichtlich ihrer Symptomatik, Epidemiologie, Ätiologie, Verlauf und Prognose, sowie Möglichkeiten der Behandlung beschrieben. Des Weiteren wird auf aktuelle Problemstellungen im Bereich der Essstörungen und Möglichkeiten der Prävention eingegangen und der momentane Erkenntnisstand zur Intervention bei Essstörungen betrachtet.

Der zweite Theorieteil (B) dient der Darstellung der theoretischen Grundlagen zum Thema: Internet und klinische Psychologie. In diesem Zusammenhang werden das Internet als neues Medium in der Klinischen Psychologie, Theorien zur Medienwahl – Modelle der computervermittelten Kommunikation und Merkmale des Internets und die daraus resultierenden Vor- und Nachteile für internetbasierte Informations- und Beratungsangebote näher betrachtet. Abschließend wird anhand aktueller Studien auf Nutzen und Effektivität internetbasierter Hilfsangebote innerhalb des psychosozialen Versorgungsnetzwerkes, sowie zur Akzeptanz solcher Angebote auf Seiten der Betroffenen und deren Angehörigen auf der Grundlage aktueller Studien zusammenfassend Stellung bezogen.

Der dritte Theorieteil (C) dient der umfassenden Darstellung des theoretischen Hintergrundes der Online-Beratung, wobei Grundkonzepte internetbasierter Beratung und Intervention Berücksichtigung finden. Weiterhin wird auf verschiedene methodische Ansätze in der Online-Beratung, sowie auf Anforderungen und Bedürfnisse seitens der Anfragenden an die Online-Beratung eingegangen. Aus der Perspektive der Online-Berater werden unterschiedliche Formen des Lesens von Anfragetexten, sowie verschiedene Möglichkeiten und Hilfestellungen beim Verfassen von Beratungstexten dargestellt. Besondere Aufmerksamkeit wird im Rahmen internetbasierter Beratungsprozesse, dem klientenzentrierten Ansatz von C. Rogers zu teil. Unter Berücksichtigung verschiedener linguistischer Konzeptionen, wird auf Besonderheiten technisch-mediatisierter Kommunikation eingegangen.

Im Anschluss an die theoretischen Grundlagen wird ein kurzer Überblick über das methodische Vorgehen bei der qualitativen Analyse der Antworttexte der Online-Berater im Teil III „Empirische Untersuchung“ vorgenommen. Zusätzlich werden die theoretischen Grundlagen der qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) ausführlich erläutert.

Im Ergebnisteil wird das im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickelte Kategoriensystem zur Strukturierung und Klassifizierung der Antworttexte der Online-Berater vorgestellt. Dabei werden die, für die einzelnen Abschnitte der Beratungsstruktur und die Beratungsziele der Online-Beratung des ab-server entwickelten über- und untergeordneten Kategorien explizit beschrieben, übersichtlich dargestellt und anhand konkreter Textbeispiele aus den Antworttexten der

Beraterinnen näher erläutert und veranschaulicht.

In diesen Abschnitt des Ergebnisteils integriert, wird zusätzlich eine quantitative Analyse und deskriptive Auswertung des Datenmaterials vorgenommen. Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten für die aufgestellten Kategorien der Beratungsstruktur: *Begrüßung*, *Spiegelung*, *Intervention* und *Abschluss* sowie für die drei zentralen Interventionsziele: *Vermittlung von Informationen*, *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* und *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* werden übersichtlich in Form von Blockdiagrammen und ergänzend zur inhaltlichen Vorstellung des Kategoriensystems dargestellt.

Abschließend wird im Teil V der vorliegenden Arbeit im Rahmen der Schlussbemerkung eine Diskussion geführt, wobei die Ergebnisse zusammenfassend in Bezug zu den Fragestellungen ausgewertet werden. Zum Schluss erfolgt ein Ausblick auf kommende Forschungsfragen im Hinblick auf neue Formen der Interaktion und Kommunikation innerhalb internetbasierter Beratungsprozesse sowie beratungspsychologischer Theorienbildung.

II Theoretische Grundlagen

Teil A - Essstörungen

1 Allgemeines über Essstörungen

Unter Essstörungen versteht man allgemein persistierende Störungen des Essverhaltens, die zu einem veränderten Konsum oder einer Malabsorption von Nahrung führen und damit die körperliche Gesundheit und die psychosoziale Funktionsfähigkeit beeinträchtigen. Essstörung ist ein Überbegriff, unter dem verschiedene Störungsbilder zusammengefasst werden, wobei ungesunde Methoden der Gewichtsregulation, häufiges Diätverhalten und erhöhte Besorgnis um Figur und Gewicht als Risikofaktoren für klinische und subklinische Essstörungen gelten. Als Essstörungen im engeren Sinne werden die Anorexia nervosa (AN) und die Bulimia nervosa (BN) bezeichnet. Im amerikanischen Diagnosesystem DSM IV wird die Störung mit Essanfällen, Binge-Eating-Disorder, hinzugezählt. Für die BED gibt es als deutschen Übersetzungsvorschlag die Bezeichnung „psychogene Hyperphagie ohne gegensteuernde Maßnahmen“ (Fichter, 2004). Bisherigen Untersuchungen zufolge leiden etwa 0,5 bis maximal 3% junger Frauen an Essstörungen, d.h. erfüllen irgendwann im Leben die vollständigen Kriterien eines klinischen bzw. DSM-Syndroms für die Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa (Fairburn & Beglin, 1990; Hoek & Hoeken, 2003; Nielsen, 2001). Insbesondere Studien mit nicht klinischen Stichproben weisen auf eine erheblich höhere Prävalenz von gestörtem Essverhalten bzw. bestimmter Merkmale gestörten Essverhaltens im Vergleich zu den vollen klinischen Störungsbildern hin (Leon et al., 1997; Shisslak et al., 1995). In einer aktuellen klinisch-epidemiologischen Studie für Deutschland konnte Wittchen (2004) bei 14-24-Jährigen nachweisen, dass sogar fast 5% dieser Jugendlichen und jungen Erwachsenen klinisch bedeutsame Essstörungen aufweisen, dabei wurden auch Hinweise gefunden, dass die Inzidenz von Essstörungen bei den jüngeren Alterskohorten gegenüber älteren Geburtskohorten erhöht ist.

1.1 Störungsbild und Klassifikation

1.1.1 Anorexia nervosa

In aktuellen Diagnosekriterien ist die Anorexia nervosa vor allem definiert über die Weigerung der Patientin, ein minimales normales Körpergewicht zu halten bzw. zu erreichen, ausgeprägter Angst vor Gewichtszunahme trotz bestehenden Untergewichts, einer Wahrnehmungsstörung bezogen auf Figur und Gewicht bzw. die übermäßige Bedeutsamkeit von diesen für das Selbstkonzept.

Der Gewichtsverlust wird überwiegend über eine Reduktion der Nahrungszufuhr erreicht, hinzukommen können selbst induziertes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikamissbrauch sowie exzessive körperliche Aktivität als zusätzliche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion. Das DSM-IV unterscheidet bei der Anorexia nervosa zwischen einem *restriktivem Typ* und einem sogenannten *Binge-Eating-/Purging-Typ* in Abhängigkeit davon, ob Heißhungeranfälle oder selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika und Klistieren regelmäßig auftreten. Dabei darf nach DSM-IV Kriterien die Diagnose Bulimia nervosa bei bestehendem Untergewicht nicht mehr gestellt werden.

Diagnosekriterien der Anorexia nervosa nach DSM-IV (ICD-10:F50.0/50.01)

- A. Weigerung, das Minimum des für das Alter und Körpergröße normalen Körpergewichtes zu halten (zum Beispiel der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des erwarteten Gewichtes; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichtes).
- B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehendem Untergewichtes.
- C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichtes, übertriebener Einfluss des Körpergewichtes oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichtes.
- D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, zum Beispiel Östrogen, eintritt).

Restriktiver Typus:

Die Person hat keine regelmäßigen Fressanfälle gehabt oder hat kein Purging-Verhalten gezeigt.

Binge-Eating/Purging-Typus:

Die Person hat regelmäßig Fressanfälle gehabt und Purging-Verhalten gezeigt.

Abbildung 1: Störungsbild und Klassifikation der Anorexia nervosa nach DSM-IV

1.1.2 Bulimia nervosa

Zu den Diagnosekriterien der Bulimia nervosa gehören Heißhunger – oder Fressanfälle sowie verschieden unangemessene Maßnahmen der Kompensation zur Verhinderung einer Gewichtszunahme zum Beispiel durch Erbrechen, Diäten oder Laxantienabusus. Im DSM-IV wird ein Fressanfall definiert als Verzehr einer Nahrungsmenge innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, wobei die Menge der aufgenommenen Nahrung eindeutig größer sein muss als die Menge, die die meisten Menschen innerhalb des gleichen Zeitraumes und unter vergleichbaren

Umständen zu sich nehmen würden. Im Zusammenhang mit den Essanfällen stellt der Kontrollverlust ein weiteres Diagnosekriterium dar. Um die Diagnose Bulimia nervosa zu stellen wird gefordert, dass Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen mindestens 2- mal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auftreten müssen. Das DSM-IV unterscheidet bei der Bulimia nervosa zwischen dem *Purging-Typ* mit regelmäßigen Laxantienabusus oder selbst induziertem Erbrechen und einem *Nicht-Purging-Typ*.

Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach DSM-IV (ICD-10:F50.2)

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

Purging-Typus:

Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

Nicht-Purging-Typus:

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

Abbildung 2: Störungsbild und Klassifikation der Bulimia nervosa nach DSM-IV

1.1.3 Binge-Eating-Störung

Als Binge-Eating Störung werden Syndrome klassifiziert, bei denen regelmäßige Essanfälle entsprechend bei der Bulimia nervosa beschriebenen Kriterien auftreten. Die Heißhungeranfälle müssen im Durchschnitt mindestens an 2 Tagen pro Woche über sechs Monate auftreten. Bestimmte Verhaltensweisen, die als Zeichen beeinträchtigter Kontrolle gelten, z.B. schnelleres Essen als normalerweise, Essen bis zu einem bestimmten Völlegefühl, Essen großer Mengen, ohne hungrig zu sein, allein Essen, Gefühle von Ekel, Traurigkeit oder Schuld nach dem Essen sind weitere geforderte Kriterien. Im Vergleich zur Bulimia nervosa werden keine gegensteuernden Maßnahmen zur Gewichtszunahme ergriffen und dementsprechend sind die meisten Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung übergewichtig.

Forschungskriterien für die Binge-Eating-Störung nach DSM-IV (ICD-10:F50.9)

- A. Wiederholte Episoden von Fressanfällen. Eine Episode von Fressanfällen ist durch beide der folgenden Kriterien charakterisiert:
 - 1. Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. in einem zwei-stündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
 - 2. Das Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode, z.B. ein Gefühl, dass man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst.
- B. Die Episoden von Fressanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
 - 1. wesentlich schneller essen als normal,

- 2. essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
 - 3. essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt,
 - 4. alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,
 - 5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C. Es besteht deutliches Leiden wegen der Fressanfälle .
- D. Die Fressanfälle treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche für sechs Monate auf.
- E. Die Fressanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher, z.B. Purging-Verhalten, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Abbildung 3: Störungsbild und Klassifikation der Binge-Eating-Störung nach DSM-IV

1.2 Epidemiologie von Essstörungen

Unzufriedenheit mit Figur und Gewicht, gezügeltes Essverhalten und Heißhungeranfälle, also Symptome gestörten Essverhaltens, sind in der Normalbevölkerung relativ weit verbreitete Phänomene. Besonders bei Frauen in der Adoleszenz bzw. im jungen Erwachsenenalter sind diese Erscheinungen häufig zu finden: zwei Drittel dieser Population führen Maßnahmen zur Gewichtsregulation durch, halten chronisch Diät und ca. jede fünfte Frau berichtet, gelegentlich (ca. einmal im Monat bis einmal pro Woche) an Heißhungeranfällen zu leiden. Vollständig ausgebreitete klinische Syndrome sind sehr viel weniger verbreitet und entsprechend unterschiedlich. In Abhängigkeit von den verwendeten Störungsdefinitionen, diagnostischen Erfassungsmethoden und untersuchten Populationen, gestalten sich die berichteten Inzidenz - und Prävalenzraten .

Einer aktuellen Übersichtsarbeit zufolge variiert die Inzidenz der Anorexia nervosa von 0,1 pro 100.000 Einwohner in einer frühen Studie aus Schweden bis 12,0 in methodisch sehr aufwendigen Studien aus Holland bzw. den USA (Rastam, Gilberg, van Hoeken & Hoek, 2004). Die Prävalenzraten der Anorexia nervosa schwanken bei jungen Frauen im Alter von 14 - 20 Jahren zwischen 0,2 % und 0,8 %, wenn ein zweistufiges Vorgehen (Screening gefolgt von klinischem

Interview) zugrunde gelegt wird.

Aggregierte Prävalenzraten der Bulimia nervosa liegen neueren methodisch hochwertigen Studien zufolge bei ca. 1 % (Fairburn & Beglin, 1990; Rastam, Gilber, van Hoeken & Hoek, 2004). Das Verhältnis von Frauen und Männern beträgt für die Anorexie 10 : 1 und für die Bulimie etwa 20 : 1. Bei der Anorexia sowie der Bulimia nervosa gibt es Anzeichen für einen Anstieg der Raten insbesondere in jüngeren Kohorten 15 - 24 Jahre (Rastam et al., 2004)

Bei übergewichtigen Personen, die an Gewichtsreduktionsprogrammen teilnehmen, beträgt die Prävalenzrate für die Binge-Eating-Störung ca. 30 %, bei der Allgemeinbevölkerung wurde eine Prävalenz von 2 % gefunden. Frauen sind ca. 1,5- mal häufiger betroffen als Männer (de Zwaan, 2002).

1.3 Verlauf und Prognose von Essstörungen

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, beginnen Essstörungen meist in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter, der überwiegende Anteil der Störungen wird vor dem Alter von 25 Jahren diagnostiziert (Woodside & Garfinkel, 1992).

Die mit der Pubertät und Adoleszenz einhergehenden Veränderungen im Körperaufbau und Gewicht stellen besondere Risikoperioden für die Entstehung von Essstörungen dar.

Dementsprechend liegt der Erkrankungsgipfel für Bulimia nervosa bei 18 - 19 Jahren und bei der Anorexia nervosa etwa 2 - 3 Jahre früher, obgleich auch zweigipflige Verteilungen mit Häufigkeiten im Alter von 14,5 und 18 Jahren berichtet wurden (Fombonne, 1995; Halmi, Casper, Eckert, Goldberg & Davis, 1979). Bei der Hälfte der Betroffenen mit Binge-Eating-Störung treten die ersten Essanfälle unabhängig von Diäten oder restriktivem Essverhalten bereits in der frühen Pubertät auf, um das 11./12. Lebensjahr. Die vollständigen Kriterien der Binge-Eating-Störung werden zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr erreicht. Bei Betroffenen, die zuerst Diät halten, beginnen die Essanfälle deutlich später, im Alter von um die 25 Jahre (de Zwaan, 2002).

Langfristig gesehen muss die Prognose der Anorexia nervosa nach wie vor als relativ ungünstig eingeschätzt werden. Einer neueren Übersichtsarbeit zufolge liegt die Mortalitätsrate der Störung bei ca. 5 % (Schwankungen zwischen 1,2 % und 12,8 %) und ist damit unter den psychischen Erkrankungen am höchsten (Steinhausen, 2002).

Von den verbleibenden Patientinnen können ca. 47 % langfristig, d. h. nach ca. 4 - 10 Jahren, als geheilt angesehen werden, 33 % als gebessert, während ca. 20 % einen chronischen Verlauf

nehmen.

Ein jüngeres Alter bei Erkrankungsbeginn, eine kürzere Erkrankungsdauer sowie histrionische Persönlichkeitszüge gelten als prognostisch günstige Merkmale für die Anorexia nervosa. Als prognostisch ungünstig gelten das Vorliegen von Heißhungeranfällen, Erbrechen, längere Krankheitsdauer bzw. Chronizität der Erkrankung sowie ein besonders niedriges Gewicht zu Beginn der Behandlung und erhöhte Zwanghaftigkeit bzw. das Vorliegen einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung (Steinhausen, 2002).

Der Krankheitsverlauf bei der Bulimia nervosa ist insgesamt als deutlich günstiger einzuschätzen. Zwischen 50 % und 75 % der Patientinnen remittieren langfristig vollständig bzw. erfüllen nicht mehr die Kriterien einer Essstörung. Ungefähr 30 % sind teilweise remittiert bzw. nehmen einen mäßigen Verlauf ca. 20 - 30 % erfüllen noch die Kriterien einer Essstörung. Die Beurteilung von prognostischen Merkmalen des kurz – und langfristigen Verlaufes ist bei der Bulimia nervosa sehr schwierig. Jedoch steht fest, dass eine Vorgeschichte von Substanzmissbrauch und erhöhte Impulsivität als prognostisch ungünstige Merkmale einzuordnen sind.

Bei den meisten Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung scheinen sich im Langzeitverlauf unterschiedliche Therapieansätze als günstig zu erweisen. So erfüllen ein Jahr nach Therapieende zwischen 60 % und 80 % nicht mehr die Diagnosekriterien für eine Binge-Eating-Störung (Raymond, de Zwaan, Mitchell, Ackard & Thuras, 2002; Peterson et al., 2001). Eine weitere Untersuchung konnte sogar eine Remissionsrate von 80 % sechs Jahre nach stationärer Therapie feststellen (Fichter, Quadflieg & Gnutzmann, 1998). Diese Befunde lassen die Hypothese zu, dass es sich bei der Binge-Eating-Störung möglicherweise um eine gutartige Störung mit eventuell schwankendem Verlauf handelt, die zur Spontanremission neigt.

1.4 Ätiologie von Essstörungen

Die klassischen Störungsmodelle, zum Beispiel kognitiv-behaviorale, psychodynamische oder biologische Modelle, können derzeit die Entstehung von Essstörungen nicht überzeugend vorhersagen. So findet sich, wie bei anderen psychischen Erkrankungen auch, häufig der Hinweis auf eine multifaktorielle Bedingtheit der psychischen Erkrankung. Im Rahmen dieses komplexen biopsychosozialen Modells ist der Grad der empirischen Absicherung für die einzelnen bedingenden Faktoren sehr unterschiedlich. Oftmals bleibt auch die Frage des zeitlichen Auftretens der Faktoren im Verhältnis zum Beginn der Essstörung unberücksichtigt. Deshalb muss

davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl der postulierten Risiko – und Ätiologiefaktoren eher Korrelate oder Folgen der Essstörung sind. Nach einer kurzen Definition, was unter Risikofaktoren zu verstehen ist, wird anschließend ein Überblick über bereits empirisch abgesicherte Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen gegeben, um abschließend das wohl bedeutsamste kognitiv-verhaltenstherapeutische Störungsmodell für die Behandlung von Essstörungen darzustellen.

Risikofaktoren werden definiert als Faktoren, für die zum einen ein signifikanter und klinisch relevanter Zusammenhang mit der Erstmanifestation der Erkrankung sowie zum anderen ein Vorliegen vor Erkrankungsbeginn nachgewiesen werden kann (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen & Kupfer, 1997).

Jacobi und Neubert (2005) identifizieren in ihrem Überblick über Risikofaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen von Essstörungen eine nicht-asiatische ethnische Zugehörigkeit als festen Marker, das heißt als unabänderlichen Risikofaktor. Weiterhin stellten sich Komplikationen während der Schwangerschaft, Geschlecht, frühkindliches Essverhalten, Fütter – und gastrointestinale Störungen, Beschäftigung mit Gewicht und Figur, negative Selbstbewertung und sexueller Missbrauch sowie andere ungünstige Erfahrungen und allgemeinspsychiatrische Krankheiten als wesentliche Risikofaktoren heraus.

1.4.1 Risikofaktoren für Anorexie und Bulimie

Von Anorexia und Bulimia nervosa sind vor allem Frauen betroffen, Männer bislang nur in jedem zehnten Fall. Die Bulimie tritt in städtischen Gebieten häufiger auf als in ländlichen, bei der Anorexie ist die Befundlage nicht eindeutig (Favaro et al., 2003; Hoeck et al., 1995). Als Risikogruppen gelten neben Models auch Sportler und Tänzer. Schon fünfjährige Mädchen, die Sportarten betreiben, bei denen die Figur eine große Rolle spielt (z.B. Ballett, Eiskunstlauf), haben größere Gewichtssorgen als ihre Altersgenossinnen (Davison et al., 2002). Während Frauen besonders bei Wettkampfsportarten, die einen schlanken Körper voraussetzen (z.B. Gymnastik, Eiskunstlauf und Langstreckenlauf) einem hohen Risiko ausgesetzt sind, Symptome einer Essstörung zu entwickeln, erhöhen für Männer Sportarten wie Bodybuilding oder Ringen diesbezüglich die Gefährdung. Übergewicht scheint keine direkten Auswirkungen auf eine spätere Essstörungsproblematik zu haben, jedoch erhöht es den erlebten Schlankheitsdruck, die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und die Bereitschaft, sich Diäten zu unterziehen (Stice,

2002). Der vor allem in den westlichen Ländern herrschende Druck schlank zu sein sowie die Internalisierung des Schlankheitsideals haben sich als kausale Risikofaktoren für die Bulimia nervosa erwiesen. Ebenfalls sagt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper spätere Essstörungssymptome voraus und trägt weiterhin dazu bei, diese aufrechtzuerhalten. Die These, dass vor allem Magersucht gehäuft in höheren Bildungsschichten auftritt, ist mittlerweile umstritten (Gard & Freeman, 1996). Favaro et al. (2003) fanden keine Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit verschiedener Essstörungen und Bildungsstand sowie sozialer Schicht.

1.4.2 Risikofaktoren für die Binge-Eating-Disorder

Risikofaktoren für die BED lassen sich bislang weniger gut identifizieren. Im Unterschied zur Anorexie und Bulimie betrifft diese Störung zu 25 % Männer (Fairburn & Harrison, 2003), rund ein Drittel der Betroffenen ist adipös. Extremes Übergewicht tritt vor allem in sozialen Unterschichten auf. Allerdings gibt es bislang keine Hinweise auf spezifische demographische Merkmale oder auf familiäre Häufung.

1.4.3 Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungsmodell

Dieses Modell, das kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen zugrunde liegt, geht davon aus, dass andauernde Nahrungsrestriktion und einseitiges Essverhalten mit Meidung spezifischer, höher kalorischer und kohlenhydratreicher Nahrungsmittel eine wesentliche Bedingung sowohl für die Entstehung als auch für die Aufrechterhaltung von Essstörungen darstellt. Ein meist verzerrtes Gewichtsideal, d.h. die Patientin setzt sich selbst eine unrealistisch niedrige Gewichtsgrenze, kommt meist hinzu. Vor allem junge Frauen mit niedrigem Selbstwertgefühl und eingeschränkten sozialen bzw. interpersonellen Fertigkeiten neigen dazu, ihrer Figur und ihrem Aussehen eine besonders hohe Bedeutung beizumessen und aufgrund dessen ihre Nahrungsaufnahme stärker zu reduzieren. Kognitive Einflüsse spielen neben dem verzerrten Gewichtsideal ebenfalls eine große Rolle bei der Auswahl und Menge der erlaubten Nahrungsmittel. Eine Verletzung dieser selbst aufgestellten Regeln – oftmals ausgelöst durch Gefühle von Traurigkeit, Ärger, Wut, Enttäuschung oder Anspannung – führt zum kurzfristigen Durchbrechen des chronischen Diätverhaltens bzw. zu einem Fressanfall, meist gefolgt von kompensatorischen Verhaltensweisen, um die drohende Gewichtszunahme zu verhindern.

Kurzfristig ist dieses Verhalten spannungs-, angstreduzierend und wird dadurch von den Betroffenen erleichternd erlebt, langfristig jedoch entstehen verstärkte Schuldgefühle, depressive Stimmung und eine weitere Verschlechterung des Selbstwertgefühls.

1.5 Behandlung und aktueller Stand der Therapieforschung bei Essstörungen

Die heutigen Therapien für Essstörungen gehen zweigleisig vor. Zum einen versuchen sie, das pathologische Essverhalten, das die Gesundheit der Patientinnen bedroht, so rasch wie möglich zu korrigieren und zum anderen wird an den umfassenderen psychologischen und situativen Faktoren, die zum gestörten Essverhalten führen und es aufrechterhalten (Scherman & Thompson), gearbeitet. Dabei dient die Eingangsphase der Behandlung immer der Diagnosesicherung, der Identifikation komorbider Störungen, dem Erfassen von medizinischen Risiken, sowie der Therapie – und Veränderungsmotivation.

1.5.1 Stand der Therapieforschung und Behandlung von Anorexia nervosa

Die Beurteilung der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung von Anorexia nervosa wird durch den gravierenden Mangel an kontrollierten Studien sowie eine Vielzahl von methodischen Schwierigkeiten in den vorhandenen Studien erheblich erschwert (Jacobi, Dahme & Rustenbach, 1997). Die zusätzliche Anwendung kognitiver Techniken zur Korrektur der verzerrten Einstellungen und Überzeugungen brachte gegenüber einem eher behavioral orientierten Vorgehen in einer Studie einen geringen Vorteil (Channon, de Silva, Hemsley & Perkins, 1989). Eine neuere Untersuchung verglich psychoanalytische Fokaltherapie mit kognitiv-analytischer Therapie, Familientherapie und Routinebehandlung jeweils über die Dauer eines Jahres. Die spezifischen Behandlungen waren im Hinblick auf die Gewichtssteigerung der Routinebehandlung weit überlegen. Weitere neue Studien konzentrieren sich stärker auf die Aspekte der Motivationseinschätzung bzw. Veränderungsbereitschaft ohne das sich bislang positive Effekte abzeichnen konnten (Treasure et al., 1999).

Den größten Teil kontrollierter Studien zur Behandlung der Anorexia nervosa nehmen zur Zeit familientherapeutische Ansätze ein. Dabei erwies sich dieses Vorgehen nur bei Patientinnen, deren Erkrankung vor dem Alter von 19 Jahren begonnen und maximal 3 Jahre gedauert hat, gegenüber der Einzeltherapie kurz – und langfristig überlegen.

Die Bewertung der Effekte kontrollierter Studien zur Pharmakotherapie bei der Anorexia nervosa ist ähnlich schwierig wie die Bewertung der psychotherapeutischen Verfahren (Jacobi, Dahme & Rustenbach, 1997; Thiel, 1997). Die Effekte der verschiedenen untersuchten Medikamente (Antidepressiva, Neuroleptika, Cyproheptadide, etc.) sind überwiegend schwach bis nicht nachweisbar. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse der pharmakologischen Studien mit unterschiedlichen Medikamenten, dass Pharmakotherapie nicht als vorrangige Behandlungsmethode bei anorektischen Patientinnen eingesetzt werden sollte, da sie keinen bedeutsamen Einfluss auf die Steigerung des Gewichtes, der spezifischen Einstellungen zu Körper und Gewicht und der Stimmung hat.

1.5.2. Stand der Therapieforschung und Behandlung der Bulimia nervosa

Im Gegensatz zur Anorexia nervosa existieren für die Bulimia nervosa zahlreiche kontrollierte Studien zu psychotherapeutischen, pharmakotherapeutischen sowie zu kombinierten Therapieansätzen. Fasst man die Ergebnisse aller psychotherapeutischen Behandlungsansätze aus kontrollierten Studien zusammen, so sind etwa 61% der Patientinnen zum Therapieende symptomfrei bezogen auf die Heißhungerattacken und 51 % bezogen auf Erbrechen. Darüber hinaus kommt es zu einer Reduktion von Heißhungerattacken und Erbrechen um durchschnittliche 76 % (Jacobi et al, 1997). Langfristig zeigt sich die interpersonale Psychotherapie, die ursprünglich aus der Depressionstherapie stammt (Klermann & Weismann, 1984) und mittlerweile für Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung (Agras et al., 2000; Fairburn et al., 1995; Wifley et al., 1993) adaptiert worden ist, als ähnlich wirksam wie die kognitive Verhaltenstherapie. Eine erste kleinere Studie mit dialektisch-behavioraler Therapie, die die emotionale Dysregulation als zentrales Problem bulimischer Patientinnen betont, fand ebenfalls ermutigende Effekte (Safer, Telch & Agras, 2001). Bezogen auf die Pharmakotherapie der Bulimia nervosa hat sich von den verschiedenen Medikamenten (Antikonvulsiva, Opiatantagonisten, Lithium, etc.) nur die Gruppe der Antidepressiva bewährt (Jacobi, Dahme & Rustenbach, 1997; Thiel, 1997). Zusammengefasst erzielen pharmakologische Behandlungen mit Antidepressiva jedoch deutlich geringere Effekte als die verhaltenstherapeutische Behandlung und insbesondere die bisher kaum nachgewiesene Langzeitwirkung, die Nebenwirkungen sowie höhere Drop-out-Raten lassen die Nachteile der Pharmakotherapie erkennen. Inzwischen liegen verschiedene Studien vor, in denen ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen in Form eines

Selbstbehandlungsmanuals für bulimische Patientinnen als alleinige Therapieform bzw. als Vorstufe einer, falls notwendig, nachfolgenden therapeutengeleiteten kognitiven Verhaltenstherapie eingesetzt worden ist (Carter et al., 2003; Schmitdt & Treasure, 1993; Treasure et al., 1996). Die Effekte dieser Selbstbehandlung fallen zwar geringer aus als die der Verhaltenstherapie, dennoch erreicht ein nicht zu unterschätzender Anteil an bulimischen Patientinnen dadurch Symptommfreiheit. Erste Erfahrungen mit entsprechenden Manualen und begleitender Kurzzeittherapie liegen inzwischen auch im deutschsprachigen Raum vor (Bailer et al., 2004; Thiels et al., 1998).

1.5.3 Stand der Therapieforschung und Behandlung der Binge-Eating-Störung

Aufgrund des oftmals vorhandenen Übergewichts ergibt sich bei Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung oftmals die Notwendigkeit einer Gewichtsreduktion neben der Reduktion der Heißhungeranfälle sowie dadurch entstehender psychischer Beeinträchtigungen. Daneben existieren eine Reihe von verschiedenen psychologischen und pharmakologischen Behandlungsansätzen. Psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung der Binge-Eating-Störung sind vorrangig von Ansätzen zur Behandlung der Bulimia nervosa abgeleitet und adaptiert. Die Normalisierung des Essverhaltens steht hierbei im Vordergrund. Am häufigsten wurden bislang kognitiv-behaviorale Verfahren überprüft, wobei sich diese – ebenso wie die interpersonale Therapie – als wirksam bei der Reduktion von Heißhungeranfällen erwiesen. Ähnlich wie bei der Behandlung der Bulimia nervosa kommen bei der Behandlung der Binge-Eating-Störung vor allem Antidepressiva zum Einsatz.

1.6 Resümee

Historisch gesehen handelt es sich bei der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung um neuere Störungsbilder, dennoch ist der Kenntnisstand über Risikofaktoren und zu effizienten Behandlungsmethoden umfangreicher und die Prognose ist besser einzustufen als bei der Anorexia nervosa. Bei allen drei Störungsbildern ist das Wissen über das Zusammenwirken längsschnittlich gesicherter Risikofaktoren über die verschiedenen Entwicklungsperioden sowie über das Zusammenwirken von Faktoren auf biologischer und psychosozialer Ebene noch sehr

begrenzt. Während bei adoleszenten anorektischen Patientinnen ein Vorgehen, das die Familie mit einbezieht, die Methode der Wahl zu sein scheint, ist dies für ältere Patientinnen bzw. junge Erwachsene weit weniger klar. Dagegen sind bei bulimischen Patientinnen und Patientinnen mit einer Binge-Eating-Störung kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze die Maßnahmen erster Wahl. Pharmakologische Ansätze mit Antidepressiva zeigen eine etwas geringere Wirksamkeit, vor allem langfristige Effekte sind noch weitgehend ungesichert. Generell besteht ein großes Defizit darin, dass praxisbezogene Wirksamkeitsstudien fehlen, die auch flexible Konzepte berücksichtigen und langfristig eine Alternative zu der in Deutschland überwiegend praktizierten stationären Behandlung mit oftmals unzureichender ambulanter Nachversorgung darstellen.

Teil B - Klinische Psychologie und Internet

1 Internet als neues Medium in der Klinischen Psychologie

Durch die Weiterentwicklungen in der Technologie hat sich das Medium Internet zu dem mächtigsten und differenziertesten Informations- und Kommunikationsmedium weltweit entwickelt. Die Benutzerzahl des Internet steigt kontinuierlich und exponentiell an, so dass es nicht verwunderlich ist, dass sich das Internet in fast allen beruflichen Branchen etabliert hat.

Das Internet als Informations- und Kommunikationsmedium gewinnt auch in der Klinischen Psychologie vor allem im Bereich der psychosozialen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Die Vielzahl der durch das Internet und spezifische technische Systeme vermittelten Dienstleistungen wird unter dem Begriff *electronic health* („e-Health“) subsumiert (Tautz, 1998; Eysenbach, 2001; Bauer, Golkamnaray & Kordy, 2005; Jähn & Nagel, 2005); in Bezug auf psychische und psychosomatische Störungen wurde die Bezeichnung „e-mental-Health“ (Bauer, Golkamnaray & Kordy, 2005) abgeleitet.

In welchem Zusammenhang ist nun das Medium Internet mit dem Teilbereich der Psychologie, der Klinischen Psychologie, zu betrachten? Die Effekte und Einflüsse des Internets auf die klinische Psychologie fassen Eichenberg & Ott, (2003) in vier Themenkomplexen zusammen:

- I. Das Internet als Informationsmedium, das sowohl Laien, Professionelle, Betroffene oder Interessierte kostenlos nutzen können, um sich über Entstehungs- und Behandlungsbedingungen von psychischen Erkrankungen zu informieren;
 - II. das Internet als Kommunikationsmedium, mit dessen Hilfe bestimmte Bestandteile des klinisch-psychologischen Interventionsprozesses, sowie der Austausch unter Kollegen, unterstützt werden kann;
 - III. Untersuchung von Internetnutzung auf menschliches Verhalten mit Focus auf klinisch-psychologisch relevante Aspekte;
 - IV. das Internet als Forschungsmedium, um Daten und Befunde zu spezifischen klinisch-psychologischen Fragestellungen zu erhalten.
-

Das Internet ermöglicht sowohl Laien als auch Professionellen Zugang zu einer Vielzahl von Informationen über psychische Störungsbilder und Erkrankungen, sowie deren Entstehungsbedingungen, Verlauf und Therapiemöglichkeiten.

Das Internet wird jedoch nicht nur als Informationsmedium zum Datenaustausch und zur Gewinnung von Informationen genutzt, sondern dient vorrangig der Kommunikation. Unter computervermittelter Kommunikation wird jede Form menschlicher Kommunikation subsumiert, die unter Verwendung von Computern stattfindet. Nach Döring (2003) wird zwischen asynchroner und synchroner computervermittelter Kommunikation unterschieden. Bei der asynchronen Form werden in sich abgeschlossene monologische Botschaften verfasst, die an einen Empfänger gesendet werden. Die Kommunikation erfolgt zeitlich versetzt. Zu dieser Form der Kommunikation gehören E-Mail, Mailinglisten sowie Internetforen. Synchrone Dienste hingegen erfordern die Anwesenheit beider Gesprächspartner und haben dialogischen Charakter. Beispiele für synchrone Kommunikationsformen sind Chatsysteme, Internet-Telefonie oder Videokonferenzen (Döring, 2003).

Computer- und internetbasierte Programme verfügen über ein enormes Potenzial klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention effektiv und kostensparend zu ergänzen (Ott, 2003). Um das tatsächliche therapeutische Potential internetbasierter Interventionsangebote bestimmen zu können, ist es notwendig, kommunikationstheoretische und sozialpsychologische Betrachtungen der computervermittelten Kommunikation als therapeutisches Medium in die empirischen Überlegungen einzubeziehen (Döring, 2003).

Unter dem Begriff internetbasierte Interventionsangebote (IBI) werden sämtliche Formen professioneller, psychologischer Unterstützung bei der Bewältigung von psychischen, psychosomatischen oder sozialen Problemen zusammengefasst, die über das Medium Internet durchgeführt werden, d. h. ausschließlich unter Anwendung von computervermittelten Kommunikationsmodalitäten (Bastine, 1992; Ott, 2003; Rochlen, Zack, & Speyer, 2004). Internetbasierte Interventionen können beispielsweise als moderierte Gruppenchats, einmalige, SSL-verschlüsselte Online-Beratungen, längerfristige begleitende Email-Kontakte oder multimodale Therapieprogramme realisiert werden. Viele dieser Angebote wurden für ambulante oder stationäre Patienten entwickelt (Yager, 2001; Wolf et al., 2005) andere Interventionsmethoden wurden als niederschwellige Angebote konzipiert, die für eine breite Zielgruppe offen sind (Grunwald & Busse, 2003; Grunwald & Wesemann,

2007; Wesemann & Grunwald, 2008).

Die Vielfaltigkeit der Anwendung internetbasierter Interventionsangebote und deren Vorkommen in verschiedenen multimedialen Formen wurde von Grunwald (2008) in nachfolgender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 1: Spektrum internetbasierter Interventionsangebote; Grunwald 2008, S. 11.

Zielstellung	Prävention	Behandlung	Rehabilitation	Selbsthilfe	Beratung
Zielgruppe	Störungsübergreifend			Störungsspezifisch	
Theoretische Grundlagen	Kognitiv-Behavioral	Behavioral	Klienten-zentriert	Psycho-dynamisch	Edukativ
Setting	Zeitlich begrenzt			Sukzessiv	
Kommunikationsmodalität	Gruppenkommunikation			Individualkommunikation	
Kommunikationsform	Asynchron			Synchron	
Medium	Email	Foren	Chat	Video	Webbasiert

Wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist, unterscheiden sich die internetbasierten Interventionsangebote hinsichtlich der Zielstellung, der Zielgruppe, den theoretischen Grundlagen, dem Setting, der Kommunikationsmodalität bzw. – form und dem genutzten Medium. Zum Einsatz kommen internetbasierte Interventionsangebote in der Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Selbsthilfe und Beratung psychischer Störungen. Bezüglich der Zielgruppen wird zwischen störungsübergreifenden Interventionen, das sind zum Beispiel Trainingsprogramme wie das Stressbewältigungstraining für Familienstress (Hänggi, 2006) und störungsspezifischen Interventionen, z. B. depressiven Störungen (vgl. Andersson et al., 2005; Patten, 2003), unterschieden. Die theoretischen Grundlagen basieren auf kognitiv-behavioralen, behavioralen, klientenzentrierten, psychodynamischen oder edukativen Modellen. Das Setting internetbasierter Interventionsangebote kann unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet werden. An dieser Stelle wird zwischen zeitlich begrenzten und sukzessiven Angeboten unterschieden. Dabei umfassen zeitlich begrenzte Angebote sämtliche Interventionen, die für einen bestimmten, abgegrenzten Zeitraum geplant und durchgeführt werden. Sukzessive Angebote sind durch ihre Bedarfsorientierung

gekennzeichnet. Bei internetbasierten Beratungsangeboten handelt es sich ausnahmslos um sukzessive Angebote, da sie über lange, nicht festgelegte Zeiträume stattfinden. In Anlehnung an Eichenberg, (2004) und Döring, (2003) erfolgte eine Unterteilung in Gruppen- und Individualkommunikation sowie synchronen und asynchronen Kommunikationsformen. Als Medium für internetbasierte Interventionen eignen sich E-Mails, Foren, Chat und Videokonferenzen.

Die Anzahl internetbasierter Interventionsangebote im Bereich der psychosozialen Gesundheitsversorgung steigt kontinuierlich, was auf einen großen Bedarf, sowie auf Akzeptanz und positive Bewertung seitens der Patienten und Professioneller schließen lässt. Das Internet verfügt über ein enormes Potential zur schnellen, kostengünstigen, unkomplizierten sowie orts- und zeitunabhängigen Gewinnung von gesundheitsbezogenen Informationen. Es stellt sowohl für Klienten als auch für Professionelle eine bedeutsame und klinisch relevante Ressource dar (Eichenberg & Ott, 2002). Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder psychischen Hemmschwellen profitieren besonders von den Möglichkeiten, die das Medium Internet bereitstellt (Eichenberg, 2004a). Golkaramnay et. al. (2003) betonen die Überwindung von Problemen des Alltags, wie zum Beispiel schlechte Verkehrsanbindungen oder das Fehlen von lokalen Angeboten in ländlichen Gegenden, die die Integration vieler Patienten in das lokale Versorgungsnetz erschweren. Als Überbrückung von Versorgungslücken innerhalb des psychosozialen Versorgungsnetzwerkes nehmen internetbasierte Angebote einen besonderen Stellenwert ein (Barak, 1999; Grunwald & Wesemann, 2006a; Kordy, 2004; Wesemann & Grunwald, 2008).

2 Theorien zur Medienwahl – Modelle der computervermittelten Kommunikation

Das Medium Internet wird nicht nur zur Informationsgewinnung und zum Datenaustausch genutzt, sondern dient vorrangig der Kommunikation. Unter dem Aspekt eines therapeutischen Einsatzes von computervermittelter Individualkommunikation (per E-Mail und/oder Chat) im klinischen Bereich, müssen die Besonderheiten dieser mediatisierten Kommunikationsform berücksichtigt werden. Diese Besonderheiten bzw. einzelnen Aspekte der computervermittelten Kommunikation (cvK) werden in einer Reihe von Theorien aufgegriffen und lassen sich in drei zentrale Themenkomplexe unterteilen: Theorien zur Medienwahl, Theorien zu Medienmerkmalen und Theorien zum medialen

Kommunikationsverhalten. Diese Theorien beziehen sich hauptsächlich auf textbasierte Online-Kommunikation und werden nachfolgend vorgestellt:

Theorien zur Medienwahl:

1. *Rationale Medienwahl*: Im beruflichen und privaten Alltag werden die Menschen mit unterschiedlich anspruchsvollen sachlich-inhaltlichen und sozial-emotionalen Kommunikations- und Kooperationsaufgaben konfrontiert, für deren Realisierung uns diverse Kommunikationsmedien, wie z.B. Face-to-Face-Kommunikation, Chat und E-Mail, zur Verfügung stehen. Eine Medienwahl ist rational getroffen, wenn in einer konkreten Situation das Medium gewählt wird, das den sachlichen und sozialen Anforderungen der Kommunikationsaufgabe am besten gerecht wird
2. *Normative Medienwahl*: Diese Theorie besagt, dass die Medienwahl stark durch soziale Normen beeinflusst wird (v. a. im organisationalen Kontext, wenn z.B. aufgrund von Medieneinstellungen von Vorgesetzten oder aus Prestige Gründen bestimmte Medien gewählt werden müssen).
3. *Interpersonale Medienwahl*: Laut dieser Theorie müssen individuelle Entscheidungen zur Medienwahl nicht nur mit den sozialen Normen harmonisieren, sondern auch auf das konkrete Gegenüber abgestimmt sein. Der Erfolg der medialen Kommunikation wird davon bestimmt, wie es den Aktionspartnern gelingt, sich aufeinander einzustellen und die Medienpräferenzen des Gegenüber zu beachten.

Theorien zu Medienmerkmalen:

1. *Kanalreduktionsmodell* (Mettler-von Meibom, 1994): In diesem Modell wird postuliert, dass bei medialer Kommunikation die meisten Sinneskanäle und Handlungsmöglichkeiten fehlen und aufgrund dieses Informations- und Aktionsverlustes der zwischenmenschliche Austausch verarmt.
 2. *Filtermodell* (Kiesler, Siegel & McGuire, 1984): Laut diesem Modell werden bei einer textbasierten Online-Kommunikation vor allem Hintergrundinformationen bezüglich sozialer Kategorien (z.B. Alter, Geschlecht usw.) herausgefiltert. Dies führt zu einer kommunikativen Enthemmung. Diese Enthemmung kann sowohl sozial erwünschte Effekte (z.B. soziale Unbefangenheit und verstärkte Selbstoffenbarung) hervorrufen, aber andererseits können dadurch auch Probleme (z.B. Regellosigkeit und Egozentrismus) auftreten.
-

-
3. *Digitalisierungs-Modell*: Dieses Modell konzentriert sich nicht auf die Kommunikation, sondern auf das technische Datenformat und dessen Möglichkeiten sowie die daraus resultierenden Probleme für den Nutzer. Als Beispiel wird genannt, dass sich durch die schnellere Erreichbarkeit soziale Netzwerke verdichten, aber auch Stress und Überlastung entstehen können.

Theorien zum medialen Kommunikationsverhalten

1. *Modell der sozialen Informationsverarbeitung* (Walther, 1992): Dieses Modell besagt, dass die medialen Einschränkungen der textbasierten cvK durch das Nutzungsverhalten kompensiert werden. So werden z.B. Emotionen nicht ausgeblendet, sondern in einer Art Metasprache einfach anders dargestellt (z.B. durch die Verwendung von „Emoticons“ – kleine über die Tastatur zu realisierende Piktogramme, die emotionale Zustände indizieren (☺ ☹)).
2. *Imaginations- und Konstruktions-Modell*: Laut diesem Modell werden Informationslücken, die bei cvK auftreten, als spezifische Vorteile betrachtet. Diese Lücken evozieren bei der interpersonalen Wahrnehmung verstärkt Fantasiebilder, so dass die Kommunikation oftmals als besonders anregend und wohltuend empfunden wird (Döring, 2003b). Neben der kommunikationsförderlichen Imagination wird auch der Aspekt der Konstruktion eines bestimmten Selbstbildes hervorgehoben. Durch die medienbedingte Beschränkung der Sinneskanäle treten Äußerlichkeiten in den Hintergrund. Daher können Selbst-Aspekte in den Vordergrund gerückt werden, die in Face-to-face-Kontakten oft unberücksichtigt bleiben.
3. *Modell der Netzkultur* (z.B. Wetzstein et al., 1995): In diesem Modell werden die Besonderheiten der cvK als Resultat der Interessen, Werte und Wissensbestände der NutzerInnen betrachtet. Somit sind neben Normen zur Medienwahl auch soziale Verabredungen hinsichtlich der Kommunikationsregeln, ihrer Sanktionierung sowie der präferierten Kommunikationsinhalte für das Kommunikationsverhalten ausschlaggebend (Döring, 2003b).

Bei der Überprüfung internetbasierter Interventionsangebote können laut Döring (2003b), die beschriebenen Theorien als Anhaltspunkt genutzt werden, inwieweit die in den einzelnen computervermittelten Theorien genannten Randbedingungen Berücksichtigung

fanden. Vor allem in der älteren Literatur (z.B. Volpert 1985, Mettler-von Meibom, 1994) geäußerte Bedenken gegenüber computervermittelter Kommunikation, konnte durch die Theorien zum medialen Kommunikationsverhalten relativiert werden. Der am häufigsten genannte Kritikpunkt, die Reduktion vieler Sinneskanäle bei der textbasierten cvK (Kanalreduktionsmodell), insbesondere das Fehlen nonverbaler Hinweisreize, die Gefühle und deren Entstehung aufzeigen, wurde vor allem von professionellen Helfern kritisiert. Durch das Modell der sozialen Informationsverarbeitung von Walther (1992) konnte diese Verarmungsannahme entkräftet werden, da die Annahme besteht, dass Emotionalität innerhalb der medialen Kommunikation durch eine Art Metasprache ausgedrückt wird (beispielsweise mit Hilfe von „Emoticons“ (Heller, 2002).

Beispiele: :-) = fröhlich lachend

:(= traurig, ärgerlich

3 Merkmale des Internets und die daraus resultierenden Vor- und Nachteile für internetbasierte Informations- und Beratungsangebote

Das Medium Internet ist unter bestimmten technischen Voraussetzungen mit sehr geringem Aufwand nutzbar, was durch folgende günstige Merkmale erläutert werden kann. Das Internet bietet die Möglichkeit, sich sehr schnell Zugang zu aktuellen Informationen verschiedener Lebensbereiche zu verschaffen. Dabei ist die Informationssuche anonym und kann schnell und flexibel gestaltet werden.

Für internetbasierte Informations- und Beratungsangebote ergeben sich aus den genannten Merkmalen des Internets:

- Aktualität
- Anonymität
- Flexibilität
- Schnelligkeit

sowohl Vorteile als auch Nachteile, die auch im Zusammenhang der Besonderheiten computervermittelter Kommunikation zu betrachten sind. Der Literatur können folgende Vorteile der Internetkommunikation entnommen werden: Grunwald (2003) zählt die Anonymität der Internetkommunikation, die Schnelligkeit des Informationsaustausches, Zeit – und Ortsunabhängigkeit der Kommunikationsteilnehmer sowie den geringen finanziellen

Aufwand für die Aufrechterhaltung der Kommunikation zu den Vorteilen. Heller (2002) fügt zusätzlich die Planbarkeit hinzu, da aufgrund der Asynchronität via E-Mail der Umfang und Zeitpunkt der Kommunikation besser geplant werden kann. Die computervermittelte Kommunikation weist neben einer Vielzahl positiver Eigenschaften auch negative Konsequenzen auf. Dazu gehören:

- die zeitliche Verzögerung (Asynchronität) kann zu Interpretationsproblemen bzw. Kontaktabbruch führen können
- rasch ändernde Gefühlslage der „Gesprächspartner“ kann nicht adäquat kommuniziert werden
- technische Probleme
- Fehlen nonverbaler Hinweisreize
- Fehlen einer konzeptionellen, theoretischen und empirischen Basis für internetbasierte Interventions- und Beratungsangebote

Trotz der beschriebenen Nachteile der computervermittelter Kommunikation, zeigen Evaluationsstudien bereits bestehender Internetprojekte, wie zum Beispiel dem ab-server (ein Informations- und Beratungsserver für Patienten mit Essstörungen und deren Angehörige), dass internetbasierte Beratungsangebote von Betroffenen und deren Angehörigen akzeptiert und positiv bewertet werden (Grunwald, 2003).

Vor allem die niederschwellige, anonyme Kommunikation ermöglicht es den Betroffenen, Angst und Scham zu überwinden und internetbasierte Beratungsangebote zu nutzen. Solche Angebote kommen insbesondere den Bedürfnissen folgender Zielgruppen entgegen:

- Personen, die den schriftlichen Ausdruck ihrer Probleme bevorzugen;
 - Personen, die sich eine herkömmliche Beratung oder Therapie finanziell nicht leisten können;
 - Personen, die in der beraterischen Beziehung zunächst ein gewisses Maß an Distanz behalten wollen;
 - Personen, die in Regionen mit schlechter psychosozialer Infrastruktur leben und lokal keinen Berater erreichen können;
 - Personen mit körperlichen Behinderungen, die eine herkömmliche Beratung oder Therapie nicht in Anspruch nehmen können;
 - Personen, die eine Beratung außerhalb des Netzes ins Auge gefasst haben, aber zunächst unverbindlichen Kontakt aufnehmen wollen (Eichenberg, 2003, S. 195).
-

4 Bedarf, Nutzen und Effektivität von internetbasierten Hilfsangeboten im Bereich Essstörungen

Betrachtet man die komplexen und elementaren Zusammenhänge zwischen der klinischen Psychologie und dem Internet, ergibt sich für den Störungsbereich der Essstörungen die Fragestellung, welchen Stellenwert das Medium Internet hier einnimmt.

Die Implementierung internetbasierter Interventionsangebote für Essstörungen wird im Wesentlichen durch drei Argumente gestützt: (1) dem besonderen Bedarf dieser Zielgruppe, (2) der Akzeptanz dieser Angebote durch die Zielgruppe und (3) den Spezifika der internetvermittelten Kommunikation (Wesemann, 2008).

Essstörungen wie Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Adipositas und Binge-Eating-Disorder sind insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitete, zum großen Teil chronisch verlaufende psychische Erkrankungen, wobei die Mortalitätsrate aufgrund von Magersucht oder deren Folgeerkrankungen auf 10 bis 15 Prozent geschätzt wird (Hoeck, 2006).

Betroffene von Essstörungen sind eine der größten Zielgruppen internetbasierter Interventionen (Ott, 2003), da aufgrund ihres Geschlechts (weiblich) und Alters (im Durchschnitt 15 - 35 Jahre) das Medium Internet für essgestörte Patientinnen zum Alltag gehört (Eichenberg, 2004).

Des Weiteren gehen Essstörungen regelmäßig mit Scham- und Schuldgefühlen und infolgedessen mit einem hohen Maß an sozialer Isolation einher (Fairburn & Harrison, 2003). Dies ist ein Hauptgrund, warum internetbasierte Interventionsangebote besonders stark von Patientinnen mit Essstörungen akzeptiert werden, da die Anonymität, die für Betroffene von Essstörungen von immenser Bedeutung ist, im Internet gewährleistet werden kann (Wesemann, 2008).

Hinzu kommt, dass trotz spezialisierter Präventions- und Therapieprogramme, sowie der zunehmenden Thematisierung der Gefahr von Essstörungen in den Medien, der Erfolg von Interventionen kritisch eingeschätzt wird (Fairburn & Harrison, 2003).

Stationäre Therapien von Anorexia und Bulimia Nervosa, sowie anderen Essstörungen verlaufen weitgehend erfolgreich, jedoch ist insbesondere die Aufrechterhaltung des

Therapieerfolges schwierig (Jacobi, 2005). Gerade Patienten/innen mit rezidivierenden Erkrankungen wie z.B. Essstörungen oder anderen Suchterkrankungen haben ein hohes Rückfallrisiko innerhalb der ersten poststationären Wochen. Ein Hauptgrund dafür liegt an einem Mangel an effektiven Nachbehandlungsmöglichkeiten (Kordy, 2004). Oft ist der Übergang in ambulante Weiterbehandlung wegen zu langer Wartezeiten nicht gewährleistet (Kordy, 2004).

Es ist festzustellen, dass im Bereich der Essstörungen bereits verschiedene internetbasierte Präventions- und Behandlungsangebote existieren. Das Spektrum reicht von einmaligen Beratungsangeboten (Grunwald & Wesemann, 2007; Wesemann & Grunwald, 2008), kognitiv-behavioralen Selbsthilfeprogrammen (Carrard et. al., 2006; Ljotsson et.al., 2006), moderierten Gruppenchats (Heinicke et.al., 2007; Zabinski et.al., 2004) bis hin zu multimodalen Präventionsprogrammen, z.B. das Programm „Student Bodies“ (Celio et.al., 2000; Winzelberg et.al., 2000; Jacobi et al., 2007).

Die nachgewiesenen Effekte internetbasierter Interventionen im Bereich der Essstörungen fasst Wesemann, (2008) wie folgt zusammen: Evaluationen und Effektanalysen dieser Angebote zeigten günstige Wirkungen, z.B. die Verbesserung des Körperselbstbildes der Betroffenen (Winzelberg et. al., 2000), die Reduktion emotionaler Belastungen (Zabinski et. al., 2004) und die Erhöhung der Akzeptanz weiterführender Interventionen (Robinson & Serfaty, 2003; Grunwald & Wesemann, 2006; Wesemann & Grunwald, 2008).

Das Potential internetbasierter Interventionsangebote, die Lücken im psychosozialen Versorgungsnetzwerk bei der Prävention, Behandlung und vor allem Rehabilitation von Essstörungen schließen zu können, ist an dieser Stelle hervorzuheben.

Um den Stellenwert internetbasierter Interventionsmethoden im Rahmen klinisch-psychologischer Diagnostik und Intervention besser einordnen zu können, erfolgen an dieser Stelle einige grundsätzliche Anmerkungen zu Richtlinien und Therapiezielen bei der Behandlung von Essstörungen.

Essstörungen stellen ein multifaktorielles Krankheitsgeschehen dar und erfordern demzufolge ein multimodales Behandlungsmodell, dass Ernährungsberatung, individuelle psychotherapeutische Behandlung und Familienberatung oder -therapie umfasst (Wittchen & Hoyer, 2006). Bei den psychotherapeutischen Methoden haben sich besonders die kognitiv-behaviorale Therapie und psychodynamische Verfahren als effektiv erwiesen Hay & Bacaltchuk, (2001); Herpertz-Dahlmann et al., (2000). Zu den wesentlichen Therapiezielen

gehört neben der Entwicklung eines Problembewusstseins in Bezug auf gestörtes Essverhalten auch das Erkennen zugrundeliegender Dynamik der Störung. Beides stellt die Grundlage zum Erreichen und Stabilisieren des Normalgewichtes, verbunden mit dem Erlernen von normalem Essverhalten, dar. Eine weitere Aufgabe der Therapie, ist die Korrektur negativer und falscher Körperwahrnehmung essgestörter Patientinnen. Um einen nachhaltigen Therapieerfolg zu erreichen, ist es notwendig, diejenigen Faktoren, die bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Essstörung beteiligt sind, aufzudecken und zu behandeln.

Im Allgemeinen ist aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht die Behandlung von Essstörungen sehr schwierig und mit hohen Abbruch- und Rückfallquoten belastet (Fairburn, 2003). So ist nur für ein Drittel der Patientinnen ein nachhaltiger Erfolg nachweisbar (Ben-Tovim et al., 2001). Dabei stehen die Therapiechancen bei bulimischen deutlich besser als bei anorektischen Patientinnen, da bei Betroffenen dieser Störung der Leidensdruck deutlich höher ist. Atypische Essstörungen, die Chronifizierung der Erkrankung und/oder begleitende Persönlichkeitsstörungen stellen weitere Hindernisse für den Therapieerfolg dar (Fairburn & Harrison, 2003; Ben-Tovim et al., 2001). Zu welchem Zeitpunkt und Stadium der Erkrankung die Intervention einsetzt, ist somit für den weiteren Verlauf und die Heilungschancen der Essstörung von großer Bedeutung. An dieser Stelle ist das Potential niederschwelliger, internetbasierter Informations- und Beratungsangebote hervorzuheben, mit denen präventive, therapeutische und rehabilitative Aspekte der klinisch-psychologischen Intervention bei Essstörungen unterstützt und ergänzt werden können.

5 Nutzung und Akzeptanz von internetbasierten Hilfsangeboten im Bereich Essstörungen auf Seiten der Betroffenen und deren Angehörigen

Einige Zeit nach der Bereitstellung internetbasierter Informations- und Beratungsangebote im Bereich Essstörungen wurden erste Nutzeranalysen und Evaluationsstudien dazu durchgeführt. Dies sollte Aufschluss darüber geben, welche Personengruppen und mit welcher Intention diese niederschwelligen, internetbasierten Beratungsangebote genutzt wurden. Des Weiteren sollte geprüft werden, welche Auswirkungen die internetbasierten Beratungsangebote auf die Nutzer hatten. Die vorliegenden Evaluationsstudien verschiedener Beratungsangebote, werden nachfolgend kurz inhaltlich beschrieben.

Zu Beginn soll die Nutzeranalyse des Informations- und Beratungsservers für Patienten mit Essstörungen und deren Angehörige (*www.ab-server.de*) vorgestellt werden. Im Rahmen dieser Evaluationsstudie ermittelten Grunwald & Busse (2003), dass die Online-Beratung des *ab-servers*, bei der bis zum Untersuchungszeitpunkt 619 Anfragen eingingen, hauptsächlich von weiblichen Betroffenen (54.1 %) genutzt wurde. Aus dieser Stichprobe gaben von den Probandinnen nur 68 nach eigenen Angaben an, bereits wegen ihrer Essstörung in Behandlung gewesen zu sein. Die meisten Anfragen wurden von Betroffenen mit Bulimia nervosa (63 %) gestellt. Des Weiteren haben auch männliche Betroffene (2.1 %), Verwandte/Bekannte (31.8 %) sowie Interessierte und Professionelle (10.8 %) das Beratungsangebot wahrgenommen. Die Inhalte der Anfragen wiesen folgende Inhalte auf: Verhaltenshinweise, Sachfragen, Angaben zu Therapieeinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Vereine und Beratungsstellen sowie Zusendung von Informationsmaterial und Forschungsergebnissen. Grunwald & Busse schlussfolgern aufgrund der Daten, dass das E-Mail-Beratungsangebot des *ab-servers* von Betroffenen mit Essstörungen und deren Angehörigen genutzt und akzeptiert wird. Leiberich et al. (2004) untersuchten das Internetportal *hungrig-online* hinsichtlich seiner Nutzergruppen sowie deren Beratungsanliegen und die Effekte der Beratung. Dabei wurden folgende Ergebnisse erhoben: die 432 Teilnehmer der Onlinebefragung waren überwiegend weiblich (97 %) und die meisten litten an Anorexia (39 %) und Bulimia nervosa (34.5 %). Das Beratungsanliegen war unter anderem durch den Wunsch, Informationen über Symptome von Essstörungen zu erhalten, Optionen zur Selbsthilfe zu erhalten, geeignete therapeutische Angebote in Erfahrung zu bringen und in Austausch mit anderen Betroffenen treten zu können. Als Effekte wurden verzeichnet, dass 38 % der Befragten angaben, sie würden Heilungsfortschritte auch auf die Nutzung des Portals zurückführen. 57.1 % der Betroffenen, die seit über drei Jahren an einer Essstörung litten und das Portal länger als zwei Jahre nutzten, hatten eine ambulante Psychotherapie begonnen. Auf der Grundlage weiterer Untersuchungen konnte bei 39.7 % dieser Personengruppe eine vollständige Remission der Essstörung verzeichnet werden. Allerdings berichteten auch 31.7 % der Befragten von einem erneuten Rückfall. Nicht nur die Evaluationsstudien verdeutlichen die rege Nutzung von Internetportalen im Bereich Essstörungen, sondern auch deren Statistiken zur Nutzungshäufigkeit. Leiberich et al. (2004) berichten, dass das Portal *hungrig-online* durchschnittlich pro Monat 1.645 Besuche und täglich 41.700 Seitenaufrufe registriert.

Die vorgestellten Studien und deren Ergebnisse zeigen, dass internetbasierte Hilfsangebote im Bereich Essstörungen von den Betroffenen und deren Angehörigen relativ häufig genutzt werden. Auf der Grundlage dieser Resultate kann man auf eine relativ hohe Akzeptanz dieser internetbasierten Beratungsangebote schließen. Im Rahmen dieser Überlegungen, werden im nachfolgenden Kapitel die theoretischen Grundlagen, methodische Ansätze sowie wichtige Interventionsansätze und -methoden der Online-Beratung vorgestellt.

II Theoretische Grundlagen

Teil C – Online-Beratung

1 Einleitung

Mit dem explosiven Anstieg der Internetnutzer wächst auch der Anteil derer, die sich im Internet über gesundheitliche Themen informieren. Laut Khorrami (2002) nutzen etwa 40 Prozent der Internetnutzer regelmäßig das Internet, um sich online über Themen aus dem gesundheitlichen Sektor zu informieren. Die Forscher der Public Health- & Prevention-Studie des Heidelberger Instituts für Medizinmarketing (2002) kommen zu dem Ergebnis, dass sich sogar etwa 80 % der 16- bis 63-Jährigen mindestens einmal im Monat über Gesundheitsthemen im Internet informieren.

Wie bei den meisten technologischen und medialen Innovationen wird auch beim Internet die Frage nach mutmaßlichen Gefahrenpotentialen häufig aufgegriffen (te Wildt, Putzig, Zedler & Ohlmeier, 2007). Annahmen, nach denen das Internet pathologische Verhaltensweisen verstärken kann, werden lauter. In Hinblick auf inhaltliche Aspekte liegt der Fokus auf der *„fragliche[n] Kultivierung pathologischer Neigungen wie aggressive Impulse, Pädophilie und Suizidalität in entsprechenden Foren“* (te Wildt et al., 2007, S. 318). Weiterhin wird der Überlegung nachgegangen, ob das Internet im Sinne einer stoffungebundenen Sucht abhängig machen kann.

Das Internet wird aber auch gezielt zur Gesundheitsförderung eingesetzt, wie etwa durch die Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Informationsseiten zu verschiedensten Themen, aber auch zur Durchführung von Interventionen. Waren diese Angebote bis in die 90er Jahre noch rar, existiert aktuell bereits eine Fülle weiterer internetbasierter Interventionsformen, die sehr innovativ unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht werden, z.B. webbasierte oder emailbasierte Beratungen, Online-Therapien, internetbasierte Programme zur angeleiteten Selbsthilfe, Videokonferenzen, Einzel- und Gruppenchats, Forenmoderationen, Interventionen in virtuellen Realitäten uvm. (einen Überblick gibt David, 2002). Inhaltlich richten sich diese Angebote an unterschiedliche Zielgruppen. So wurden Programme zu psychischen und psychosomatischen Störungen (z.B.

Angststörungen, Essstörungen, Depressionen, Posttraumatischem Stresssyndrom, Adipositas; für einen Überblick (siehe Ott, 2003), zu körperlichen Erkrankungen (z.B. Diabetes), speziell für Jugendliche (z.B. das Beratungsangebot für Jugendliche der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.), und für stressbelastete Familien entwickelt (siehe z.B. Hänggi, 2006). David (2002) zählte etwa 20 private, kostenpflichtige Online-Beratungsangebote im deutschsprachigen Raum, die allerdings im Gegensatz zu honorarfreien Angeboten großer Träger (z.B. Telefonseelsorge, Pro Familia, Beratungsnetz etc.) weit weniger intensiv genutzt werden. Aufgrund der großen Fluktuation ist eine genaue Bestandsaufnahme der derzeitigen Angebotslandschaft kaum möglich.

Die Merkmale des Internet (Aktualität, Anonymität, Flexibilität und Schnelligkeit) bringen sowohl positive als auch negative Konsequenzen für die Nutzung internetbasierter Informations- und Beratungsangebote. Diese Vor- und Nachteile können aus den spezifischen Merkmalen des Internets und der computervermittelten Kommunikation abgeleitet werden (siehe Abschnitt II.8).

Zum besseren Verständnis erfolgt an dieser Stelle eine kurze Begriffsklärung, was im Kontext der Online-Beratung unter Intervention zu verstehen ist.

„Unter klinisch-psychologischer Intervention werden sämtliche Formen professioneller psychologischer Unterstützung bei der Bewältigung vorwiegend psychischer, aber auch sozialer und körperlicher Beeinträchtigungen und Störungen zusammengefasst“.

(Bastine, 1992).

Das professionelle Vorgehen beinhaltet, dass zwei Voraussetzungen erfüllt sein müssen:

- die klinisch-psychologische Intervention basiert auf wissenschaftlichen Grundlagen (das jeweilige Vorgehen steht im Einklang mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und ist durch diese begründbar)
 - die ethische Vertretbarkeit der vorgesehenen Ziele und der eingesetzten Methoden ist gegeben. Zusammengefasst kann man Interventionen als geplante und gezielt eingesetzte Maßnahmen, um Störungen vorzubeugen (Prävention), sie zu beheben (Intervention) oder deren negative Folgen einzudämmen (Rehabilitation), bezeichnen.
-

2 Allgemeine Kennzeichen von Beratung

Angesichts der Vielfalt von Beratungsformen erscheint es sinnvoll, die wesentlichen Elemente professioneller psychosozialer Beratung zusammenzufassen. Im Folgenden sollen einige Prinzipien formuliert werden, die für alle Beratungskonzepte – unbeschleunigt der theoretischen Ausrichtung – gelten sollten (vgl. Warschburger: „Beratungspsychologie“). Beratung sollte:

- *vertrauensvoll sein*: Die Vertraulichkeit der Klient-Berater-Beziehung spielt eine zentrale Rolle für das Beratungsgeschehen und ist ein wesentliches Element professioneller Beratung. Sollte die Vertraulichkeit nicht gegeben sein, ist dies transparent zu machen.
 - *theoretisch fundiert sein*: Das Vorgehen, das zur Lösung des Problems angestrebt wird, sollte auf Theorien (z.B. zur psychosozialen Entwicklung, zur Entstehung von Konflikten in Arbeitskontexten oder adaptiven vs. Maladaptiven Stressreaktionen) beruhen.
 - *evidenzbasiert sei*: Die eingesetzten Techniken und Strategien in der Beratungssituation sollten aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Lösung des der Beratung zugrunde liegenden Problems entsprechen. Dies schließt mit ein, dass für das gewählte Vorgehen und die herangezogene Theorie empirische Belege vorliegen sollten.
 - *problem- und lösungsorientiert sein*: Problemorientierung beinhaltet, dass eine Konzentration auf die als problematisch erlebte Situation, die damit in Zusammenhang stehenden auslösenden und kausalen Bedingungen sowie deren Konsequenzen erfolgt. Beratung konzentriert sich auf das Hier und Jetzt. Die Beratung darf aber nicht bei der Analyse des Problems stehen bleiben, sondern soll ganz bewusst mögliche Problemlösungen in den Vordergrund rücken.
 - *ressourcenorientiert sein*: Jede Analyse der Problemsituation sollte auch die jeweiligen Ressourcen der Person und ihrer Umwelt mit berücksichtigen. Die Analyse der Ressourcen sollte über das konkrete Problem hinausgehen und andere Bereiche beinhalten, die dem Klienten verdeutlichen, über welche – u. U. kompensatorischen Ressourcen er verfügt.
 - *Handlungskompetenzen aufzeigen und erweitern*: Ein wesentliches Ziel von Beratung ist
-

es, das Selbsthilfepotential der Ratsuchenden zu stärken, zu erweitern oder gar aufzubauen. Die Betroffenen sollen nicht nur in die Lage versetzt werden, das aktuell anstehende Problem zu lösen, sondern auch ähnlich gelagerte Probleme in der Zukunft .

- *partizipativ gestaltet sein*: Es geht in vielen Fällen nicht nur darum, dass auf Seiten des Klienten Informationsdefizite oder fehlerhafte Informationen bestehen, sondern v.a. psycho- soziale Faktoren die Lösung des Problems behindern. Im kommunikativen Austausch zwischen Ratsuchenden und Berater bemühen sich beide gemeinschaftlich um eine Problemlösung. Die aktive Rolle des Klienten wird in der Beratung sehr stark betont. Damit zeichnet sich zugleich ab, dass besondere Anforderungen an den Klienten gestellt werden: Er muss eine gewisse Reflexionsfähigkeit besitzen und in der Lage sein, die gemeinsam erarbeiteten Schritte zur Lösung oder Linderung der Problemlage in die Realität umzusetzen.
 - *planvoll sein*: Beratung ist ein prozesshaftes Geschehen. Dabei kann zwischen der Mikrostruktur (= Ablauf einer konkreten Beratungssitzung) und der Makrostruktur (= Ablauf der gesamten Beratung über u. U. mehrere Termine) des Beratungsgeschehens unterschieden werden. Der Ablauf ist damit nicht dem Zufall überlassen, sondern die einzelnen Schritte bauen auf einander auf.
 - *zielgerichtet sein*: Herausgearbeitet wird mit dem Klienten die Bearbeitung eines (oder gestuft mehrerer) Problems (Probleme). Das weitere Vorgehen richtet sich dann nach dieser Vorgabe.
 - *klientenspezifisch (zielgruppenspezifisch) und differenziert sein*: Die konkreten Inhalte und Methoden der Beratung müssen dem Klienten und der Fragestellung angepasst werden, generell ist entwicklungspsychologischen Aspekten (betrifft v. a. die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, aber auch mit älteren Menschen) Rechnung zu tragen.
 - *die Lebenswelt der Betroffenen berücksichtigen*: Das bedeutet, dass der Berater genauestens eruieren muss, welche Barrieren, aber auch Ressourcen in der unmittelbaren (z.B. Familie), aber auch mittelbaren (z.B. Schule, Arbeitsstelle) Umwelt vorliegen, die zur Aufrechterhaltung des Problems, aber auch zu dessen Lösung beitragen können. So weit möglich, sollten zentrale Personen aus dem Umfeld direkt in die Arbeit einbezogen werden.
-

-
- *interdisziplinär sein*: Ein wesentliches Bestimmungsstück von Beratung ist die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, sei es konkret in einem multiprofessionellen Team, oder aber in Form einer Zusammenarbeit mit anderen Hilfseinrichtungen.
 - *qualitätskontrolliert sein*: Das bedeutet, dass die Wirksamkeit der Beratungsarbeit überprüft wird. Die evaluative Begleitung der eigenen Arbeit sollte den wissenschaftlichen Standards genügen und quantifizierbar sein.
 - *offen für neue Formen der Beratung sein*: Unsere Gesellschaft unterliegt einem ständigen Wandel, was neue Anforderungen an die Beratungsarbeit mit sich bringt (s. z.B. neue Erkrankungen; andere Bevölkerungsgruppen). Darüber hinaus ermöglicht der technologische Fortschritt aber auch immer wieder neue Formen der Kommunikation, die berücksichtigt werden sollten. Zu denken ist hierbei an das Internet oder die Mobiltechnologie. Auch hier gilt, dass die Effektivität und Effizienz dieser neuen Angebotsstruktur stets empirisch geprüft werden sollte.
 - *niedrigschwellig sein*: Beratungen sollten –gerade auch in Abgrenzungen zu psychotherapeutischen Angeboten – eine niedrige Schwelle für die Inanspruchnahme aufweisen. Dies bedeutet nicht nur eine strukturelle Anbindung in sozialen Brennpunkten, sondern auch Formen der aufsuchenden Hilfeleistung zu realisieren.

Nachdem die allgemeinen Merkmale psychosozialer Beratung dargelegt wurden, folgt im nächsten Abschnitt eine Erläuterung spezifischer Besonderheiten der Online-Beratung.

3 Grundlegende Merkmale und Besonderheiten von Online-Beratung

Auch wenn bereits ausgereifte Beratungsprogramme für synchrone Kommunikation (Chat), Videokonferenzen oder andere innovative Formen existieren, gehört die textbasierte, asynchrone Online-Beratung zu den gängigsten Formen in der Beratungspraxis. Die folgenden Ausführungen zu den wichtigsten Charakteristika der Online-Beratung beziehen sich vor allem auf diese Angebotsform.

3.1. Technische Voraussetzungen

Bedingt durch die Nutzung moderner Kommunikationstechnologien, ist die Bereitstellung von Online-Beratungsangeboten auch an die Schaffung technischer Voraussetzungen und

Standards gebunden. Die Wahl der Technik hat dabei eine direkte Auswirkung auf die Qualität der Beratung selbst, da die Beratungsverläufe und Interventionsmöglichkeiten von der Technik mitbestimmt werden (Wenzel, 2006). Oberstes Kriterium bei der Online-Beratung ist die Einhaltung aktueller Datenschutzrichtlinien, wonach so wenig Daten wie möglich zu erheben und verschlüsselt zu senden sind sowie von den Möglichkeiten der Anonymisierung und Pseudoanonymisierung Gebrauch zu machen ist (Bundesdatenschutzgesetz, 1990; Weichert, 2005). Die technischen Voraussetzungen, die für die Online-Beratung notwendig sind, sollten so gestaltet sein, dass keine Barrieren bei der Inanspruchnahme der Beratungsleistung entstehen. Auch Ratsuchende, die keine ausgeprägten Kenntnisse des Internet besitzen oder Sehprobleme haben, sollten ein Online-Beratungsangebot wahrnehmen können. Daraus folgt, dass auch die Abläufe zum Angebot einfach, intuitiv eingängig und leserfreundlich gestaltet werden sollten.

3.2 Überprüfbarkeit

Ein wesentlicher Vorteil textbasierter Beratung ist, dass die Antwort des Beraters sorgfältig vorbereitet und mehrfach korrigiert werden kann, bevor sie an den Ratsuchenden verschickt wird. Die vom Online-Berater verfasste Antwort kann gespeichert und somit sowohl auf Seiten des Beraterteams als auf Seiten des Ratsuchenden auch nach langer Zeit, detailliert nachvollzogen werden. Dieses Vorgehen ermöglicht dem Online-Berater auch langfristig, den gespeicherten Beratungsvorgang zu analysieren, ggf. supervidieren zu lassen oder zur Rückmeldung und Konfrontation einsetzen zu können. Der Beratungsprozess wird dadurch erleichtert, denn die Gefahr von Missverständnissen bei der Erinnerung an zurückliegende Beratungseinheiten wird reduziert. Zusätzlich können die Beratungstexte als Grundlage für sorgfältige Qualitätssicherungsprozesse genutzt werden. Vor diesem Hintergrund ist insbesondere in der schriftsprachlichen Kommunikation darauf zu achten, ethische Regeln einzuhalten.

3.3 Datenschutz

Im Zusammenhang mit textbasierter Beratung ist in besonderem Maß die Frage des Datenschutzes zu berücksichtigen. Seriöse Online-Beratung vollzieht sich demnach

webbasiert und SSL -verschlüsselt, da das Versenden von E-Mails nicht sicher ist und sowohl in Deutschland, Österreich und der Schweiz nicht unter das Briefgeheimnis fällt. Online-Berater in Deutschland sind gemäß § 203 StGB verpflichtet, mit personenbezogenen Daten sorgfältig umzugehen. Insbesondere E-Mail-Anfragen stellen offene Formen dar, die auch mit einfachen Mitteln von Drittpersonen eingesehen werden können. Obwohl viele Ratsuchende in ihrer Beratungsanfrage hochpersönliche Daten übermitteln, ist vielen von ihnen dieses Problem noch nicht bewusst. Es gehört daher zu den Aufgaben des Beraters, auf dieses Problem aufmerksam zu machen und gesicherte Verbindungen für den Beratungsprozess vorzuhalten. Die Möglichkeit der Abrufbarkeit der Beratungstexte vom Computer ist ebenfalls vielen Ratsuchenden nicht bewusst. Auch seitens der Berater muss der vertrauliche Umgang mit den Beratungstexten gewährleistet werden, indem im Vorfeld die Bedingungen einer sicheren Speicherung und Weiterleitung von Anfragen geschaffen werden.

4 Spezielle Interventionsmethoden und Therapieansätze in der Online-Beratung

4.1 Die psychologische Methode - Spiegelung -

Diese Technik basiert auf Konzepten der Humanistischen Psychologie und wurde auf der Basis klientenzentrierter Gesprächstherapie nach C. Rogers begründet. Der Berater versucht dabei, die Perspektive des Ratsuchenden einzunehmen und die aktuelle Lebens-, Gefühls- und Problemlage des Betroffenen zu erkennen und wieder zu geben. Diese Methode erfordert ein hohes Maß an empathischen Fähigkeiten, unbedingter Achtung der Betroffenen und einen sensiblen Umgang mit den Anfragetexten der Ratsuchenden. Mit Hilfe der Spiegelung wird das Anliegen der Betroffenen durch die Online-Berater inhaltlich strukturiert und generiert und die Basis für eine Überleitung in die nachfolgenden Interventionen geschaffen. Auf Seiten der Klienten entsteht durch eine „richtige“ Spiegelung der Eindruck in ihrer Problemlage verstanden und ernst genommen zu werden und bei der Bewältigung der Probleme durch die Online-Beratung professionelle Unterstützung zu erfahren. Da beim schriftsprachlichen Austausch in der Online-Beratung auch Missverständnisse auftreten können, wird dem Ratsuchenden auch signalisiert, auf welche Inhalte und Anliegen der Anfrage sich der Online-Berater hauptsächlich bezieht. Zusätzlich

kann eine Spiegelung, eine Steigerung des Selbstwertgefühls bewirken, da der Ratsuchende in seinem aktiven Problemlöseverhalten gestärkt wird. Eine erhöhte Veränderungsbereitschaft für die folgenden Interventionen kann so induziert werden. Folgende Zielstellungen lassen sich für die Spiegelung im Rahmen der Online-Beratung zusammenfassen:

- Hilfe bei der Strukturierung des Problems;
- Verständigungsgrundlage über das Problem;
- Feedback für Ratsuchenden, in seiner Problemlage ernst genommen zu werden;
- Aufbau der Beziehung zwischen Ratsuchendem und Online-Berater;
- Stärkung des Selbstbewusstseins und der Eigeninitiative des Ratsuchenden.

Insbesondere durch letzteres Ziel kann die Spiegelung auch als eine eigenständige, spezielle Interventionsform im Rahmen der Online-Beratung angesehen werden.

4.2 Der Systemische Therapieansatz

Die Systemische Therapie zeichnet sich insbesondere durch einen lösungs- und ressourcenorientierten Interventionsansatz aus. Im Vordergrund steht deshalb, bei den Klienten vorhandene Ressourcen und Stärken sowie Problemlösestrategien zu aktivieren. In der Systemischen Therapie setzt man vor allem Techniken wie das systemische Fragen, Reframing, Metaphernarbeit, Soziogramme oder paradoxe Intervention ein. Welche Bedeutung hat die systemische Therapie für die Online-Beratung und welcher Nutzen ist damit verbunden, wenn Online-Berater auf Anfragen mit schriftlichen Rückfragen reagieren, obschon sie sich nicht sicher sein können, eine Antwort zu erhalten? Die Antwort darauf ist vielschichtig, steht in enger Verbindung zur individuellen Intention des Online-Beraters und ist auf das Anliegen und die individuelle Problematik des Ratsuchenden abgestimmt.

Ein genauerer Blick auf die scheinbar harmlose Methode des Fragens zeigt, dass es sich um eine Form der Intervention handelt, die nicht unterschätzt werden sollte. Entsprechend dem kommunikationstheoretischen Axiom, dass man „*nicht nicht kommunizieren*“ kann (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969), ist es unmöglich, Fragen zu stellen, ohne damit zugleich bei den befragten Personen eigene Ideen anzustoßen. Fragen zu stellen dient demnach nicht nur der Informationsgewinnung, sondern es wird gleichzeitig auch Information geschaffen, da in jeder Frage eine implizite Aussage versteckt ist, die die

gewohnten Sichtweisen von Betroffenen und Angehörigen „in Frage stellt“. Rückfragen dienen innerhalb des beraterischen Prozesses auch dem besseren Verständnis bzw. der Verdeutlichung des Problems, dem Aufbau oder der Aufrechterhaltung eines Beziehungsangebotes zwischen Online-Berater und Ratsuchenden, wenn zum Beispiel in der Anfrage ein deutlicher Hilferuf nach Beziehung durchscheint, sowie der Anregung zur Reflexion und Therapiemotivation.

Des Weiteren kann das Stellen von Rückfragen bei der Strukturierung der Beraterantwort hilfreich sein, insbesondere dann, wenn die Anfrage sehr chaotisch und missverständlich gestellt wurde.

Verschiedene Fragetechniken die zum Einsatz kommen, sind auf einen systemischen, verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologisch fundierten theoretischen Hintergrund zurückzuführen. Ein weiteres fruchtbares Konzept ist der dialogische Ansatz, der in Abschnitt II.10.1 ausführlicher beschrieben wurde.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass mit dem systemischen Fragen in den Beratungstexten an die Ratsuchenden, folgende Zielstellungen durch die Online-Berater verfolgt werden:

- (1) Informationsgenerierung und -spezifizierung;
- (2) Aufbau eines Problembewusstseins hinsichtlich der Erkrankung und Anregung von Selbstreflexion;
- (3) Abbau von Schamgefühlen bzw. Isolation aufgrund der Erkrankung;
- (4) Aufbau eines vertrauensvollen Beziehungsangebotes zwischen Online-Berater und Ratsuchendem;
- (5) Aktivierung vorhandener Ressourcen;
- (6) Motivation und verstärkte Aktivierung zum Aufsuchen hilfreicher Unterstützung.

4.3 Klientenzentrierter Therapieansatz

Jeder professionelle Berater sollte neben fachlichen auch über Kompetenzen in Bezug auf das Beratungsverhalten verfügen. Empathie gehört laut C. Rogers neben Kongruenz und Akzeptanz zu den Basisqualitäten eines jeden Beraters oder Therapeuten (siehe dazu z.B. Rogers, 1994). Unter Empathie versteht er dabei das Vermögen, in die Erfahrungswelt einer

anderen Person einzutauchen und unterschiedlichste Gefühlsbedeutungen empfindsam wahrzunehmen. Empathie meint Verstehen, nichtwertendes Eingehen auf die Person und ihre Empfindungen ohne eigene Maßstäbe anzulegen. Die Beraterbeziehung sollte geprägt sein durch Respekt und würdevollen Umgang mit dem Klienten, sowie aufrichtigem Bemühen um dessen Belange.

Für viele Ratsuchende stellt es eine große Herausforderung und Überwindung dar, in der Anfrage an die Online-Beratung ihre Problemlage zu schildern. Deshalb ist es wichtig, dem Ratsuchenden durch Empathiebekundungen, Verständnis und Respekt für diesen ersten wichtigen Schritt entgegen zu bringen. Im „klassischen“ Beratungsprozess kann ein Berater seine wertschätzende Haltung durch aktives Zuhören, verbale Empathiebekundungen, eine zugewandte, aufmerksame Haltung, Blickkontakt oder Körperkontakt gegenüber dem Klienten zum Ausdruck bringen – im Online-Beratungsprozess muss diese Haltung explizit schriftsprachlich ausgedrückt werden.

Empathiebekundungen in der Online-Beratung werden immer in der Ich-Perspektive des Beraters geschrieben, z. B. *„Es tut mir sehr leid zu lesen...“* oder *„so kann ich Ihre Not doch spüren...“* dies unterstützt den Beziehungsaufbau und signalisiert dem Ratsuchenden, dass er mit seinem Problem nicht allein ist und ernst genommen wird.

Das emotionale Niveau der Anfrage sollte sich dabei in der Beraterantwort widerspiegeln. Wenn ein Ratsuchender sachlich schreibt, Gefühle weder direkt noch indirekt ausdrückt oder nur geringen Leidensdruck äußert, sollte der Online-Berater mit emotionalen Empathiebekundungen zurückhaltender umgehen.

Die Schwierigkeit und besondere Herausforderung für den Online-Berater besteht vor allem darin, dass meist nur wenige Informationen über den Ratsuchenden zur Verfügung stehen und eine adäquate schriftsprachliche Formulierung für die empathische Haltung gefunden werden muss. Empathie im Online-Beratungsprozess kann positiven Einfluss auf folgende Aspekte der Beratung nehmen:

- Verringerung der Anonymität des Online-Kontaktes;
 - Unterstützung und Beschleunigung des Beziehungsaufbaus zwischen Online-Berater und Ratsuchendem;
 - Abbau der sozialen Isolation des Ratsuchenden;
 - Eine positive Erfahrung des Ratsuchenden im ersten Kontakt zu professionellen Helfern unterstützt die Bereitschaft, weitere Hilfsangebote vor Ort aufzusuchen.
-

4.4 Das Informationsverarbeitungsparadigma

Das Informationsparadigma basiert auf dem Konstrukt des Änderungswissens, dass von Kaminski 1970 zur Veranschaulichung und Modifikation des menschlichen Lebens und Verhaltens in die Klinische Psychologie eingeführt wurde. Änderungswissen ist ein Grundprinzip der Intervention mit psychologischen Mitteln und wurde in den folgenden Jahrzehnten zu einer umfassenden Interventionstheorie entwickelt (Grawe, 2000, 2005). Die Bereitstellung oder die selbständige Generierung von Informationen stellt einen Typus von Änderungsprozessen dar. Teilaspekte sind dabei Rückmeldung, Überzeugen oder Deuten. Die psychologische Grundlage für diese Änderungsprozesse ist das Informationsverarbeitungsparadigma der Persönlichkeit, das das Individuum als ein Information verarbeitendes System sieht (Strack & Deutsch, 2003). Es wird für die Interventionstheorie dadurch nutzbar, dass es nicht ausschließlich die Prozesse betrachtet, sondern auch die damit in Zusammenhang stehenden stabilen, prozessrelevanten Eigenschaften wie das Selbstkonzept oder das Selbstwertgefühl mit einbezieht. Selbstkonzepte stellen dabei die jeweiligen Endprodukte der Verarbeitung selbstbezogener Informationen, die der Mensch aus definierten Quellen generiert, dar. Die Selbstkonzepte eines Menschen beinhalten individualtypisches und universelles Wissen über die eigene Person. Dieses Wissen überdauert die aktuelle Situation und schließt alle Erfahrungen, die das Individuum in verschiedenen Lebensbereichen gesammelt hat, ein. Der dabei relevante Prozess, der für den Aufbau, den Wandel oder die Stabilität des hochkomplexen Merkmalsystems Selbstkonzept verantwortlich ist, ist die Informationsaufnahme und – Verarbeitung. Sie stellt eine wichtige Basis für den Veränderungs- bzw. Genesungsprozess eines Individuums dar.

4.5 Grenzen in der Online-Beratung

Die Online-Beratung ist ein anonymes, niederschwelliges Angebot und kann daher nur für umgrenzte Fragestellungen dienlich sein. Eine längerfristige begleitende Beratung kann nicht angeboten und eine Therapie oder Beratung vor Ort nicht ersetzt werden. In der Praxis zeigt sich, dass dieses Prinzip vielen Ratsuchenden explizit verdeutlicht werden muss.

Insbesondere dann, wenn sie sich mit anderen Anliegen an die Online-Beratung wenden oder das Angebot – gerade wenn sie positive Erfahrungen mit „ihrem“ Online-Berater gemacht haben – immer wieder nutzen, um einen längerfristigen Beratungsprozess zu erhalten. Aufgrund dessen ist es notwendig, die begrenzten Möglichkeiten der Online-Beratung klar zu formulieren und dem Ratsuchenden explizit mitzuteilen.

5 Merkmale der Ratsuchenden und der Anfragen bei Online-Beratung

5.1 Spezifische Zielgruppen

Die Vielfalt internetbasierter Beratungsangebote wurde in den letzten Jahren von einer großen Zielgruppe angenommen, dennoch nutzen bei weitem nicht alle potentiellen Ratsuchenden das Medium Internet. Vor allem vergleichsweise jüngere und gut ausgebildete Menschen, für die online zu sein, selbstverständlich geworden ist, nehmen entsprechende Angebote in Anspruch. Die Online-Beratung verlangt vom Ratsuchenden ein gewisses Maß an schriftlicher Ausdrucksfähigkeit, was die Zielgruppe weiter einschränkt.

Online-Angebote sind insbesondere für Personen nützlich, die aufgrund physischer oder räumlicher Hemmnisse eine Beratungsstelle nur schwer aufsuchen können, etwa durch eine Behinderung oder weil im näheren Umfeld kein entsprechendes Angebot vorhanden ist. Das betrifft z.B. Personen in ländlichen Gebieten oder Ratsuchende, die sich vorübergehend im Ausland aufhalten (Ott & Eichenberg, 2003).

Über Mobilitätseinschränkungen hinaus erweisen sich internetbasierte Beratungsangebote aufgrund der breiten Verfügbarkeit für viele Menschen als vorteilhaft. Dazu gehören z.B. Personen mit zeitlichen Einschränkungen aufgrund ungünstiger Arbeitszeiten oder Mütter/Väter, die kleine Kinder zu betreuen, oder Familien- und Erwerbsarbeit zu kombinieren haben. Durch die Asynchronität der Kommunikation während des Beratungsprozesses, ist es möglich, den Beratungsablauf besser an die eigenen Erfordernisse und Bedürfnisse anzupassen. Voraussetzung für die Nutzung von Online-Beratungsangeboten, ist das Wissen innerhalb der spezifischen Zielgruppen, um das Vorhandensein solcher Beratungsangebote. Weiterhin wird eine Online-Beratung auch von solchen Personen in Anspruch genommen, die aufgrund persönlicher oder auch psychischer Hemmnisse zunächst in der Anonymität verbleiben wollen. Für diese Personengruppe stellt eine niederschwellige Online-Beratung

ein gutes Mittel für den Erstkontakt dar (Grunwald & Busse, 2003; Grunwald & Wesemann, 2006; Wesemann & Grunwald, 2008). Die Anonymität sollte demnach für ein Online-Beratungsangebot gewährleistet sein. Darüber hinaus sollten im Vorfeld eines Online-Beratungsangebotes, Formen des Zugangs zur spezifisch angesprochenen Zielgruppe möglichst abgeklärt und entsprechende, zielgruppenbezogene Interventionen geplant werden.

Für einige Personengruppen oder Anfragen sind Online-Angebote nicht oder nur begrenzt geeignet. Um eine differenzierte Diagnose hinsichtlich einer Erkrankung zu erhalten, kann sich ein Patient nicht auf die Aussagen eines Online-Beraters stützen, sondern sollte in jedem Fall professionelle Hilfe vor Ort aufsuchen. Für hochbelastete Personen oder Personen in akuten Krisen sind internetbasierte Beratungsangebote ebenfalls nicht geeignet. Hier ist es dringend erforderlich, diesen Ratsuchenden ein persönliches Gespräch oder einen geeigneten Kontakt ins professionelle Hilfesystem vor Ort zu vermitteln.

5.2 Soziale Enthemmung und Verstärkung neurotischer Tendenzen

Eine Besonderheit textbasierter Beratung ist, dass das Gegenüber für den Schreibenden unsichtbar bleibt. Vor diesem Hintergrund, stellt der Ratsuchende, aber auch der Berater während des Beratungsprozesses ein fiktives Bild des Gegenübers aus den verfügbaren Informationen zusammen. Da diese Informationen unvollständig sind, tendieren manche Menschen, insbesondere mit zugrundeliegenden sozialen und/oder psychischen Störungen dazu, den Beratern Eigenschaften und Absichten zuzuweisen, die diese weder besitzen noch artikuliert haben. Dies kann in der Online-Kommunikation durch das Fehlen des Gegenübers zu sogenannten „sozialen Enthemmungsprozessen“ führen. Beispielsweise Enttäuschungen über eine subjektiv unzureichende Beratungsleistung, können schneller in aggressives Verhalten gegenüber dem unsichtbaren, „bösen“ Berater umschlagen. Auf der anderen Seite ermöglicht diese soziale Enthemmung, dass im Rahmen internetbasierter Beratungsangebote, tabuisierte oder schambesetzte Probleme oder Erkrankungen offener und schneller angesprochen werden, als dies in der Face-to-face-Kommunikation geschehen würde. In Bezug auf die Online-Beratung ist die wichtige Frage zu klären, ob zwischenmenschliche Beziehungen über computervermittelte Kommunikation möglich sind. *„We truly have entered a new age, the age of textrelationships“* (Suler, 2004, S. 19). Bezogen auf

die Qualität von "Text-Beziehungen" besteht sogar die Möglichkeit, dass über Netzkommunikation Beziehungen entstehen, die als positiver und befriedigender erlebt werden, als Beziehungen von Angesicht zu Angesicht (Walther, 1996).

5.3 Besonderheiten der Anfragetexte

Das Formulieren eines persönlichen Problems bzw. eines Anliegens in Textform „stellt eine große Herausforderung für Ratsuchende innerhalb des Beratungsprozesses dar. Dies gilt insbesondere dann, wenn ihre Schreibkompetenz nicht ausgeprägt und die Belastung, unter der sie leiden, sehr hoch ist. So kann es sein, dass die Anfragen an die Online-Berater häufig Fehler hinsichtlich Grammatik und Orthographie aufweisen. Dies kann dazu führen, dass zum Beispiel auf Grund fehlender Satzzeichen, die eigentlich zu beantwortenden Fragen formal nicht als solche zu identifizieren sind. Auch psychische Probleme können dazu führen, dass die eigentliche Anfrage „versteckt“ wird. Knatz (2008) verweist daher auch folgerichtig auf die Notwendigkeit, *„zwischen den Zeilen zu lesen“*. Die Anfragenden verwenden die Implikatur (Grice, 1975) bei der Darstellung ihrer Probleme. Unter einer Implikatur versteht man eine sprachliche Äußerung, bei der ein Bedeutungsaspekt durch den Inhalt übermittelt wird, ohne dass er direkt ausgesprochen wurde. Für den Berater bedeutet das, *„sich über die geschriebenen Worte Gedanken zu machen, sie zu analysieren, den tieferen Sinn zu ermitteln, der sich nicht unmittelbar aus dem Geschriebenen ergibt, sondern nur indirekt durch logische Schlussfolgerung und Interpretation erfolgt* (Knatz, 2008, S. 2).“

Vor allem während der ersten Jahre der Etablierung von Online-Beratungsangeboten wurden diese als „defizitär“ angesehen. Laut der Kanalreduktionstheorie (siehe Abschnitt II Theorieteil B), führt die Online-Kommunikation zu einer Verarmung der Ausdrucksfähigkeit, da sozioemotionale Signale, die häufig nonverbal gesendet werden, in der textbasierten Online-Kommunikation nicht dargestellt werden können. Mit der zunehmenden theoretischen Fundierung der Online-Beratungsangebote, konnte diese Sichtweise nicht mehr aufrechterhalten werden. In der Online-Kommunikation werden Emotionen oder soziale Beziehungen explizit geäußert, wozu auf spezielle Hilfsmittel wie Emoticons und andere Ausdrucksformen der Internetkommunikation zurückgegriffen wird. Die schriftsprachliche Form der Beratung bewirkt, dass Ratsuchende ihr Problem genau formulieren müssen, um in ihrer Problemlage vom Online-Berater richtig verstanden zu

werden. Dies setzt voraus, dass er sich mit dem Problem aktiv auseinandersetzt. Daraus folgt, dass das Schreiben des Anfragetextes selbst, häufig bereits das Resultat eines aktivierten Problemlöseprozesses beim Ratsuchenden darstellt.

6 Konsequenzen für den Berater und den Beratungsprozess

6.1 Beschränkung der Sinneskanäle

Dem Kanalreduktionsmodell (Mettler-von Meibom, 1994) folgend, ist ein Kennzeichen medialer Kommunikation, dass den Kommunikationspartnern nicht alle Sinneskanäle sowie entsprechende Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Dies führt aufgrund des Informations- und Aktionsverlustes zu einer Verarmung der zwischenmenschlichen Austausches. Demzufolge stehen im Rahmen der Online-Beratung, dem Berater nicht alle Sinneskanäle für seine Arbeit zur Verfügung. Er sieht die Person des Ratsuchenden nicht vor sich und kann seine Stimme nicht hören, so dass ihm viele Nuancen der zwischenmenschlichen Kommunikation verschlossen bleiben. Ebenso steht dem Ratsuchenden nur die Schrift, d.h. der digitale Kommunikationskanal, zur Verfügung, um sein Problem auszudrücken, während analoge Kommunikationsmittel (nonverbaler Ausdruck, Körpersprache) nicht zum Einsatz kommen. Vor diesem Hintergrund sind medizinische oder psychologische „Ferndiagnosen“ innerhalb einer Online-Beratung prinzipiell ausgeschlossen.

Der Online-Berater kann nur auf diejenigen Informationen zurückgreifen, die ihm in Schriftform zur Verfügung stehen. Bei weitem nicht alle Ratsuchende stellen ihm dabei persönliche Informationen zur Verfügung, die für eine Face-to-face-Beratung selbstverständlich sind, wie Alter und Geschlecht. Häufig sind solche Informationen nur indirekt an der Art der Formulierung zu erkennen. Grundlage des beraterischen Handelns bleiben jedoch immer die allgemeinen ethischen Maßstäbe und die Qualitätskriterien, die für jeden Beratungsprozess gelten. Der Online-Berater muss die Auswahl der Interventionen – einschließlich sozialer und emotionaler Anteile – an die Schriftform anpassen. Erschwert wird dies durch den Umstand, dass sich die weitaus meisten gängigen Interventionskonzepte an dem Konzept der „Face-to-face“-Beratung orientieren. Während die meisten Berater eine gute Ausbildung im klassischen Beratungssetting besitzen, fehlen

noch weithin Ausbildungen zur spezifischen Online-Beratung.

6.2 Schriftsprachlichkeit

Auch wenn strukturelle Ähnlichkeiten zwischen gesprochener Sprache und der Verwendung geschriebener Sprache im Kontext netzbasierter Kommunikation zu beobachten sind, bleiben doch wesentliche Differenzen zwischen dem mündlichen Dialog und dem „text talk“ (Suler, 2004) unübersehbar und unüberbrückbar. Laut Döring (2000, 2003) ist es nicht notwendig, unterschiedliche Ansätze einer defizitorientierten Sichtweise der computervermittelten Kommunikation wie Kanalreduktion, Herausfiltern sozialer Hinweisreize, rationale, normative oder interpersonale Medienwahl zu bemühen, um festzustellen, dass in der gesprochenen Sprache Qualitäten wie Modulation, Stimmlage und Lautstärke, sowie Körper und Gestik und andere nonverbalen Aspekte der Kommunikation, eine wesentliche Rolle spielen. In der Theorie der sozialen Informationsverarbeitung (Walther, 1992; Döring 2003) ist postuliert, dass die computervermittelte Kommunikation als Schriftkommunikation dies nicht bieten und leisten kann, sondern andere Ausdrucksformen wie Aktionswörter, Emoticons, sowie Beschreibungen und Umschreibungen dessen verwenden muss, was nicht unmittelbar wahrnehmbar ist.

6.3 Gefahr von Missverständnissen

Das Fehlen sozialer Hinweisreize in der Online-Kommunikation kann zu Simulationen und Imaginationen (Döring, 2003) führen. Aufgrund der Tatsache, dass die Anwesenden nicht in Interaktion miteinander treten können, besteht die Gefahr, die entstehenden „Informationslücken“ durch Imagination und Projektion zu schließen. Liegt eine Problemdefinition des Ratsuchenden durch die Textform in komprimierter Form vor, kann dies für den Berater ein Vorteil sein, da das Problem schneller und präziser formuliert wurde, als vielleicht im mündlichen Gespräch. Ist das Gegenteil der Fall und das Kernproblem des Ratsuchenden tritt nur kurz erwähnt in einem Nebensatz auf, kann dies zu Missverständnissen im Beratungsprozess und zu einer Verunsicherung des Ratsuchenden führen. Durch die fehlende Nachfragemöglichkeit ergibt sich für den Berater das Problem, auch bei missverständlichen Problemformulierungen reagieren zu müssen.

Durch den asynchronen Austausch in der Online-Beratung sind zeitliche Verzögerungen nicht selten, die zu einer weiteren Verunsicherung führen können. Wird auf eine Anfrage nicht rasch geantwortet, ist es schwierig zu interpretieren, ob Verständigungsschwierigkeiten vorliegen, das Problem möglicherweise schon gelöst wurde oder ob der Ratsuchende nicht zufrieden war und die Beratung abgebrochen hat. Durch diese Interpretationsunsicherheit entstehen häufig weitere Kommunikationsprobleme und Störungen der Beziehung zwischen Ratsuchendem und Berater.

Die geschilderten Schwierigkeiten sollten vom Berater bereits im Vorfeld ernst genommen und reflektiert werden. Mithilfe spezifischer Methoden lassen sich manche Kommunikationsprobleme von vornherein entschärfen. So ist eine Vorgehensweise erforderlich, die dem Ratsuchenden die eigene Interpretation des Problems offenlegt, was ggf. eine Verständigung über das Kernproblem ermöglicht. Das Online-Beratungsangebot sollte so gestaltet sein, dass die Antworten der Berater möglichst zeitnah erfolgen, um Kommunikations- und Informationsmissverständnissen entgegenzuwirken. Dem Ratsuchenden wird auf diese Weise zusätzlich zur sachlichen Hilfestellung auch ein persönliches Feedback gegeben und Wertschätzung ausgedrückt.

6.4 Feedbackprozesse

Manch komplexe Problemlagen, die in einer schriftsprachlichen Anfrage dargelegt werden, können mit den, dem Online-Berater zur Verfügung stehenden Informationen nicht erschöpfend behandelt werden. Das kann zu einer Verunsicherung des Beraters führen. Zumal er, wenn es sich nicht um mehrmalige Kontakte handelt in der Regel vom Anfragenden kein Feedback über die Qualität der geleisteten Online-Beratung erhält. Das Feedback von Ratsuchenden gestaltet sich schriftsprachlich ebenfalls anders als in einer „Face-to-face“-Beratung. Manche Ratsuchende sind verunsichert durch das fehlende Gegenüber und formulieren daher sehr vorsichtig, bei anderen führt die Einschränkung der schriftsprachlichen Beratungsform zu Enthemmungsprozessen. Dank oder Kritik werden gegenüber dem Online-Berater offener formuliert. Gerade durch aufkommende Missverständnisse und die unpersönlicher Beratungssituation sind Online-Berater der Gefahr ausgesetzt, dass ihre Motivation und damit die Qualität der Beraterleistung sinkt. Geeignete Gegenmaßnahmen müssen daher möglichst frühzeitig sowohl persönlich als auch

im Team getroffen werden.

Aus dem Fehlen von Feedback folgt, dass das Setzen von Grenzen zu den wichtigsten Interventionen von Online-Beratern gehört. Im Vorfeld muss sorgsam abgewogen werden, was das Online-Beratungsangebot leisten kann und was nicht. Anfragen mit Problematiken, die aufgrund der Inhalte oder der zugrunde liegenden Psychodynamik nicht durch eine Online-Beratung gelöst werden können, müssen ggf. an eine Face-to-Face-Beratung oder andere Hilfsangebote vor Ort verwiesen werden.

Bei einer längerfristigen Online-Beratungstätigkeit sind eine möglichst kontinuierliche Supervision und Weiterbildungen der Berater durch eine qualifizierte, in der Online-Beratung tätige Fachkraft angeraten. Darüber hinaus sollte der Online-Berater sorgfältig auf die eigene „Psychohygiene“ achten, d.h. Stress, Ermüdungserscheinungen oder Schreibblockaden vorbeugen oder mit geeigneten Mitteln begegnen, um die Freude an der Tätigkeit und eine gute Beratungsqualität zu erhalten.

7 Voraussetzungen und Kompetenzen von Online-Beratern

Eine wichtige Grundlage im Zusammenhang mit professioneller Online-Beratung ist der Blick auf notwendige Kompetenzen der Online-Berater, um einen erfolgreichen Beratungsprozess gestalten zu können. Im nachfolgenden Abschnitt werden zum einen die Beraterqualitäten nach McLeod (2004) sowie die Basisqualitäten eines Beraters nach C. Rogers ausführlich dargestellt. Im Anschluss daran erfolgt ein Überblick über notwendige fachliche Kompetenzen von Online-Beratern.

7.1 Beraterqualitäten nach McLeod (2004)

McLeod (2004) spricht in diesem Zusammenhang auch von so genannten »Beraterqualitäten« und nennt folgende notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten:

Interpersonelle Fertigkeiten (wie Zuhören, Kommunikationsaufbau und -aufrechterhaltung, Empathie, Präsenz, Bewusstsein über nonverbale Kommunikationsstrategien, Ausdruck von Gefühlen, etc.),

Persönliche Überzeugungen (wie Fähigkeit andere zu akzeptieren, Glaube an das Veränderungspotenzial von Menschen, Bewusstsein über ethische und moralische

Wahlmöglichkeiten, etc.),

Konzeptionelle Fähigkeiten (wie Fähigkeit, Probleme des Klienten einzuschätzen und verstehen zu können (diagnostische Kompetenzen), kognitive Flexibilität, Problemlösefähigkeit, etc.),

Persönliche Integrität (darunter versteht er, dass der Berater keine persönlichen Bedürfnisse verfolgt, (möglichst) keine Vorurteile gegenüber bestimmten gesellschaftlichen Gruppen aufweist; Fähigkeit, unangenehme Gefühle gegenüber dem Klienten zu tolerieren; keinen persönlichen Nutzen aus der Beratung zu ziehen, keine persönlichen Ziele verfolgen, etc.),

Beherrschung der therapeutischen bzw. Beratungstechniken (dies umfasst auch das Wissen über die Effektivität von verschiedenen Interventionsstrategien inklusive deren differentielle Indikation, Erfahrung und Übung in der konkreten, sachgerechten Umsetzung von verschiedenen Interventionsstrategien, etc.),

Fähigkeit soziale Systeme zu verstehen und mit ihnen zu arbeiten (wie Kenntnis der relevanten Familien- und Arbeitsbeziehungen; Fähigkeit für seine eigene Arbeit auch Unterstützungsnetzwerke und Supervision in Anspruch zu nehmen; Sensibilität gegenüber der sozialen Welt des Klienten, etc.). Zu diesem Punkt wird oftmals auch die kulturelle Sensibilität von Beratern gezählt, die besonders in der Arbeit mit Personen mit Migrationshintergrund oder bei der Beratung von internationalen Firmen (Zusammenarbeit mit sehr unterschiedlichen Nationen) eine zunehmend wichtige Rolle spielt.

Rogers (1971, 2001) hat sich sehr ausführlich mit den Anforderungen an den Berater beschäftigt und fokussiert hier vor allem auf den Bereich der interpersonellen Kompetenzen. Er definierte Basisqualitäten von Beratern/Therapeuten, die sich in allen Theorien zur Beratung und Therapie als Grundelemente zum therapeutischen/beraterischen Handeln wieder finden .

7.2 Basisqualitäten von Beratern nach Rogers

Rogers beschäftigte sich sehr intensiv mit der Frage, was eine erfolgreiche Beratung ausmacht. Er kritisierte in erster Linie, dass Beratung in vielen Fällen zu direktiv, zu ermahnend, zu suggestiv, zu interpretativ sei. Rogers (1971) geht davon aus, dass jeder

Mensch das Bedürfnis nach einer positiven Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Umwelt hat (sog. Selbstexploration). Der Mensch strebt laut Rogers nach Selbstverwirklichung sowie nach Liebe und Wertschätzung durch andere. Diese Tendenz zur Selbstverwirklichung umfasst Elemente wie Unabhängigkeit, Wachstum, Komplexität, aber auch Bedürfnisbefriedigung und Spannungsreduktion. Wichtige Motoren für das Verhalten sind der Wunsch nach Konsistenz, d.h. mein Verhalten sollte mit dem Bild, was ich selbst von mir habe, übereinstimmen, und Kongruenz, d.h. mein wahrgenommenes Selbst und aktuelle Erfahrungen sollten übereinstimmen. Probleme entstehen, wenn Erfahrungen ausgeblendet, nicht mehr in das Selbstbild integriert werden, verzerrt werden, um dem Selbstbild angepasst zu werden, oder sich als inkongruent erweisen. Die Gesprächssituation sollte daher nach Rogers einige Qualitäten aufweisen, damit der Klient aktiv und eigenständig sich weiterentwickeln kann. Rogers (2001; S. 28) sieht eine erfolgreiche Beratung wie folgt: »Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, auf Grund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen.« Die therapeutische Beziehung und damit das Verhalten des Beraters ist eine notwendige, wie auch hinreichende Bedingung, damit der Klient sich verändert. Die dafür erforderlichen Basisqualitäten sind Empathie, Echtheit und Wärme.

Empathie (Einfühlung) meint in die persönliche Erfahrungswelt einer anderen Person einzutauchen und völlig in ihr zu Hause zu sein. Die unterschiedlichen Gefühlsbedeutungen werden empfindsam wahrgenommen. Empathie meint Verstehen, nichtwertendes Eingehen auf die Person und ihre Empfindungen und Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. Der Gegenpol hierzu ist wertendes, beurteilendes Verhalten, das eigene Maßstäbe anlegt. **Echtheit (Kongruenz)** bedeutet, dass der Berater nichts »vorspielt«, sondern auf allen Kommunikationskanälen (verbal, nonverbal, paraverbal etc.) die gleiche Botschaft sendet, die auch »gemeint« ist. Dies setzt voraus, dass der Berater sich seiner eigenen Gefühle bewusst ist. Der Gegenpol hierzu ist Unaufrichtigkeit oder Fassadenhaftigkeit.

Wärme (Akzeptanz, unbedingte positive Wertschätzung) bedeutet Sorge und Respekt für den Klienten ausdrücken und die Person, nicht unbedingt das konkrete Verhalten, wertzuschätzen, ohne dass daran Bedingungen geknüpft werden. Gegenpol ist eine sachliche, distanzierte, oder gar abwertende Atmosphäre. Alle drei »Ingredienzien« tragen

zu einer erfolgreichen Beratung bei. Wärme sichert eine angstfreie Atmosphäre und steigert das Selbstwertempfinden. Empathie wirkt anregend und erlebnisaktivierend, Echtheit baut Vertrauen auf.

7.3 Fachliche Kompetenzen der Online-Berater

Die fachlichen Voraussetzungen von Helfern, die Online-Beratung anbieten wollen, sollten folgende Kompetenzfelder umfassen: (a) allgemeine und spezifische Beratungskompetenz, (b) Lesekompetenz, (c) Schreibkompetenz und (d) Medienkompetenz.

(a) Beratungskompetenz

Online-Berater sollten neben Erfahrung in der Beratung und Kenntnis allgemeiner Beratungskonzepte auch spezifische Kenntnisse besitzen. Insbesondere Wissen über die theoretischen Grundlagen computervermittelter Kommunikation (siehe Kapitel 3) und theoretischer Ansätze der Online-Beratung (siehe Kapitel 6). Im Einzelnen sind folgende Bestandteile spezifischer theoretischer Konzepte sowie praktische Erfahrungen zur Beratungskompetenz zu zählen (vgl. Knatz & Dodier, 2003):

- das klientenzentrierte Konzept von C. Rogers;
- der ressourcenorientierte Ansatz in der Beratung;
- die Grundsätze der Humanistischen Psychologie;
- die wichtigsten theoretischen Inhalte der Kommunikationspsychologie und deren Handhabung;
- Reflexion über die eigenen Einstellungs- und Reaktionsmuster;
- Fähigkeit zur angemessenen Rollen- und Situationsdiagnose im Beratungskontext sowie
- das Verstehen der Beziehung zu den Ratsuchenden in ihren unbewussten und bewussten Ebenen.

(b) Lesekompetenz

Die Lesekompetenz erfasst die Fähigkeit, geschriebene Texte in ihren Aussagen, ihren Absichten, ihrem Sinnzusammenhang und ihrer formalen Struktur zu verstehen und in einem größeren Zusammenhang einzuordnen. Nicht unterschätzt werden sollte in diesem

Kontext die Fähigkeit, auch aus verschlüsselten und indirekten Anfragen ein Verständnis dessen erlangen zu können, was die oder die Ratsuchende erzählen wollte.

(c) Schreibkompetenz

Das Verfassen eines Textes erfolgt in einem eigenen Prozess, der sich über eine gewisse Zeit erstreckt und an dem unterschiedliche Teilhandlungen wie das Planen, das Formulieren, das Niederschreiben und das Überarbeiten beteiligt sind. Dabei muss der Online-Berater in der Lage sein, ein Beziehungsangebot schriftlich auszudrücken.

(d) Medienkompetenz

Online-Berater sollten sowohl theoretische Kenntnisse als auch praktische Erfahrungen mit verschiedenen Formen der computervermittelten Kommunikation gesammelt haben, da diese Form des schriftlichen Ausdrucks eigene Regeln bis hin zur Ausprägung „netzkulturtypischer“ Ausdrucksweisen entwickelt hat.

Der Online-Berater muss diese Ausdrucksweisen verstehen und entschlüsseln können, wenn sie in Anfragen auftauchen und kann in seinen Beratungstexten selbst auf internet-typische Ausdrucksformen zurückgreifen. Gleichzeitig muss aber auch darauf geachtet werden, dass die Schriftsprache in Ausdruck und Inhalt an die Person des Ratsuchenden bzw. dessen Ausdrucksformen, sowie an das beschriebene Problem angepasst wird. Darüber hinaus muss eine positive Wertschätzung des Ratsuchenden, die im Face-to-face-Setting über Körperhaltung und Augenkontakt gezeigt wird, im schriftlichen Kontakt ebenfalls implizit oder explizit ausgedrückt werden.

Voraussetzung für die Arbeit in der Online-Beratung ist daher neben der sehr guten schriftlichen Ausdrucksfähigkeit ein ausgewiesenes Know-how in der Online-Kommunikation.

8 Vor- und Nachteile von Online-Beratung

Die Besonderheiten der Online-Beratung hinsichtlich Zielgruppen, Beratungssituation, ethischer und wirtschaftlicher Aspekte, theoretischer Fundierung und Wirksamkeit sind in Tabelle 2 zusammengefasst und in Vor- und Nachteile

geordnet.

Tabelle 2: Vor – und Nachteile von Online-Beratung

Charakteristikum	Vorteile	Nachteile
Zielgruppen/ Verfügbarkeit	- Unabhängigkeit von Ort und Zeit - bessere Erreichbarkeit von bestimmten Zielgruppen (ländliche Umgebung, körperliche Behinderung, mangelnde Erreichbarkeit von Beratungsstellen)	- Kontraindikationen sind schwerer zu bestimmen - keine Krisenintervention bei zeitversetzter Kommunikation - hochbelastete Klienten sollten weiter vermittelt werden - gerade schriftliche Formen der Kommunikation schränken den Kreis der Zielgruppe wieder ein
Beratungssituation	- i.d.R. anonymere Kommunikationssituation - Zeit zum Überlegen, da oftmals zeitversetzte Kommunikation - Klient kann Taktfrequenz selbst bestimmen - Neutralisierung ethnischer, geschlechtsspezifischer Variablen - Internalisierung von Hinweisen, da Mitteilung wiederholt gelesen werden kann - Erhöhung intrinsischer Motivation durch unpersönliche Beratungssituation - Privatheit und Sicherheit	- nonverbale Informationen werden stark oder ganz reduziert - Auswirkungen auf den Aufbau einer Arbeitsbeziehung - verstärkte Anforderungen an den Berater - Anforderung an die verbale Ausdrucksfähigkeit des Klienten - notwendige Kompetenz um mit Medium Internet umgehen zu können - persönliche Berater-/Feedback erhöht die soziale Einflussnahme
Ethische Aspekte	- gleiche ethische Grundlagen wie in anderen Beratungssituationen - Richtlinien von Fachgesellschaften beachten - besondere Transparenz der Inhalte durch automatische Archivierung des Kontaktes	- die Vielzahl der Angebote ist nicht kontrollierbar / freiwillige Selbstkontrolle! Klient: - Professionalität des Beraters - Datenschutzfragen - Verbindlichkeit - Transparenz des Angebotes - Vertraulichkeit der Information Berater: - reales Anliegen? - Immer dieselbe Person? - Umgang mit Notsituationen - Alter des Klienten - Datenschutzanforderungen

Quellen: Warschburger, 2009; Wesemann, Grunwald & Grunwald, 2009; Wesemann & Grunwald, 2008a,b; Grunwald & Wesemann, 2006a, b; Döring, 2006; Shaw & Shaw, 2006; Kenny & McEachern, 2004; Rochlen, Zack & Speyer, 2004; Cline & Haynes, 2001; Robson & Robson, 2000; Tait, 1999; Sampson, Kolodinsky &

Greeno, 1997.

Zusammenfassend können die Vorteile der Online-Beratung in Bezug auf die schriftsprachliche Besonderheit des Beratungsvorganges für den Ratsuchenden wie folgt beschrieben werden:

- Schreiben ermöglicht den Ratsuchenden in der virtuellen Kommunikation ein hohes Maß an Kontrolle über Selbstdarstellung und Selbstenthüllung;
- der psychosoziale Hintergrund des Ratsuchenden kann völlig ausgeblendet bleiben;
- Anonymität und Pseudoanonymität gewähren Schutz und haben einen enthemmenden Effekt;
- Das Niederschreiben der eigenen Problemsituation kann Entlastung, Erleichterung, Klarheit verschaffen.

9 Qualitätskriterien von Online-Beratung

Allgemein verbindliche und kontrollierte Gütesiegel für gesundheitsbezogene Online-Beratungen fehlen bislang im deutschsprachigen Raum. Die Methoden der Qualitätssicherung bestehen bei Online-Beratungsangeboten bisher aus Richtlinien und Verhaltenskodizes, die schwer verallgemeinerbar und unverbindlich sind (Khorrami 2002).

Aus der Literatur lassen sich zusammenfassend folgende Qualitätskriterien für Online-Beratung ableiten (vgl. Weissenböck, Ivan & Lachout, 2006):

Qualitätskriterien des Angebotes:

- Freiwilligkeit des Kontaktes;
 - Möglichkeit für Ratsuchende, anonym zu bleiben;
 - Niederschwelligkeit (Kostenfreiheit, leichte Zugänglichkeit, Zeit- u. Ortsunabhängigkeit);
 - Verschwiegenheit der Berater wird zugesichert;
 - Jede Anfrage wird beantwortet;
 - Zeitnahe Reaktion auf Anfrage wird gewährleistet.
-

Qualitätskriterien bzgl. der Haltung und der Intervention des Online-Beraters:

- Akzeptierende Haltung;
- Empathie;
- Hilfe zur Selbsthilfe;
- Lösungs- und Ressourcenorientierung;
- Systemische Perspektive: Berücksichtigung des sozialen Umfeldes der Ratsuchenden;
- Einzigartigkeit der Anfrage wird beachtet: keine Verwendung von Textbausteinen;
- Sensibilität der Wortwahl;
- Szene- und altersadäquate Wortwahl.

Qualitätskriterien bzgl. der Einbindung weiterer Fachkompetenz:

- interne und externe Fachkompetenzen nutzen;
- weiteres Kontaktangebot (Feedback);
- Offenheit gegenüber Weiterbildungen und Supervision.

Die fachlichen Voraussetzungen von Online-Beratern werden im folgenden Kapitel ausführlicher dargestellt.

Um dem irreführenden Gebrauch des Wortes psychologische Online-Beratung entgegenzuwirken, hat der Bundesverband Deutscher Psychologen (BDP) das Online-Siegel „Beratung durch Psychologen“ erarbeitet. Sind die im folgenden beschriebenen Voraussetzungen erfüllt, wird das zeitlich auf zwei Jahre begrenzte Siegel auf einen Datenträger des Anbieters verschickt. Die Vergabe des Siegels ist auf die Person des Beraters beschränkt. Auf der Homepage des BDP ist nachzulesen, dass *„das Ziel dieses Gütezeichens ist [...], eine Orientierung zum Auffinden qualitativ hochwertiger Beratungen zu geben“*. Folgende Vergabekriterien sind für die Vergabe dieses Qualitätssiegels ausschlaggebend:

1. Angabe der institutionellen Daten, wie Name, Adresse und Telefonnummer;
 2. Transparente Beschreibung des Angebotes;
 3. Nachweis eines Diploms in Psychologie oder eines vergleichbaren europäischen Hochschulabschlusses;
 4. Zeitrahmen von drei Tagen bis zur Beantwortung der Anfragen;
 5. Anwendung eines Verschlüsselungsprogramms beim Versenden der Nachrichten;
 6. Nachweis an einem Grundkurs in Gesprächsführung und Krisenintervention;
 7. Verpflichtung eines Nachweises oder Absolvierung eines Einführungskurses bezüglich
-

der Technikenkenntnisse (Computerführerschein).

Auf der entsprechenden Internetseite muss darauf verwiesen werden, dass Psychologen gesetzlich zur Gewährleistung der Schweigepflicht verpflichtet sind. Um diese erfüllen zu können, bedarf es im Rahmen der Online-Beratung besonderer technischer Voraussetzungen zur Datensicherheit. Der psychologische Online-Berater soll dem Ratsuchenden neben den Möglichkeiten der Beratung via Internet auch dessen Grenzen aufzeigen. Es wird eine obligatorische Unterweisung erwartet, dass internetbasierte Beratung nicht in allen Fällen eine adäquate Hilfestellung darstellt und in vielen Fällen den Gang zu einem psychologischen Berater vor Ort nicht erspart.

Als weiteres Qualitätskriterium gilt die zeitnahe Antwort des Online-Beraters. Die Beantwortung gestellter Anfragen sollte einen Zeitraum von drei Tagen nicht überschreiten (gilt ab Vorliegen der Voraussetzungen der Leistungserbringung).

Von Laszig und Eichenberg (2003, S. 195) wird zu diesem Gütesiegel kritisch angemerkt, dass *„die konkrete inhaltliche Prüfung der angebotenen Beratungen nicht erfolgt, und demzufolge eine nur mangelhafte Qualitätssicherung gegeben ist.“* Weiterhin ist dieses Gütesiegel nur auf die spezielle Form der psychologischen Online-Beratungen anwendbar.

Lang (2001) führt aus, dass bei 50 % der Anbieter von psychologischer Online-Beratung die Beratungsleistung von Pädagogen und Sozialarbeitern bis hin zu Heilpraktikern und Autodidakten durchgeführt wird. Für nicht-psychologische Online-Beratung sind keine vergleichbaren Qualitätskriterien entwickelt worden.

10 Methodische Ansätze

Die in den folgenden Abschnitten beschriebenen Modelle stellen ein methodisches Grundgerüst dar, das in der Praxis der Online-Beratung nutzbringend angewandt werden kann. Einige bewährte Ansätze sollen an dieser Stelle in den Grundzügen umrissen werden. Eine ausführlichere Darstellung findet sich bei Kühne & Hintenberger, 2009.

10.1 Der dialogische Ansatz

Die dialogische Bewegung in der Therapie umfasst eine Gruppe von Therapeuten und

Therapeutinnen, zu der unter anderem Tom Andersen, Harlene Anderson, Lynn Hoffman, Peggy Pan, Jakob Seikkula und Peter Rober gehören. Sie sind inspiriert durch den sozialen Konstruktivismus und die Ideen von Bakhtin und Volosinov, den Begründern der dialogischen Theorie. Der dialogische Ansatz ist insbesondere deshalb für die Praxis der Online-Beratung von Bedeutung, da kein direkter, mündlicher Dialog zwischen Ratsuchendem und Berater stattfindet.

Ratsuchende und Online-Berater beginnen durch und über das Schreiben einen partnerschaftlichen Dialog, der durch die Anonymität und die Besonderheiten der computervermittelten Kommunikation unterstützt wird.

Um die Anwendung eines dialogischen Ansatzes in der Online-Beratung zu illustrieren, werden zunächst die vier Hauptmerkmale dialogischer Therapie skizziert:

- a) *Die Haltung des Nicht-Wissens*
- b) *Reflexive Prozesse*
- c) *Das Konzept der Mehrstimmigkeit („Polyphonie“)*
- d) *Das dialogische Selbst des Beraters*

a) *Die Haltung des Nicht-Wissens*

Die Berater besitzen nach diesem Verständnis keinen Zugang zu privilegiertem Wissen: Sie werden als ständig Lernende aufgefasst, die sich mit den Ratsuchenden in einer Beziehung gleichberechtigter Gesprächspartner befinden. Eine nicht-wissende Haltung einzunehmen bedeutet, während des Beratungsprozesses eigene Gedanken, Gefühle und Annahmen zunächst in den Hintergrund treten zu lassen und sich in einen Prozess des „Mit-den-Klienten-Seins“ zu begeben.

b) *Reflexive Prozesse*

Der Prozess der Beratung vollzieht sich in einem fortlaufenden, wechselseitigen Zuhören und Reflektieren auf Seiten von Beratern und Ratsuchenden. Dialogisch strukturierte Gespräche sind im dialogischen Ansatz durch den Grundsatz des wechselseitigen Erkundens gekennzeichnet.

c) *Das Konzept der Mehrstimmigkeit*

Michael Bakhtin (1984) hat durch seine Beschäftigung mit Dostojewskis Romanfiguren das

Konzept der Polyphonie begründet. Demnach besteht das Selbst nicht aus einem einzelnen Wesen, einer Einzelstimme oder nur einer Position, sondern diese sind mehrfach vorhanden. Im Selbst existiert eine Vielzahl unabhängiger Stimmen, die sich im Dialog miteinander befinden. Dieser Dialog kann im Beratungsprozess nachvollzogen werden, um die Auseinandersetzung mit der Erkrankung anzuregen, sowie bewusste und unbewusste Ressourcen für den Klienten freizulegen.

d) Das dialogische Selbst des Beraters

Analog Bakhtins (1984) Konzept des dialogischen Selbst wurde ein innerer Dialog oder eine innere Konversation auch speziell bezogen auf das Selbst des Beraters beschrieben.

Rober (1999) differenziert zwischen inneren Stimmen, die das „erfahrende Selbst“, und Stimmen, die das „professionelle Selbst“ eines Beraters reflektieren.

Das „erfahrende Selbst“ bezieht sich auf Beobachtungen, Erinnerungen, Bilder, Fantasien usw. die durch die Erzählungen und Anfragen der Ratsuchenden aktiviert werden.

Das „professionelle Selbst“ entwickelt die professionellen Hypothesen über die Störung, den Ratsuchenden und den Beratungsprozess, und es bereitet Fragen und professionelle Kommentare vor. Der Berater nimmt in seinem professionellen Selbst sowohl eine außen stehende, reflektierende Position gegenüber der Erzählung des Klienten als auch gegenüber seinem eigenen erfahrenden Selbst ein. Der dialogische Ansatz wurde für die praktische Arbeit der Online-Beratung nutzbar gemacht. Er wurde beispielsweise in die Methoden des Lesens von Anfragetexten nach Brunner (2006) integriert, die in Abschnitt 6.3 ausführlicher erläutert werden.

10.2 Die systematische Metaphernanalyse

Die systematische Metaphernanalyse beruht auf der Arbeit von Lakoff und Johnson (2003) zur „Konstruktion und zum Gebrauch von Sprachbildern“. Metaphern sind sprachliche Vergleiche, die Eigenschaften eines Begriffs auf einen anderen übertragen. Die systematische Metaphernanalyse ist ein Zweig der qualitativen Sozialforschung. In ihr wird der Versuch unternommen, omnipräsente Sprachbilder therapeutisch verwertbar zu machen (Niedermair 2001). Anhand von Metaphern, die in der Beratung verwendet werden, sollen Verhandlungen über Bedeutungen oder konstruierte Realitäten möglich werden, die

wiederum Interventionen zur Verhaltensänderung zulassen.

Die systematische Analyse und Verwendung von Metaphern eignet sich besonders für die Online-Beratung, da über Metaphern neben dem Bereitstellen unterschiedlicher Bedeutungen auch emotionale Gehalte transportiert werden, die im schriftsprachlichen Austausch durch den Wegfall nonverbaler Kommunikation häufig vernachlässigt werden. Eine ausführlichere Darstellung der systematischen Metaphernanalyse findet sich bei Knatz (2009, S. 131ff).

10.3 Methoden des Lesens von Anfragetexten nach Brunner (2007)

In diesem Modell geht es um die Art und Weise des Lesens von Textanfragen. Es wird vorgeschlagen, Anfragen mehrfach unter jeweils unterschiedlichen Blickwinkeln zu lesen, wobei unterschiedliche theoretische und methodische Modelle für das tiefere Verständnis des Textes zu Hilfe genommen werden. Der Ansatz von Brunner will praktisch tätige Berater darin unterstützen, einseitige Sichtweisen zugunsten mehrdimensionaler Betrachtungen aufzugeben und auch in vermeintlich banalen Texten Verborgenes zu entdecken.

(a) Psychoanalytisches Lesen

Psychoanalytisches Lesen bedeutet, nicht nur den manifesten Inhalt eines Textes zu beachten, sondern auch latente Inhalte aufzuspüren. Im psychoanalytischen Lesen wird der Berater eingeladen, den eigenen Bildern, Gedanken und Gefühlen nachzuspüren, die beim und nach dem Lesen des Anfragetextes entstanden sind. Diese können dann zusätzlich zum manifesten Inhalt der Anfrage zum Verständnis des Ratsuchenden beitragen und auch bei der Beantwortung der Anfrage helfen.

Brunner ist überzeugt, dass es positive Effekte hat, wenn in der Online-Beratung der eigenen Intuition nachgegangen und getraut wird.

(b) Phänomenologisches Lesen

Im Gegensatz dazu bedeutet phänomenologisches Lesen, beim Text selbst zu bleiben. Durch Informationsmängel in den Anfragetexten werden Online-Berater häufig dazu verleitet, entsprechend viel in den Text hinein zu interpretieren. Durch phänomenologisches Lesen sollen diese Interpretationen mit der Wirklichkeit des Textes abgeglichen werden, um „auf

dem Boden“ zu bleiben und eine vorurteilsfreie distanzierte Sichtweise gegenüber dem Anfragetext zu behalten.

(c) Dialogisches Lesen

Die Dialogphilosophie besagt, dass mit „allen möglichen Dingen und Wesen in Dialog“ (Brunner, 2006) getreten werden kann. Im Rahmen dieses Ansatzes wird der geschriebene Text als ein Dialog zwischen dem Verfasser mit sich selbst aufgefasst, d.h. als das Resultat einer Auseinandersetzung und Problemlösung des Ratsuchenden mit seinem Problem.

Durch dialogisches Lesen soll dieser Prozess des Ratsuchenden nachvollzogen werden. Dabei wird ein Dialog vom Berater initiiert, in dessen Folge Fragen, Sätze, Gedanken und Phantasien, die der Berater an den Ratsuchenden oder an sich selbst adressiert, aufgeschrieben werden.

Diese Notizen können die Basis für die Antwort des Online-Beraters darstellen.

(d) Technisches Lesen

Technisches Lesen bedeutet, dass insbesondere auf die Struktur, den Sprachstil, die Wortwahl und die Schriftart geachtet wird. Diese Methode kann Aufschluss darüber geben, wie der Ratsuchende sich selbst sieht bzw. worauf er besonderen Wert legt. Dieser Methode liegt die Annahme zugrunde, dass die Art der Textdarstellung eine unbeabsichtigte oder auch bewusste Mitteilung des Anfragenden darstellt.

10.4 Das Vier-Folien-Konzept nach Knatz (2009)

Ziel des Vier-Folien-Konzeptes ist es, bei der Formulierung einer Antwort auf einen Anfragetext zu helfen. In der Antwort geht es typischerweise darum, ein Kontaktangebot an den Ratsuchenden schriftlich auszudrücken, eine vorsichtige Annäherung zu formulieren, Anliegen und Probleme zu benennen, sowie zu weiteren Kontakten einzuladen.

Die erste Folie- Der eigene Resonanzboden

In der ersten Folie, beim ersten Lesen, geht es darum, welche Gefühle und welche Resonanzen bei dem Online-Berater ausgelöst werden. Im Rahmen dieses ersten Lesens

können folgende Fragen gestellt werden:

- Was ist das erste Gefühl, das Sie beim Lesen verspüren?
- Welche Bilder und Fantasien sind in ihnen beim Lesen der Mail entstanden?
- Halten Sie das Problem für lösbar, auch via Internet?
- Möchten Sie lieber an eine Kollegin, einen Kollegen verweisen?
- Was würden Sie der Schreiberin, dem Schreiber spontan wünschen?
- Können Sie sich vorstellen, mit dieser Ratsuchenden, diesem Ratsuchenden in Beziehung zu treten?

Die zweite Folie- Das Thema und der psychosoziale Hintergrund

In der zweiten Folie geht es um den Inhalt und das Thema des Anfragetextes.

Hierbei können folgende Fragen hilfreich sein:

- Was ist das Thema der Anfrage?
- Können Sie sich ein Bild von dem Ratsuchenden und dem sozialen Kontext machen, in dem er sich befindet?
- Haben Sie genügend Fakten (Alter, Geschlecht, Familienstand etc.) erhalten?
- Wo sehen Sie Stärken und Schwächen des Ratsuchenden?

Die dritte Folie – die „Diagnose“

Die dritte Folie fragt nach dem diagnostischen Blick des Beraters, also dem unbewussten Anteil des Ratsuchenden und dem professionellen Blick des Beraters darauf. Es geht darum, die unbewusst verschriftete Szene zu sehen, zu verstehen und sie diagnostisch einzuordnen.

Hierbei können folgende Fragen beantwortet werden:

- Was ist das eigentliche Thema des Ratsuchenden?
- Was sind die Fragen oder Wünsche an Sie?
- Ist das Ziel der oder des Ratsuchenden klar?
- Was sind Ihre Hypothesen?
- Welche Fragen haben Sie noch?

Die vierte Folie – die Antwort des Beraters

Die vierte und letzte Folie ist die Intervention, die schriftliche Antwort an die oder den Ratsuchenden. Die Autorin schlägt folgenden grundsätzlichen Aufbau der Antwort eines

Online-Beraters vor:

- Anrede;
- Einleitung;
- Auf generelle Fragen der oder des Ratsuchenden eingehen;
- Positive Wertschätzung ausdrücken;
- Feedback;
- Mitteilen, was Sie nicht verstanden haben;
- Hypothesen und Vermutungen in Fragen kleiden;
- Problemlösewege aufzeigen und begründen;
- Nachfragen, ob dieser vorgestellte Weg gangbar ist;
- Angebot und Grenzen deutlich machen;
- Abschluss: Einladung zu einer Antwort;
- Mitteilen der Rahmenbedingungen;
- Abschließende Grußformel.

Mithilfe des Vier-Folien-Konzeptes wird praktisch tätigen Beratern in unterschiedlichsten Arbeitsfeldern ein gangbarer Weg aufgezeigt, mit ankommenden Online-Anfragen von Ratsuchenden umzugehen.

11 Ein spezielles Online-Beratungsangebot - ab-server

11.1 Allgemeines zum ab-server

Ein spezielles Interventionsangebot stellt der Beratungs- und Informationsserver zu Essstörungen (www.ab-server.de), mit seiner Online-Beratung bereit. Er ist deutschlandweit der erste professionelle und nicht kommerzielle Online-Beratungsserver für Betroffene mit Essstörungen und deren Angehörige. Der ab-server wurde im Jahr 1998 von der Deutschen Forschungsinitiative Essstörungen e.V. (DFE e.V.) in Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Universität Leipzig gegründet und bietet neben dem Online-Beratungsangebot, Informationen zu Essstörungen, sowie zu Kliniken, spezialisierten Therapieeinrichtungen, Selbsthilfegruppen und Vereinen, die sich mit Essstörungen befassen (Grunwald, 2003). Des

Weiteren werden aktuelle Forschungsprojekte und -ergebnisse vorgestellt, sowie Literaturhinweise zum Thema für Laien und Professionelle veröffentlicht.

Das Online-Beratungsangebot des ab-server richtet sich an Betroffene von Essstörungen und deren Angehörige, die über eine gesicherte und kostenfreie Verbindung anonym Kontakt zu professionellen Online-Beratern aufnehmen können. Dabei zeichnet sich das Online-Beratungsangebot besonders durch seine Anonymität aus, da der Anfragende nicht verpflichtet ist, persönliche Daten preis zu geben. Die Online-Beratung erfordert weder die Angabe eines realen Namens noch einer E-Mail-Adresse, sondern lediglich ein selbst gewähltes Pseudonym und Passwort zum Lesen der Antwort. Die Anfragen werden von Online-Beratern bearbeitet, die langjährige Erfahrungen auf dem Gebiet der Essstörungen aufweisen. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Startseite des ab-server.



Abbildung 4: Startseite ab-server

Der automatische Ablauf einer Online-Beratung gestaltet sich, wie folgt: Der Ratsuchende hinterlegt seine Anfrage in das speziell für ihn eingerichtete Postfach auf dem ab-server. Nach persönlicher Überprüfung der Authentizität der Anfrage wird sie von einem Mitarbeiter des ab-server an einen Online-Berater weitergeleitet. Dieser Online-Berater sendet seine Antwort zurück an den ab-server. Diese wird nach einer Intervention schließlich in das Postfach des Ratsuchenden übergeben. In einem digitalen Protokoll wird jede Online-Beratung detailliert dokumentiert und in einer Datenbank gespeichert. Dieses digitale Protokoll enthält Daten über das Datum, die Uhrzeit, Inhalt der Online-Beratung, der Person des Online-Beraters, die Wortanzahl der Anfragen bzw. der Beraterantworten sowie detaillierte Informationen über die Dauer des Beratungsvorganges. Im Anschluss erfolgt eine Darstellung der Startseite der Online-Beratung des ab-server.



Abbildung 5: Startseite Online-Beratung ab-server

Neben den statischen Informationsangeboten wurde auf dem ab-server ein interaktiver Bereich eingerichtet. Zum schriftlichen Austausch zwischen Betroffenen oder Angehörigen

wurden ein Chat sowie offene und geschlossene Diskussionsforen bereitgestellt, die rege genutzt werden. Derzeit umfassen die Foren mehr als 900.000 Einträge, die monatlichen Zugriffszahlen liegen bei durchschnittlich 1.25 Mio., davon entfallen etwa 77.000 Zugriffe auf das Schreiben neuer Antworten und rund 4 000 Zugriffe auf das Schreiben neuer Themen.

Insgesamt wurden seit 1998 etwa 6000 Beratungsanfragen von den Online-Beratern des ab-server bearbeitet. Im Zeitraum von 1998-2002 erreichten etwa 500 Anfragen pro Jahr und im Zeitraum von 2005-2007 etwa 1200 Anfragen pro Jahr den ab-server. In drei Untersuchungen wurden die Anfragen qualitativ und quantitativ nach Nutzergruppen und Inhalten analysiert (Grunwald & Busse, 2003; Grunwald & Wesemann, 2006, 2007).

Die Online-Beratung hat neben der Bereitstellung von Informationen das Ziel, einen Beitrag zur Ausbildung eines Problembewusstseins hinsichtlich der Erkrankung zu leisten und Betroffene zu aktivieren, professionelle Hilfesysteme in Anspruch zu nehmen.

Um eine hohe Qualität der Beratungsleistung zu gewährleisten, wurden vom DFE e.V., auch unter dem Gesichtspunkt besonderer Bedingungen der Internetkommunikation, Qualitätskriterien für die Online-Beratung festgelegt und in Richtlinien verankert. In diesen Richtlinien sind grundlegende Beratungsstrukturen und Zielstellungen für die Online-Beratung des ab-server beschrieben und müssen von den Online-Beratern eingehalten werden. So dürfen zum Beispiel in den E-Mail-Antworten der Online-Berater keine Diagnosen gestellt, sondern nur Wahrscheinlichkeitsaussagen getroffen werden. Anstelle von direktiven Anweisungen werden dem Ratsuchenden Handlungsempfehlungen vorgeschlagen. Die Zielsetzungen der Online-Beratung des ab-server sind in vier Hauptpunkten verankert:

- 1.) Die Online-Beratung stellt auf Anfrage Informationen zu Erscheinungsbild, Formen und Therapie von Essstörungen bereit.
 - 2.) Die Online-Beratung ist nicht auf Langfristigkeit ausgerichtet, und sie kann und will keine therapeutische Intervention ersetzen.
 - 3.) Die Online-Beratung will dazu beitragen, dass Ratsuchende ein Problembewusstsein hinsichtlich der Erkrankung ausbilden.
 - 4.) Insbesondere Betroffene mit einer chronifizierten Essstörung sollen fallspezifisch zur Aufnahme therapeutischer Hilfe aktiviert werden.
-

Im nachfolgenden Abschnitt sind die Richtlinien der Deutschen Initiative für Essstörungen e. V. zusammenfassend dargestellt.

11.2 Die Richtlinien der Online-Beratung des *ab-server*

Das Beratungsnetzwerk des *ab-server* wird vorwiegend von betroffenen Personen und deren Angehörigen genutzt. Die Beratung ist neben der Bereitstellung von Informationen darauf ausgerichtet, einen Beitrag zur Ausbildung eines Problembewusstseins hinsichtlich der Erkrankung zu leisten oder die Betroffenen fallspezifisch zu einer Therapie zu ermutigen. Die Beratung erfolgt unter Beachtung der folgenden Richtlinien:

Grundsätzliches:

- Das Beratungsteam kann und wird aufgrund der in einer Online-Anfrage enthaltenen Aussagen keine Diagnosen stellen! Vom Beratungsteam werden daher nur Wahrscheinlichkeitsaussagen getroffen.
 - Es werden keine direktiven Anweisungen, sondern nur Handlungsempfehlungen ausgesprochen – diese können allerdings auch mit Nachdruck (entsprechend der Anfrage) erteilt werden. Besonders bei Anfragen von Personen, die schon länger an einer Essstörung erkrankt sind gilt, dass auf die Wichtigkeit einer Therapie in einer Fachklinik, in der Essstörungen behandelt werden, hingewiesen wird. Ist der Anfrage zu entnehmen, dass die Essstörung erst seit kurzem besteht, wird empfohlen, eine Beratungsstelle für Essstörungen aufzusuchen. Werden in der Anfrage nur Symptome geschildert bzw. ist es nicht ersichtlich, dass organische Ursachen bereits ausgeschlossen wurden, wird die Konsultation des Hausarztes oder eines Facharztes nahegelegt.
 - Es werden keine Bewertungen von Psychotherapietechniken, Therapieeinrichtungen oder auch von Kollegen nach deren Befähigung vorgenommen. Nicht jede Person spricht auf jedes Therapieverfahren an. Daher wird darauf verwiesen, dass es sinnvoll sein kann, zusammen mit einem lokalen Berater / einer Beraterin, der Beratungsstelle oder dem behandelnden Arzt / Ärztin nach einem geeigneten Therapieplatz zu suchen.
 - Der Verweis im Beratungstext auf eigene therapeutische Angebote oder die Angebote einer Einrichtung, an der die Berater/-innen tätig sind oder waren (z.B. eigene Praxis
-

o.ä.) ist grundsätzlich nicht statthaft. Ein Verstoß gegen diese Regel führt zur sofortigen Auflösung des Honorarvertrages.

- Die Kommunikation über unser Beratungsnetzwerk kann eine Therapie oder eine Beratung vor Ort nicht ersetzen. Es wird darauf hingewiesen, dass therapeutische Maßnahmen einen direkten Kontakt zwischen Betroffenen und Arzt/Therapeut erfordern.
 - Die Antworten vom *ab-server* beschränken sich auf die zentralen persönlichen Anliegen der Anfragenden.
 - Nur in besonderen Ausnahmen (z.B. Suizidgefahr) nimmt das Beratungsteam telefonischen Kontakt zu den Betroffenen auf – es sei denn, der *ab-server* wird selbst angerufen.
 - Auf Anfrage oder unter bestimmten Umständen kann auch der herkömmliche Postweg zur Beantwortung der Anfrage genutzt werden.
 - Der *ab-server* stellt umfangreiche Informationen zum Thema Essstörungen zur Verfügung. Dieses Informationsangebot wird regelmäßig aktualisiert, worauf in gegebenen Fällen verwiesen werden soll.
 - Der *ab-server* verfügt über kein Informationsmaterial in Form von Broschüren oder ähnlichen Schriften. Bei Anfrage wird auf das Online-Informationsangebot des *ab-server* verwiesen.
 - Türkischsprachige Personen, die ihren Aufenthaltsort zur Zeit der Anfrage an den *ab-server* gerade in Deutschland haben, wird das Zentrum für „Interkulturelle Psychotherapie für türkeistämmige Patienten“ der Uni – Essen (Internetadresse: <http://www.uni-essen.de/psychosomatik/html/interkulturelles.html>) empfohlen. Dort wird muttersprachliche Beratung, sowie Diagnostik und Psychotherapie angeboten.
 - Bei Anfragen aus dem Ausland wird in der Regel auf die entsprechenden Informationen für das jeweilige Land auf dem *ab-server* verwiesen bzw. der *ab-server* sucht nach den relevanten Informationen, um diese dann den Anfragenden zu übermitteln. Honorarmitarbeiter/-innen werden mit aufwendigen Internetrecherchen, die zur Beantwortung bestimmter Anfragen notwendig wären, nicht betraut.
 - Bei Anfragen aus verschiedenen medizinischen Bereichen (Gynäkologie, Pädiatrie, Innere Medizin, Zahnheilkunde, u.s.w.) wird versucht, die entsprechenden Informationen (z.B. freie Therapieplätze, Überweisungshilfe, etc.) bereitzustellen.
-

Hierbei sind die Angebote der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland oder ggf. ähnliche Angebote zu nutzen.

- Auf medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Spironalacton) wird *nur* bei direkter Nachfrage eingegangen. Grundsätzlich wird dann auf Prof. Wernze und die Universität Ulm verwiesen.
- Die Antworten werden im Sinne einer Intervision durch mindestens eine/n Mitarbeiter/in des Beratungsnetzwerkes begutachtet.
- Wenn das Alter aus der Anfrage ersichtlich ist und dieses unter dem 16. Lebensjahr liegt, werden die Fragenden mit „DU“ angeschrieben – ab dem 16. Lebensjahr und bei keiner Altersangabe immer mit „SIE“.
- In den Antworten des Online-Beraters / der Online-Beraterin steht im Feld „Betreff“ immer *„Antwort vom ab-server“*.
- Die Anrede sollte lauten: „Sehr geehrte/r Frau/Herr ...“ oder „Liebe/r Frau/Herr...“
- Honorarmitarbeiter/-innen unterschreiben die Antwort mit: Titel, Name,
- „Im Auftrag der Deutschen Forschungsinitiative Eßstörungen e.V.
- Bearbeitung unter Intervision durch Frau Dipl. Psych. D. Wesemann, PD Dr. Dipl.-Psych. M. Grunwald
- P.A.: Universität Leipzig
- Paul-Flechsig-Institut für Hirnforschung
- Haptik-Forschungslabor
- AG Neurobiologie Essstörungen
- Johannisallee 34
- 04103 Leipzig
- Tel.: 0341 97 24 503
- Fax: 0341 97 24 305
- Mail: ab-server@medizin.uni-leipzig.de

Anfragen Betroffener:

Allgemein:

- Die Entscheidung einer betroffenen Person, eine Therapie in Anspruch zu nehmen, wird grundsätzlich unterstützt und gefördert!
 - Wenn wir den Namen des / der Anfragenden nicht kennen, schreiben wir stattdessen:
-

„Sehr geehrte Unbekannte“, „Sehr geehrte Schreiberin“, wobei wir, wenn das Geschlecht nicht klar ist, auch die männliche Variante mit nennen. Also: „Sehr geehrte Unbekannte, sehr geehrter Unbekannter“. Sie können auch, wenn es der Stil der Online-Anfrage an uns nahe legte, mit „Hallo“ beginnen.

- Zum besseren Verständnis der Antwort hat es sich bewährt, die zentrale Frage am Anfang der Antwort zu spiegeln. Nach der Anrede folgen also immer ein oder zwei Sätze, die den Inhalt der Online-Anfrage zusammenfassen.
 - Beispiel: *"Sehr geehrte Unbekannte, Sie haben uns geschrieben, dass Sie seit ca. 5 Jahren an einer Essstörung leiden und diese jetzt gerne bewältigen möchten. Sie fragten an, an wen Sie sich diesbezüglich wenden könnten."*
 - Wenn Sie die Anfragen für den *ab-server* beantworten, achten Sie bitte darauf, dass Sie Fremdwörter, die Sie benutzen, auch erklären (z.B. introvertiert, Disposition ...), oder eine alltagsprachliche Umschreibung wählen.
 - Bei Hinweisen zu weiteren Informationen, die die Anfragenden auf unseren Internetseiten finden, bitte nicht nur den allgemeinen Link angeben (www.ab-server.de), sondern auch die nächsten Überschriften der Hyperlinks mit erwähnen. Beispiel: *"Sie finden auf unseren Internetseiten unter www.ab-server.de bei ‚Hilfe bei Essstörungen‘ Seiten mit dem Titel ‚Selbsthilfegruppen / Beratungsstellen‘. Diese enthalten eine Liste von Beratungsstellen, die sich auf Essstörungen spezialisiert haben."* Sie können auch den direkten Link in die Antwort kopieren. Für die Beratungsstellen wäre dies beispielsweise http://www.uni-leipzig.de/essstoerungen/beratst_p.htm.
 - Der Grund für dieses Vorgehen ist, dass wir den Schritt, sich weitere Informationen zu suchen bzw. Kontakt mit einer Beratungsstelle aufzunehmen, so einfach wie möglich gestalten möchten.
 - Mit dem Angebot weiterer Hilfe von unserer Seite gehen wir sehr sparsam um. Der *ab-server* stellt in erster Linie ein Präventionsprojekt dar. Wir bieten demnach keine längerfristige begleitende Beratung an. Wenn Sie den Eindruck haben, dass es bei jemanden wichtig sein könnte, dies anzubieten, oder aber etwas mehr Verbindlichkeit aufzubauen, dann dürfen Sie das selbstverständlich trotzdem tun. In manchen Fällen bietet sich eine Art "Zwitterlösung" folgender Art an: *"Sollten Sie nach einem Kontakt mit einer Beratungsstelle noch Fragen haben, dürfen Sie sich gerne wieder an uns wenden."*
-

-
- Die Online-Berater/-innen beantworten die Anfragen als Teil des Beratungsteams des *ab-server* und schreiben nur bei persönlichen Meinungen etc. „ich“. Beispiel: *"Meiner Ansicht nach haben Sie schon sehr viel geschafft..."*. Ansonsten sprechen wir von „uns“ bzw. „wir“ z.B. *„... sich gerne wieder an uns wenden“*, statt *„...sich gerne wieder an mich wenden“*.

Frage nach Therapieplatz:

- Wenn konkret nach freien Therapieplätzen gefragt wird, wird ein solcher gesucht und die entsprechenden Daten werden dann übermittelt (dabei wird darauf geachtet, dass die Therapieeinrichtung auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert ist).
- Bei konkreten Angaben von Therapieeinrichtungen werden – je nach Angebot – *mindestens drei* Therapieeinrichtungen aufgeführt.
- Um die Suchmöglichkeiten nach einem Therapieplatz zu erweitern, wird immer auch auf die Listen von Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen verwiesen, die auf dem *ab-server* zu finden sind.

Andere diffizile Fragen:

- Bei speziellen Anfragen (z. B. aus dem rechtlichen oder medizinischen Bereich) recherchiert das Beratungsteam selbst bei entsprechenden Fachkliniken oder leitet die Frage an kompetente Fachleute (z.B. UPD) weiter.
 - Stand: August 2009
 - Zur Kenntnis genommen:
 - Datum, Unterschrift
 - Honorarmitarbeiter/-in der Online-Beratung
-

III Empirische Untersuchung

1 Einleitung

Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit wurden die Antworttexte der Online-Berater des ab-server mit Hilfe des Softwareprogrammes MAXqda einer inhaltlichen und strukturellen Analyse unterzogen. Zielsetzung der vorliegenden Datenauswertung ist die Untersuchung von Kommunikationsmerkmalen bzw. -strukturen, die textbasierten Interventionsmethoden zugrunde liegen. Ausgangspunkt für die Formulierung der Fragestellungen waren die der Online-Beratung des ab-server zugrunde liegenden Richtlinien der DFE e.V. Die Fragestellungen werden nachfolgend ausführlich dargestellt und im weiteren Verlauf beantwortet.

1.1 Ableitung und Formulierung der Fragestellung

Der vorliegenden Diplomarbeit zugrunde liegende Datensatz wird nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring strukturiert und analysiert. Dabei werden nach dem Lesen des gesamten Antworttextes eines Online-Beraters, die aus den Richtlinien der DFE e.V. (siehe Abschnitt IV.2.1) und der Textanalyse abgeleiteten vier Abschnitte der Beratungsstruktur: *Begrüßung*, *Spiegelung*, *Intervention* und *Abschluss* (detaillierte Ausführungen sind im Abschnitt 3.1 des Ergebnisteils nachzulesen), sowie die drei zentralen Interventionsziele als Grundgerüst und Orientierung zur Strukturierung der einzelnen Textbestandteile genutzt. Dabei wird das, aus Beratungsstruktur und Beratungszielen bestehende Grundgerüst, wie eine Art Schablone auf den Antworttext gelegt und entsprechende Textbestandteile den einzelnen Beratungsabschnitten bzw. Interventionszielen zugewiesen. Diese extrahierten Analyseeinheiten werden dann nach inhaltlichen Gesichtspunkten bewertet und einer an dem Inhalt des Textbestandteiles orientierten und benannten Kategorie zugeordnet. Während des Analyseprozess werden so Textstellen identifiziert und entweder einer bereits definierten Kategorie zugeordnet oder es wird eine neue Kategorie induktiv, dem spezifischen Inhalt des Textbestandteiles entsprechend gebildet und formuliert. Das entwickelte Kategoriensystem ergibt sich demnach aus dem,

durch wissenschaftlich-theoretischen Vorüberlegungen und den Richtlinien der DFE e.V. extrahiertem Grundgerüst. Dieses ist durch die Beratungsstruktur und die drei zentralen Beratungsziele: *Vermittlung von Informationen, Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung und Aktivierung ins professionelle Hilfesystem*, gekennzeichnet ist. Durch die kontinuierliche Analyse des vorliegenden Datensatzes vervollständigt sich das Kategoriensystem folglich im Analyseprozess. Aufgrund des großen Umfangs des Datensatzes und der inhaltlichen Vielschichtigkeit der Antworttexte der Online-Berater, wurden so viele Kategorien gebildet, das aus Gründen einer besseren Systematik und Übersichtlichkeit, das Kategoriensystem erneut modifiziert wurde. Dies geschah durch die Bildung von übergeordneten Kategorien auf einer höheren Abstraktionsebene. Inhaltlich und thematisch ähnliche Kategorien konnten so in einem weiteren Analyseprozess unter den übergeordneten Kategorien subsumiert werden. Zusätzlich kann sich eine Erweiterung des Kategoriensystems durch die Bildung von Sonderkategorien, die zum Beispiel Antworttexte der Online-Berater an Angehörige von Betroffenen umfassen, ergeben.

Fragestellung 1: Können die Beratungstexte der Online-Berater des ab-server inhaltlich und strukturell in einzelne Textbestandteile zerlegt werden, so dass auf der Grundlage dieser Analyseeinheiten ein Kategoriensystem entwickelt werden kann und lassen sich über – bzw. untergeordnete Kategorien differenzieren?

Im Rahmen des Forschungsprojektes und der Betreuung des „Informations- und Beratungsserver für Essstörungen - der ab-server -“ wurden bereits im Jahre 2006 Nutzeranalysen der Online-Beratung des ab-server von Grunwald und Wesemann durchgeführt. Grunwald & Wesemann (2006) untersuchten im Rahmen ihrer Studie 2176 Online-Anfragen, die im Zeitraum von Oktober 1998 bis Dezember 2002 an das Beraterteam des ab-server gesandt wurden. Das heißt, dass mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse, Anfragetexte an die Online-Beratung des ab-server im Hinblick auf Angaben zur Person des Anfragenden, der Erkrankungsform und dem Anfragegrund untersucht wurden. Das methodische Vorgehen der Nutzeranalyse war dabei gekennzeichnet durch die Strukturierung der Anfragetexte und der Bildung von Kategorien. Auf dieser Grundlage, ist anzunehmen, dass es möglich ist, die Antworttexte der Online-Berater des ab-server ebenfalls einer qualitativen Inhaltsanalyse zu unterziehen und ein Kategoriensystem zu

entwickeln. Da es bisher noch keine Analysen der Beratungsantworten der Online-Berater des ab-server gibt, soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Qualitätssicherung bzw. -verbesserung des Online-Beratungsangebotes des ab-server im Sinne der Zielgruppe leisten. Darüber hinaus gibt es kaum inhaltliche Untersuchungen zu Online-Beratungsprozessen, so dass die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur besseren theoretischen Fundierung internetbasierter Beratungsangebote darstellt.

Fragestellung 2: Besteht die Möglichkeit anhand des entwickelten Kategoriensystems zu überprüfen, ob die in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Qualitätskriterien, sowie die davon abgeleitete Beratungsstruktur und die Beratungsziele für die Online-Beratung des ab-server im Beratungsprozess umgesetzt bzw. eingehalten werden?

Hypothese 2a: Die aus den Richtlinien der DFE e.V. extrahierten vier Abschnitte der Beratungsstruktur: Begrüßung, Spiegelung, Intervention und Abschluss für die Online-Beratung des ab-server, kann auf der Grundlage des entwickelten Kategoriensystems bestätigt werden.

Hypothese 2b: Die in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Zielsetzungen für die Online-Beratung des ab-server: Vermittlung von Information zu Essstörungen, Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich Erkrankung und Aktivierung ins professionelle Hilfesystem wird in den Antworttexten der Online-Berater umgesetzt und spiegelt sich in den aufgestellten Kategorien wieder.

Hypothese 2c: Beschränkungen und Grenzen der Online-Beratung, auf die ebenfalls in den Richtlinien hingewiesen wird, lassen sich durch die aus den Antworttexten der Online-Berater extrahierten Textbestandteile und anhand der aufgestellten Kategorien bestätigen.

Hypothese 2d: Zwischen den Kategorien zeigen sich quantifizierbare Unterschiede und diese lassen Rückschlüsse auf die Bedeutung und Umsetzung der in den Richtlinien verankerten Interventionsziele zu.

Hypothese 2e: Interventionstheoretische Grundannahmen textbasierter Beratung, lassen sich in sich in den Antworttexten der Online-Berater des ab-server finden und spiegeln sich in speziellen Kategorien des Kategoriensystems wieder.

Durch die systematische, strukturelle und inhaltliche Analyse aller Antworttexte des

vorliegenden Datensatzes ist es möglich, eine Einschätzung über die Einhaltung der in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Qualitätskriterien (siehe Abschnitt II.C.11.2), vorzunehmen. Insbesondere die Umsetzung der vorgegebenen Interventionsziele im Rahmen der Online-Beratung des ab-server (siehe Abschnitt IV.2.2.1) sowie die Einhaltung der Beratungsstruktur (Abschnitt IV.2.2.1) sind durch die systematische Analyse aller Textbestandteile der Antworttexte der Online-Berater überprüfbar. 2007 beschreibt Kuckartz, dass es von großem Nutzen sein kann, auch in qualitativen Untersuchungen quantitative Aspekte zu eruieren: Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit werden die aufgestellten über- bzw. untergeordneten Kategorien des Kategorienschemas einer quantitativen Analyse unterzogen und die absoluten Häufigkeiten der aufgestellten Kategorien ermittelt. Dieses Vorgehen erlaubt es, mögliche quantitative Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien aufzuzeigen und daraus die Bedeutung einzelner über- bzw. untergeordneter Kategorien für die Umsetzung der Interventionsziele abzuleiten und empirisch zu überprüfen. Da eine klientenzentrierte Haltung auch für den Beratungsprozess in der Online-Beratung eine notwendige Voraussetzung und Grundlage für eine konstruktiven und hilfreichen Berater-Klienten-Beziehung darstellt, ist anzunehmen, dass sich in den Antworttexten der Online-Berater Textbestandteile identifizieren lassen, deren Inhalt klientenzentrierte Ansätze aufweisen.

2 Methodik

Die vorliegende Untersuchung umfasst 1056 Antworttexte der Online-Berater, deren Textbestandteile durch die inhaltliche und qualitative Analyse strukturiert, zusammengefasst und in ein Kategoriensystem integriert werden konnten. Mit Hilfe der qualitativen Analyse wurden die inhaltlichen und schriftsprachlichen Eigenschaften der Textbestandteile der Antworttexte der Online-Berater systematisch identifiziert und kategorisiert. Somit sollen Erkenntnisse über die, der Online-Beratung zugrunde liegenden Kommunikationsmerkmale und -strukturen gewonnen werden. In einem weiteren Analyseschritt wurden die systematisch gewonnenen Kategorien mit dem Ziel der Bildung von über- bzw. untergeordneten Kategorien einer höheren Abstraktionsebene zugeführt. Dadurch ist es gelungen, eine bessere Strukturierung und Übersichtlichkeit des Kategoriensystems herauszubilden. Nach der Differenzierung zwischen über- und untergeordneten Kategorien,

konnte den Analyseprozess abschließend eine quantitative Auswertung des Datensatzes vorgenommen werden. Da sich, bei der gewählten methodischen Vorgehensweise, Erhebung und Auswertung der Daten überschneiden, konnten weitere Hypothesen (Hypothese 2d) im Analyseprozess aufgestellt werden. Die methodischen Aspekte werden im Folgenden näher erläutert.

2.1 Vorgehen

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist, ein möglichst umfassendes Abbild der Inhalte, Strukturen und Kommunikationsmerkmale der Antworttexte der Online-Berater zu erstellen. Daher wurden die Antworttexte unter Zuhilfenahme der qualitativen und strukturierenden Inhaltsanalyse und der Zusammenfassung nach Mayring (2000) ausgewertet. Durch die qualitative Auswertung wird ein Kategoriensystem erstellt, das die Textbestandteile der Antworttexte analysiert und strukturiert erfasst. Zunächst wurden die Antworttexte der Online-Berater gelesen und auf der Grundlage der Richtlinien der DFE e.V. auf gemeinsame Merkmale oder Kriterien untersucht. Im Rahmen dieser Vorgehensweise konnte sowohl eine der Online-Beratung des ab-server zugrunde liegende Beratungsstruktur: *Begrüßung, Spiegelung, Intervention und Abschluss* als auch drei zentrale Interventionsziele: *Vermittlung von Information, Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung und Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* extrahiert werden. Das Datenmaterial wurde anschließend unter Verwendung dieses Grundgerüsts als Schablone, einer ersten Analyse unterzogen. Dabei wurden die einzelnen Textbestandteile der Antworttexte analysiert, strukturiert und auf der Grundlage inhaltlicher Gesichtspunkte zu Kategorien zusammengefasst. Der Name der Kategorie wurde den inhaltlichen Kriterien angepasst. Wurden im Verlauf der Textanalyse weitere relevante Textstellen identifiziert, die jedoch nicht in die bereits definierten Kategorien passten, wurden neue Kategorien etabliert. Kategorien, deren Textbestandteile Inhalten bereits definierter Kategorien entsprechen, werden in diese Kategorien integriert. Da das vorliegende Datenmaterial sehr umfangreich und eine Vielzahl an Kategorien entstanden ist, wurde als weitere Modifikation des Kategoriensystems eine höhere Abstraktionsebene für übergeordnete Kategorien eingeführt. So sind für die einzelnen Abschnitte der Beratungsstruktur und die drei zentralen Beratungsziele jeweils übergeordnete Kategorien gebildet worden. Denen sind in einem

weiteren Analyseschritt thematisch und inhaltlich ähnliche Kategorien untergeordnet worden. Auf der Grundlage einer qualitativen Inhaltsanalyse konnten die Antworttexte der Online-Berater des ab-server inhaltlich strukturiert und in ein Kategoriensystem mit über – bzw. untergeordneten Kategorien systematisch eingeordnet werden. Dadurch konnten nominalskalierte Variablen gewonnen werden, die anschließend zur Untersuchung der Verteilung absoluter Häufigkeiten innerhalb der Kategorien genutzt wurden. Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse ist in Abschnitt IV nachzulesen.

Die Antworttexte wurden unter Verwendung des Textanalysesystems MAXqda 2001 für Windows 98/ME/NT und 2000 bearbeitet. Dafür wurden die Antworttexte in das Programm eingelesen und dann anschließend einzeln bearbeitet. Der MAXqda- Bildschirm besteht aus 4 Hauptfenstern (Abb. 6), die *Liste der Texte* enthält eine Übersicht aller Antworttexte, die *Liste der Codes* beinhaltet das Kategoriensystem, im Hauptfenster *Texte* wird jeweils ein Text aus der Liste der Texte angezeigt. In diesem Fenster werden die extrahierten Textbestandteile den entsprechenden Codes zugeordnet und in der *Liste der Codings* können die Codierungen der einzelnen Kategorien angezeigt werden.

Durch das Bearbeiten der Antworttexte mit dem Softwaretool MAXqda konnten Textbestandteile der Antworttexte einzelnen induktiv erarbeiteten Kategorien zugeordnet werden. Dabei wurde das Kategoriensystem schrittweise erweitert, indem der Liste der Codes neue Kategorien hinzugefügt wurden. Bei vorliegenden Textbestandteilen, die eine Zuordnung schwierig machten, wurden Möglichkeiten der Kodierung in der Forschungsgruppe diskutiert. In der nachfolgenden Abbildung ist der Bildschirm des zur Bearbeitung des Datensatzes verwendeten Softwaretools MAXqda dargestellt.

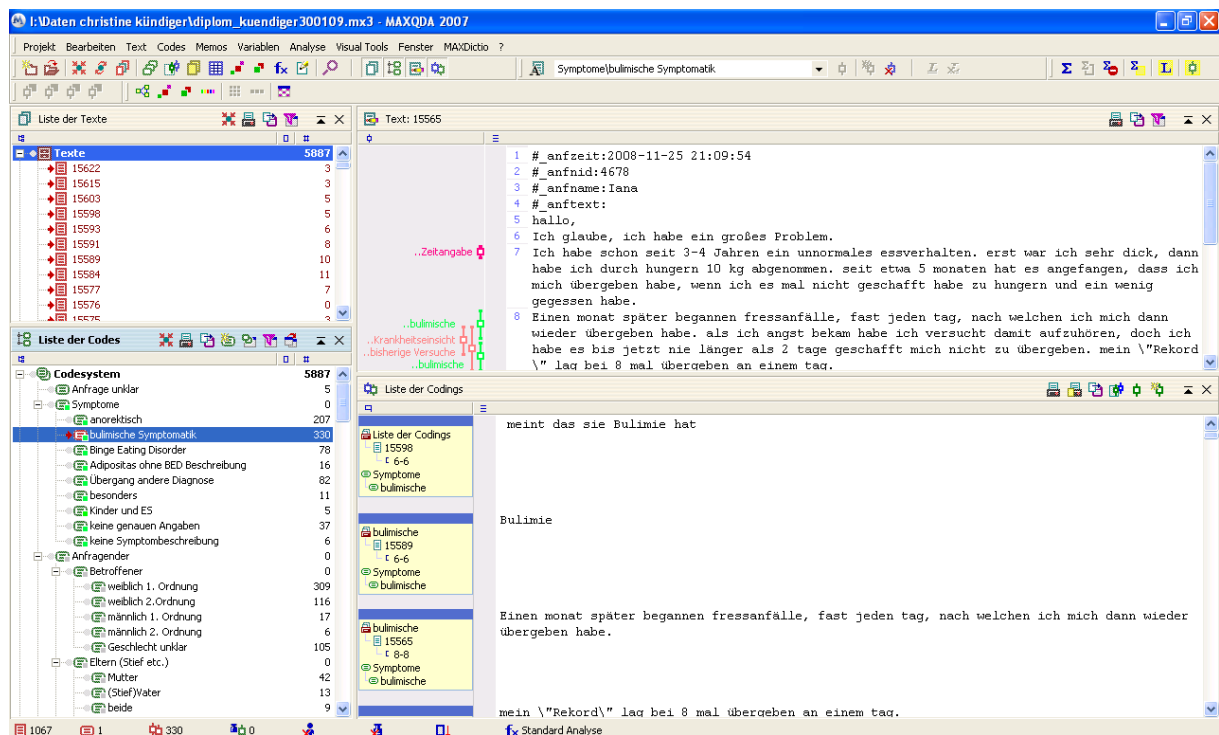


Abbildung 6: MAXqda - Bildschirm

Die nachfolgende Graphik stellt die methodische Vorgehensweise bei der Auswertung des Datenmaterials dar.

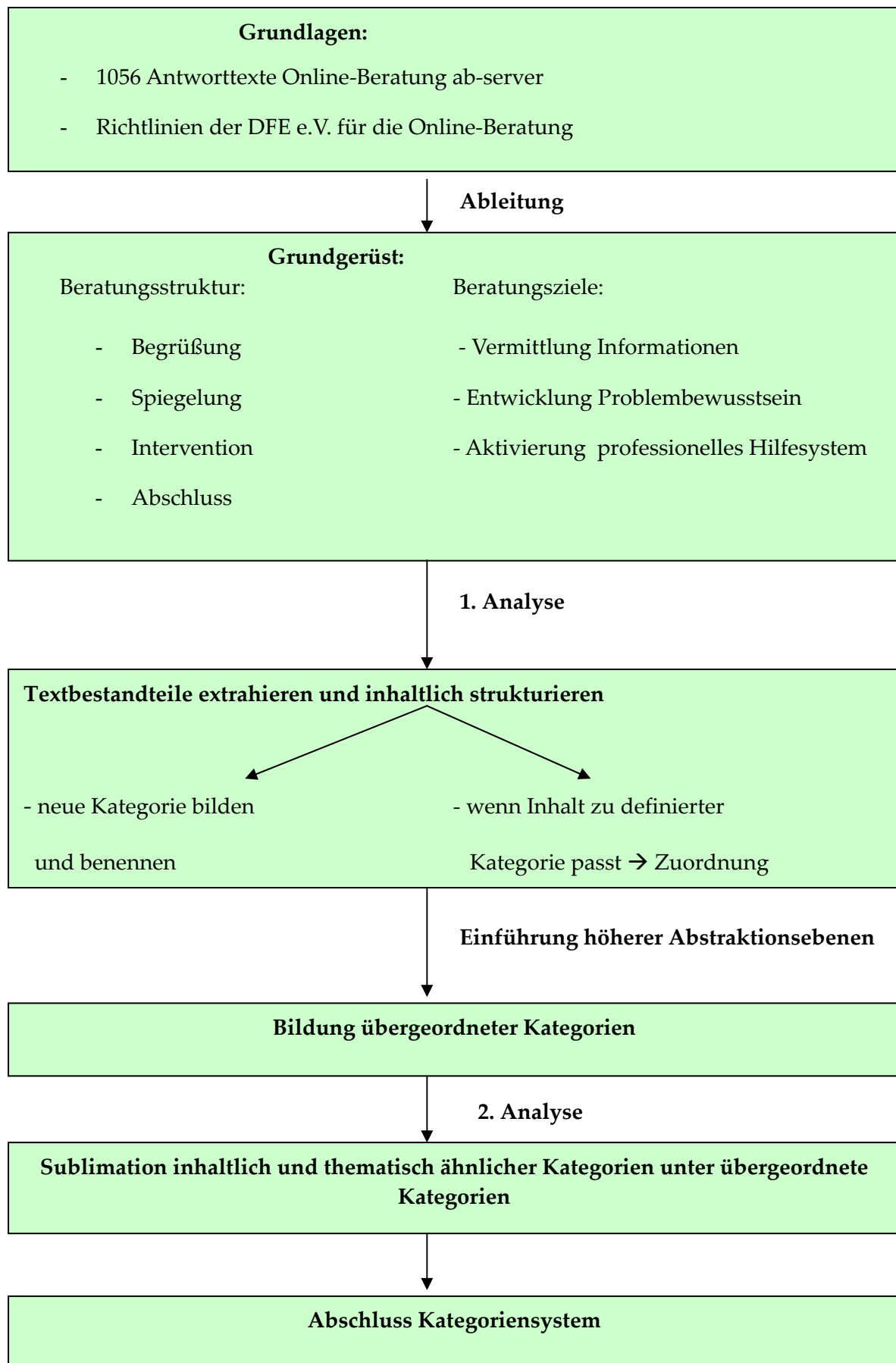


Abbildung 7: Prozessmodell methodische Vorgehensweise

2.4 Statistische Auswertung der quantitativen Daten

Nachdem aus dem Datenmaterial induktiv ein Kategoriensystem extrahiert wurde, sollen auch quantitative Aspekte berücksichtigt werden. Für alle extrahierten Kategorien wurden Häufigkeiten erhoben. Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der einzelnen Kategorien ist ausführlich im Ergebnisteil dargestellt.

2.5 Stichprobe und Untersuchungszeitraum

In die qualitative Analyse konnten $n = 1056$ Antworttexte der Online-Berater des ab-server einbezogen werden. Die Antworttexte wurden im Zeitraum vom 01.12.2007 bis zum 30.11.2008 von den Online-Beratern des ab-server erstellt.

IV Ergebnisteil

1 Einleitung

In dem Abschnitt II.11.1 wurden Aufbau und Funktion des „Informations- und Beratungsserver für Patienten mit Essstörungen und deren Angehörige“ (der ab-server), ausführlich vorgestellt. Ergänzend dazu wurden die Richtlinien des DFE. e.V., die der Online-Beratung des ab-server zugrunde liegen, explizit beschrieben (siehe Abschnitt II 11.2.). Diese Richtlinien enthalten Regeln zu Verhaltensweisen, die von den Online-Beratern gegenüber den Ratsuchenden eingehalten werden müssen. Sie legen die formelle Vorgehensweise und den Ablauf bei der Erstellung des Beratungstextes fest und verankern zentrale Ziele der Online-Beratung des ab-server.

Innerhalb der Regeln zu Verhaltensweisen während einer Online-Beratung darf zum Beispiel aufgrund von Aussagen in einer Online-Anfrage keine Diagnose gestellt, sondern nur Wahrscheinlichkeitsaussagen getroffen werden. Weiterhin dürfen die Online-Berater keine direktiven Anweisungen in ihren Beratungstexten geben, sondern nur Handlungsempfehlungen. Ein Verweis im Beratungstext auf eigene therapeutische Angebote oder die Angebote einer Einrichtung, an der die Berater/-innen tätig sind oder waren, ist grundsätzlich nicht statthaft und führt zum Ausschluss.

Zu den Richtlinien zur formellen Vorgehensweise und dem Ablauf bei der Erstellung eines Beratungstextes gehört zum Beispiel, dass in den Antworten des Online-Beraters im Feld „Betreff“ immer „Antwort vom ab-server“ einzutragen ist. Weiterhin werden Anfragende unter dem 16. Lebensjahr grundsätzlich mit „Du“ angeschrieben und bei keiner Altersangabe mit „Sie“. Zum besseren Verständnis der Antwort des Online-Beraters soll in der Beraterantwort nach der Begrüßung das zentrale Anliegen des Ratsuchenden kurz zusammengefasst und an den Anfragenden „gespiegelt“ werden.

Die in den Richtlinien des DFE e.V. beschriebenen Zielsetzungen der Online-Beratung des ab-server sind in vier Hauptpunkten verankert:

- 5.) Die Online-Beratung stellt auf Anfrage Informationen zu Erscheinungsbild, Formen und Therapie von Essstörungen bereit.
 - 6.) Die Online-Beratung ist nicht auf Langfristigkeit ausgerichtet, und sie kann und will keine therapeutische Intervention ersetzen.
-

-
- 7.) Die Online-Beratung will dazu beitragen, dass Ratsuchende ein Problembewusstsein hinsichtlich der Erkrankung ausbilden.
 - 8.) Insbesondere Betroffene mit einer chronifizierten Essstörung sollen fallspezifisch zur Aufnahme therapeutischer Hilfe aktiviert werden.

Auf der Grundlage der allgemeinen Richtlinien der Online-Beratung des ab-server wurden im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit mit Hilfe einer inhaltlichen und strukturellen Analyse der Beratungstexte der Online-Berater grundlegende Beratungsstrukturen und Beratungsziele, Besonderheiten, sowie Ansätze spezifischer Interventionsmethoden der Online-Beratung des ab-server expliziert. Dazu wurden aus den Beratungstexten einzelne Textbausteine extrahiert und zu Analyseeinheiten zusammengefasst. Sie bildeten die Grundlage zur Entwicklung eines Kategoriensystems bildeten, dass über- und untergeordneten Kategorien enthält. Im nachfolgenden Kapitel werden die aus den Beratungstexten der Online-Berater abgeleiteten grundlegenden Beratungsstrukturen und Beratungsziele der Online-Beratung des ab-server ausführlich dargestellt.

2 Beratungsstruktur/Beratungsziele

2.1 Allgemeine Beratungsstruktur/Beratungsziele

Auf der Grundlage der strukturellen und inhaltlichen Analyse der Beratungstexte der Online-Berater des ab-server und den in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten formellen Regeln und Kriterien für die Online-Beratung, lassen sich folgende vier Abschnitte innerhalb der Beratungsstruktur für den grundlegenden Ablauf einer Online-Beratung des ab-server ableiten:

1. Begrüßung
2. Spiegelung
3. Intervention
4. Abschluss

Die Erstellung einer Beraterantwort beginnt immer mit der Begrüßung des Ratsuchenden, wobei die in den Richtlinien der DFE e. V. verankerten formellen Regeln zu berücksichtigen

sind. Im zweiten Abschnitt wird mit Hilfe der Methode der Spiegelung (siehe Abschnitt) das zentrale Anliegen des Ratsuchenden von dem Online-Berater zusammengefasst und an den Online-Anfragenden „gespiegelt“. Dabei versucht der Online-Berater, auf das Geschriebene in den Anfragetexten der Betroffenen so zu reagieren, dass er deren Perspektive einnehmen kann. Das heißt, die Online-Berater geben in eigenen Worten das zurück, was sie von den „Anfragenden“ an Problemen, Gedanken, Fragen und Gefühlen verstanden haben.

Der dritte Abschnitt der Online-Beraterantwort ist der Intervention gewidmet. An dieser Stelle werden in der Beraterantwort zwei Schwerpunkte im Text umgesetzt:

- (1) Realisierung einer möglichst individuellen Hilfestellung für den Ratsuchenden auf der Grundlage des Anfragetextes und der fachlich-professionellen Einschätzung des Online-Beraters;
- (2) Beachtung der allgemeinen Richtlinien und Beratungsziele der DFE e.V.

Auf der Grundlage der im Rahmen der Diplomarbeit durchgeführten Analyse der Beratungstexte der Online-Berater und der Verknüpfung mit den Richtlinien der DFE e.V., lassen sich drei zentrale Interventionsziele der Online-Beratung des ab-server ableiten:

1. Vermittlung von Informationen über Essstörungen;
2. Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich der Erkrankung;
3. Vermittlung und Wegweiser ins professionelle Hilfesystem;

Die vierte Beratungsstruktur umfasst die Verabschiedung und stellt den Abschluss der Beraterantwort des Online-Beraters dar. Dabei sind ebenso wie bei der Begrüßung die formellen Regeln, die in den Richtlinien der DFE e.V. verankert sind, durch die Online-Berater einzuhalten.

2.2 Entstehung des Kategoriensystems

Grundlage für die Entwicklung des vorliegenden Kategoriensystems war das Lesen der Beratungstexte der Online-Berater unter Berücksichtigung der Richtlinien der DFE e.V. für die Online-Beratung des ab-server. Anschließend wurde die inhaltliche und strukturelle Analyse der einzelnen Textbausteine mit Hilfe des Softwareprogramms MAXqda und die

Zuordnung der einzelnen Analyseeinheiten in über – bzw. untergeordnete Kategorien vorgenommen. Als Grundlage und Orientierung konnte dabei auf die, aus der Verknüpfung der Online-Beratung des ab-server zugrunde liegenden Richtlinien und der Analyse der Beratungstexte abgeleiteten vier Abschnitte der Beratungsstruktur: *Begrüßung*, *Spiegelung*, *Intervention* und *Abschluss* sowie auf die drei zentralen Interventionsziele: *Vermittlung von Information*, *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* und *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem*, zurückgegriffen werden. Die vier Abschnitte der Beratungsstruktur und die drei zentralen Interventionsziele stellten somit das Grundgerüst für die Entwicklung des Kategoriensystems dar.

Tabelle 3: Grundgerüst Beratungsstruktur/Beratungsziele

<i>Beratungsstruktur</i>	<i>Beratungsziele</i>
• <i>Begrüßung</i> • <i>Spiegelung</i> • <i>Intervention</i> • <i>Abschluss</i>	• <i>Vermittlung von Information</i> • <i>Problembewusstsein Erkrankung</i> • <i>Aktivierung ins professionelle Hilfesystem</i>

Im weiteren Verlauf wurden alle zu bearbeitenden Antworttexte der Online-Berater einer inhaltlichen und strukturellen Analyse unterzogen. Dabei wurden einzelne Textbausteine aus den Antworttexten extrahiert und zu Analyseeinheiten zusammengefasst. Im Anschluss wurden sie in das Grundgerüst eingeordnet. So entstand eine Vielzahl von einzelnen Kategorien, die jeweils dem entsprechenden Beratungsabschnitt oder dem Interventionsziel zugeordnet wurden. Aufgrund der enormen Anzahl der gebildeten Kategorien und einer daraus resultierenden Unübersichtlichkeit, erfolgte in einem nächsten Entwicklungsschritt die Überlegung, wie ein besserer Überblick sowie eine bessere inhaltliche Strukturierung des Kategoriensystems zu realisieren wäre. Auf dieser Grundlage entstand die Idee zur Bildung übergeordneter Kategorien im Sinne einer höheren Abstraktionsebene, wobei thematisch und inhaltlich ähnliche Kategorien jeweils einer übergeordneten Kategorie unterzuordnen sind. Die Umsetzung dieses Entwicklungsschrittes erfolgte für den Beratungsabschnitt „Spiegelung“ sowie die drei zentralen Interventionsziele. Für den Beratungsabschnitt „Spiegelung“ wird nachfolgend exemplarisch die Entstehung der über- und

untergeordneten Kategorien dargestellt. Die für die drei Interventionsziele entwickelten über- bzw. untergeordneten Kategorien sind den Ausführungen im Abschnitt IV.3.2 und IV.3.3 zu entnehmen. Für die „Spiegelung“ wurden insgesamt fünf übergeordnete Kategorien gebildet, denen jeweils thematisch und inhaltlich zugehörige Subkategorien zugewiesen wurden:

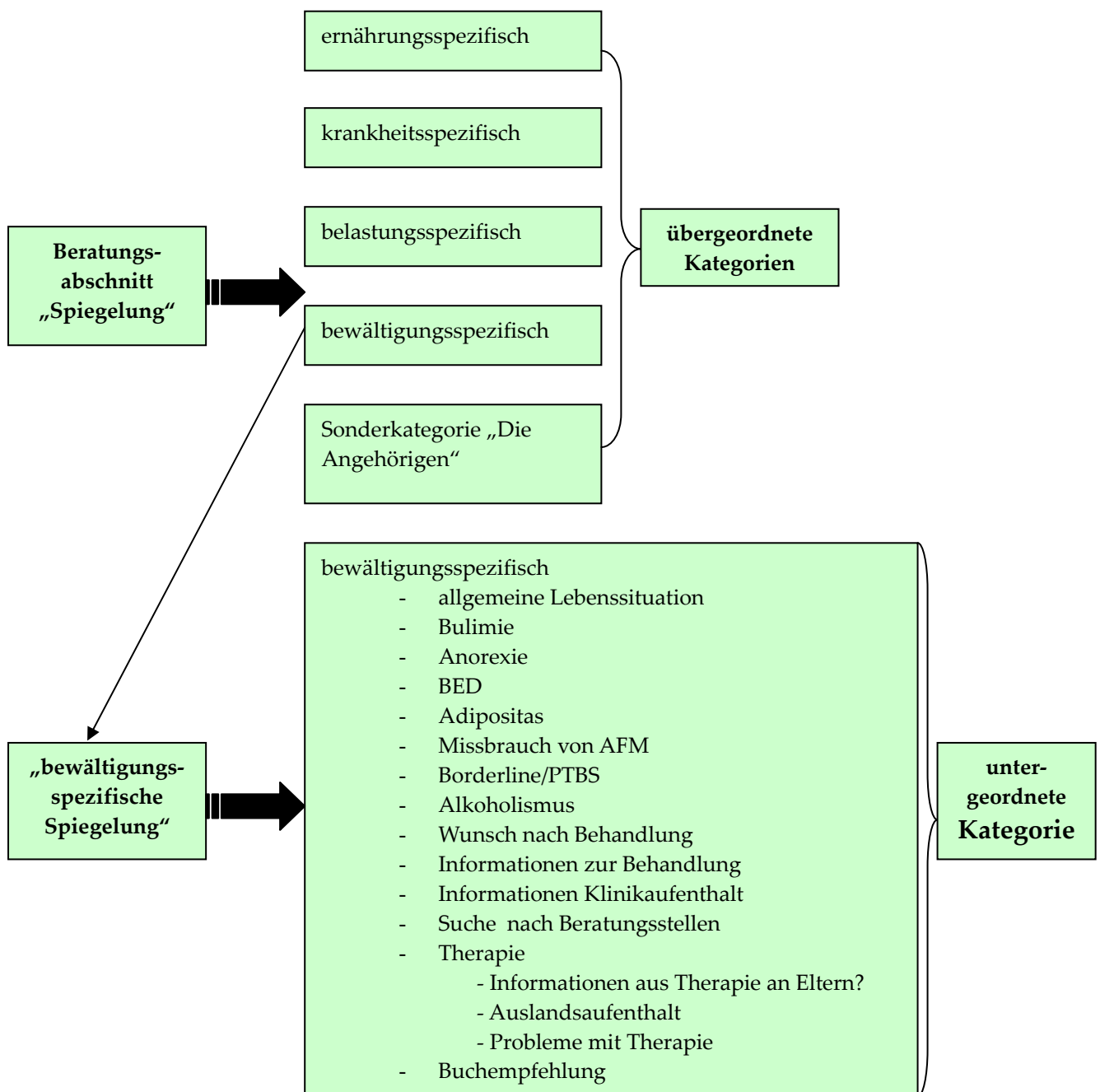


Abbildung 8: Überblick Entwicklung Kategoriensystem „Spiegelung“

Zur besseren Veranschaulichung wurden die einzelnen Abschnitte des Kategoriensystems graphisch dargestellt. Jede aufgestellte Kategorie wurde inhaltlich kurz beschrieben und anhand eines konkreten Textbeispiels aus den Antworttexten der Online-Berater belegt. Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der gebildeten über – bzw. untergeordneten Kategorien, d. h. wie oft eine aus den Textbausteinen extrahierte Analyseeinheit einer bestimmten Kategorie zugeordnet wurde, ist den Blockdiagrammen zu entnehmen. Nachfolgend erfolgt die ausführliche Darstellung des Kategoriensystems.

3 Beschreibung Kategoriensystem

3.1 Beschreibung Kategoriensystem Abschnitt „Spiegelung“

Nach der Begrüßung erfolgt in der Beratungsantwort zunächst eine Spiegelung dessen, was der Online-Berater an Gedanken, Gefühlen, Problemen, Sorgen und Fragen von dem/der Anfragenden verstanden hat. Der Abschnitt Spiegelung wurde im entwickelten Kategoriensystem in vier übergeordnete Kategorien unterteilt: ernährungsspezifisch, krankheitsspezifisch, belastungsspezifisch und bewältigungsspezifisch. Jeder Oberkategorie wurden weitere spezifische untergeordnete Kategorien zugewiesen, um die komplexen und inhaltlich vielschichtigen Möglichkeiten der Spiegelung besser strukturieren und systematisieren zu können. Einen Überblick über den Aufbau des Kategoriensystems für die Beratungsstruktur „Spiegelung“ gibt die nachfolgende Abbildung.

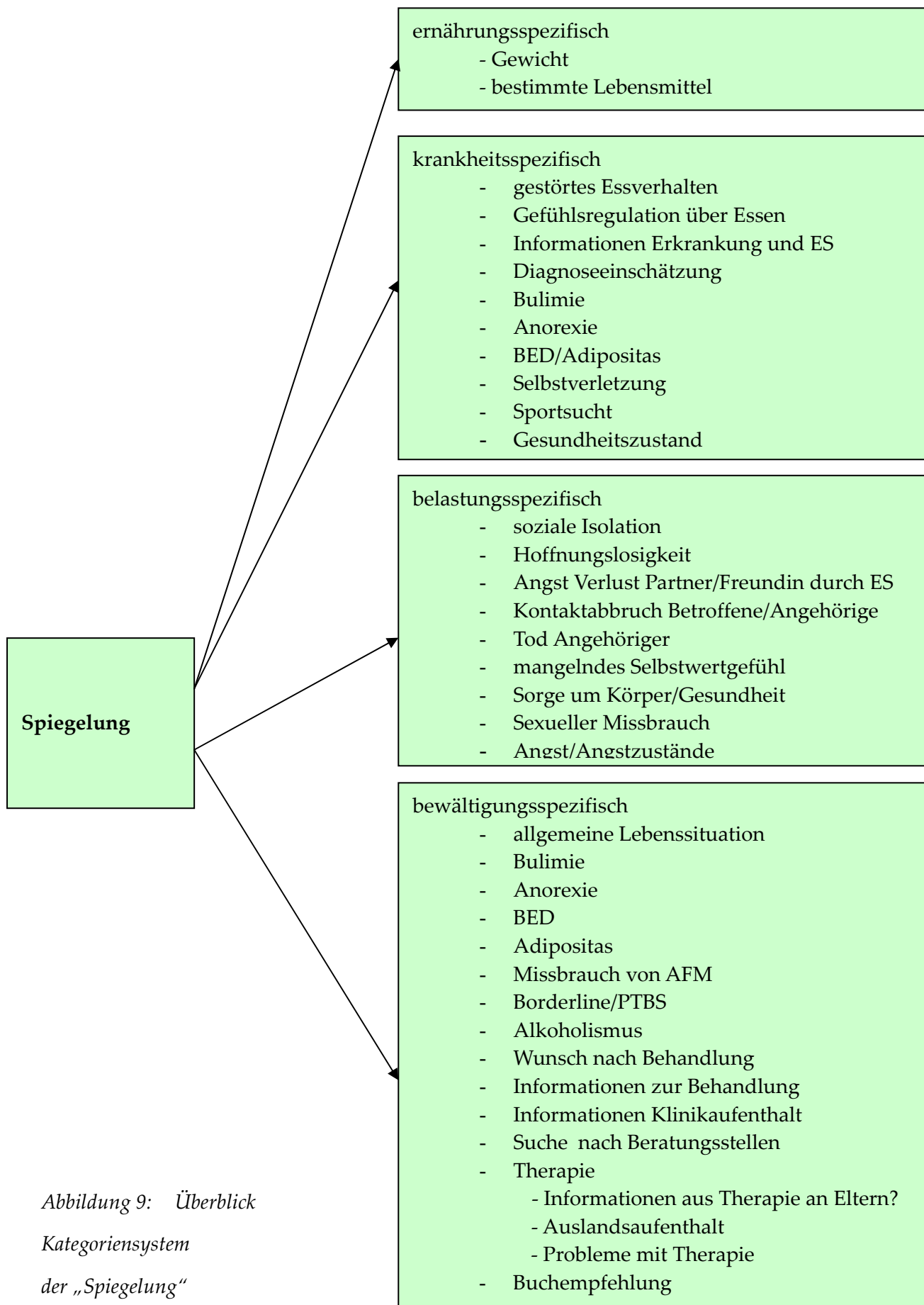


Abbildung 9: Überblick
Kategoriensystem
der „Spiegelung“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten bei der Vergabe der übergeordneten Kategorien innerhalb der Spiegelung: „ernährungsspezifisch“, „krankheitsspezifisch“, „belastungsspezifisch“ und „bewältigungsspezifisch“ ist in der Abb. 10 dargestellt. Dabei umfasst die Oberkategorie „bewältigungsspezifische Spiegelung“ mit insgesamt 336 die meisten Zuordnungen, gefolgt von der „krankheitsspezifischen Spiegelung“ mit 287 vergebenen Zuordnungen. Auf Platz drei folgt die „belastungsspezifische Spiegelung“ mit 80 Zuweisungen und den Abschluss bildet die „ernährungsspezifische Spiegelung“ mit insgesamt 51.

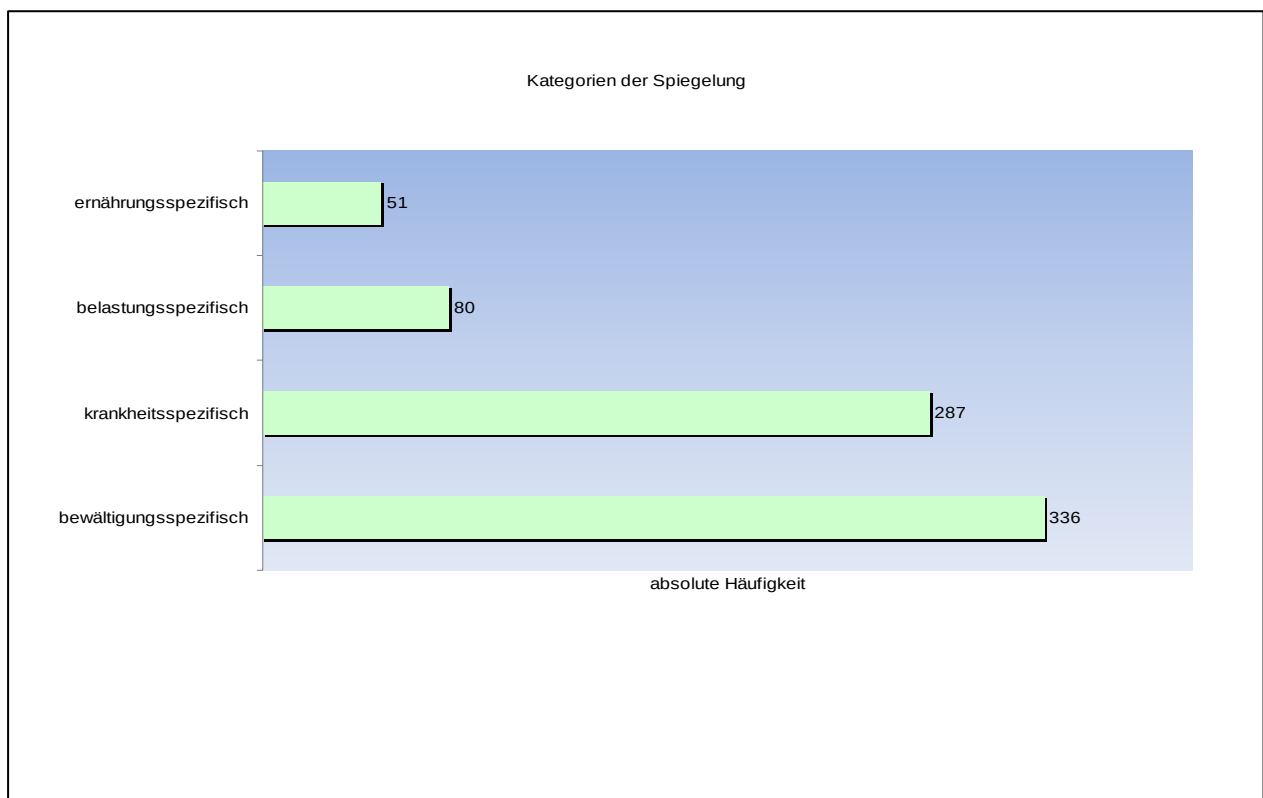


Abbildung 10: Verteilung absolute Häufigkeiten Beratungsabschnitt „Spiegelung“

3.1.1 Oberkategorie „ernährungsspezifische Spiegelung“

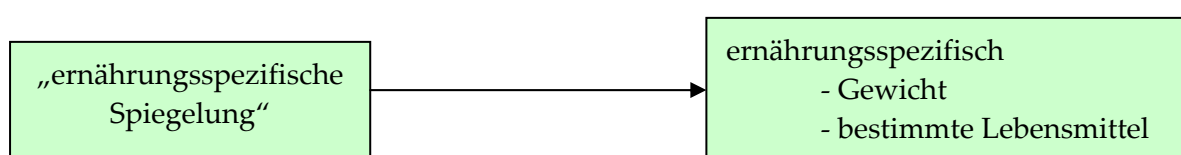


Abbildung 11: Überblick Oberkategorie „ernährungsspezifische Spiegelung“

In der übergeordneten Kategorie „Spiegelung/ernährungsspezifisch“ wurden inhaltlich alle Spiegelungen zu allgemeinen Fragen, Gedanken, Gefühlen und Problemen der Betroffenen im Zusammenhang mit Ernährung, d. h. Nahrungsaufnahme, Essverhalten und -gewohnheiten, Essenspläne und Ernährungsberatung zusammengefasst und zu Beginn der Beraterantwort gespiegelt.

„Weiterhin entnehme ich Ihrem Schreiben, dass Sie viele Fragen zum Thema Ernährung haben.“

Die Oberkategorie „ernährungsspezifische Spiegelung“ wurde in zwei weitere Unterkategorien „Spiegelung/Gewicht“ und „Spiegelung/bestimmte Lebensmittel“ unterteilt, die im Anschluss näher erläutert werden. Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „ernährungsspezifische Spiegelung“ ist der Abb. 12 zu entnehmen. Sie teilt sich wie folgt auf: am häufigsten wurden Probleme und Fragen im Zusammenhang mit der Kategorie „Gewicht“ gespiegelt, gefolgt von allgemeinen Hinweisen zur „Ernährung“ und insgesamt viermal wurde die Kategorie „bestimmte Lebensmittel“ zugewiesen.

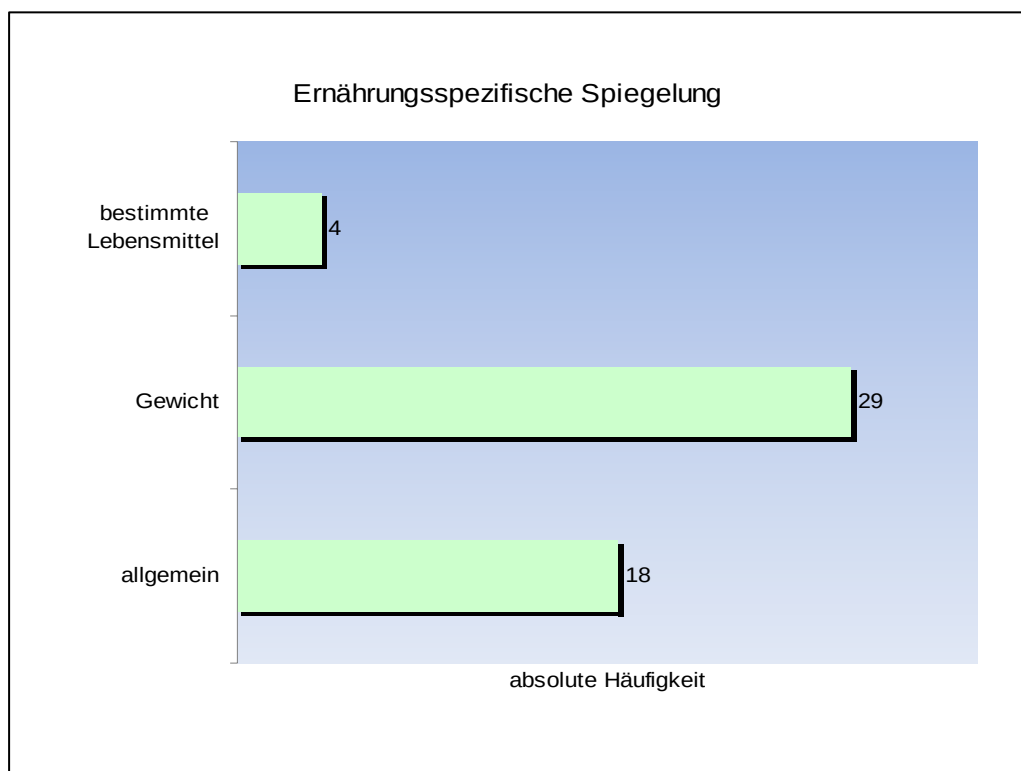


Abbildung 12: Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „ernährungsspezifische Spiegelung“

Die Kategorie „Spiegelung/ernährungsspezifisch/Gewicht“ umfasste alle Spiegelungen, die beschriebene Ängste, Sorgen, Gedanken und die Bitte um Ratschläge der Betroffenen in Verbindung mit Gewichtszunahme oder -reduktion, Gewichtsschwankungen und Normalgewicht zum Ausdruck brachte.

„Du hast uns geschrieben, dass Du Dich nicht gut fühlst weil Du aufgrund von vielen Süßigkeiten 15 kg zugenommen hättest. Du hast diesbezüglich um Hilfe gebeten.“

Die Spiegelung von Anfragen zu bestimmten Lebensmitteln bzw. zu Nahrungsmittelunverträglichkeit bildeten die Grundlage für die Herausbildung der Kategorie „Spiegelung/ernährungsspezifisch/bestimmte Lebensmittel“.

„Sie schrieben uns, dass Sie seit drei Monaten bei sich eine Nahrungsmittelunverträglichkeit beobachten müssen, fragten an, ob diese psychischer Ursache sein könnte und baten um eine möglichst hilfreiche Antwort.“

3.1.2 Oberkategorie „krankheitsspezifische Spiegelung“

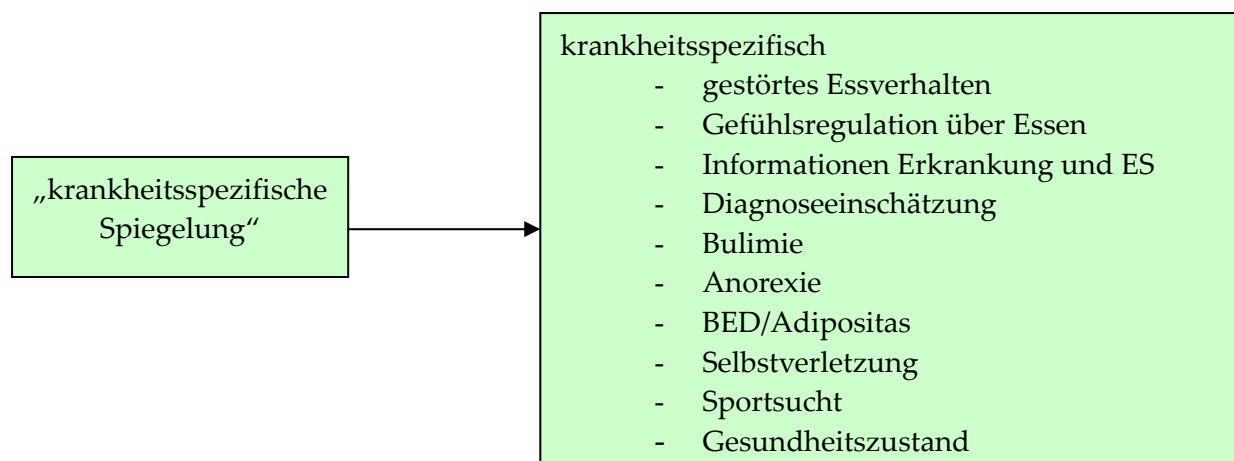


Abbildung 13: Überblick Oberkategorie „krankheitsspezifische Spiegelung“

In der übergeordneten Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch“ wurden alle Spiegelungen zu Anfragen, Beschreibungen, Sorgen und Ängsten der Betroffenen in Bezug auf einen gestörten Umgang mit Ernährung zusammengefasst. Kennzeichnend für die

Entstehung dieser Kategorie ist, dass der pathologische Charakter des Essverhaltens von den Beratern in den Spiegelungen zum Ausdruck gebracht und das Verhalten der Betroffenen als krankheitswertig bzw. veränderungsbedürftig erkannt und eingestuft und entsprechend an die Anfragenden zurück gespiegelt wurde. Die Oberkategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch“ wurde in elf weitere spezifische Unterkategorien unterteilt, die nachfolgend detailliert beschrieben werden.

„Sie berichten von Ihrer Vermutung, dass Ihr Essverhalten inzwischen den Grad einer Störung erreicht haben könnte. Phasen von normalem Essverhalten wechseln mit Essanfällen, denen bereits selbst herbeigeführtes Erbrechen gefolgt sei. Nun wünschen Sie sich Rat im Umgang mit diesen Problemen.“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „krankheitsspezifische Spiegelung“ ist in der Abb. 14 dargestellt.

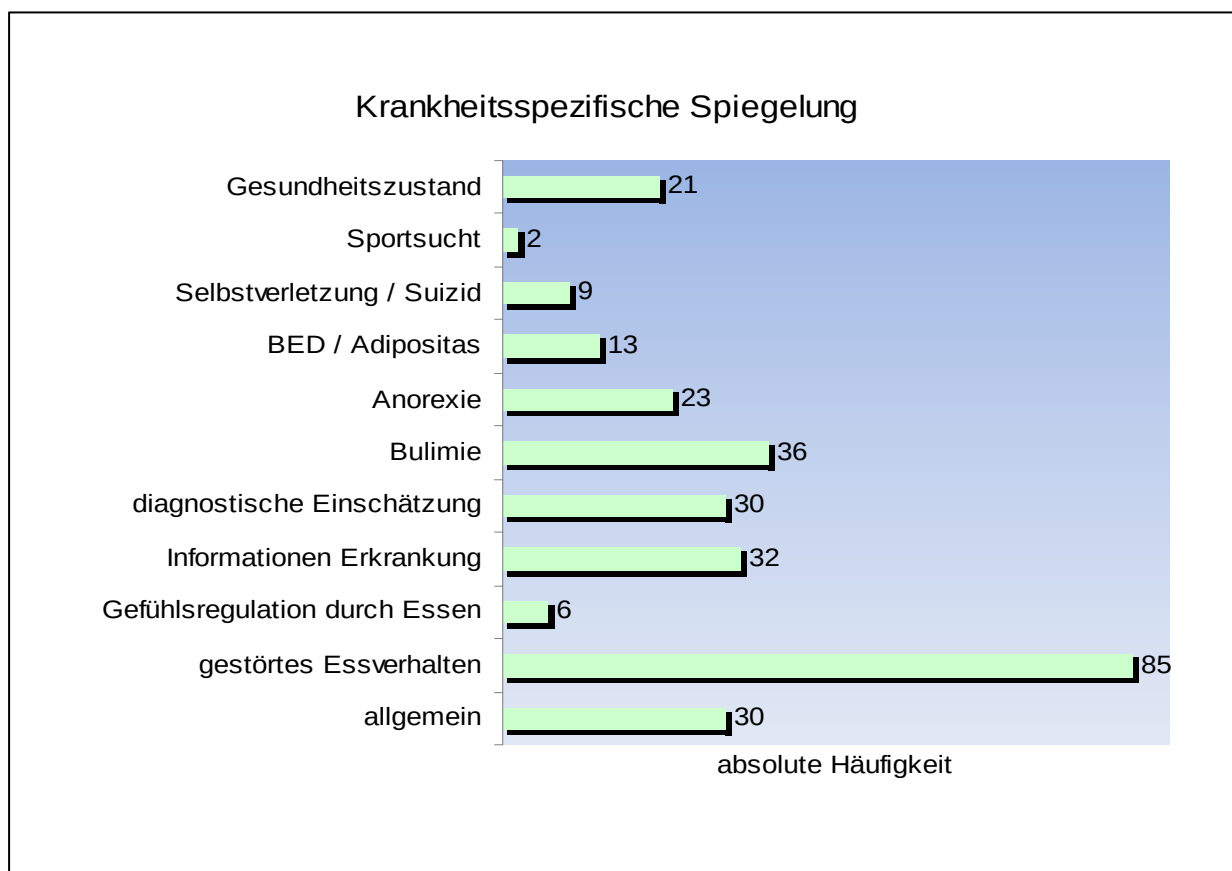


Abbildung 14: Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „krankheitsspezifische Spiegelung“

Konkrete Spiegelungen von Darstellungen, Anfragen, Unsicherheiten, Problemen und Ängsten im Zusammenhang mit pathologischem Essverhalten und Ernährungsgewohnheiten der Betroffenen bilden den Hintergrund der Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/gestörtes Essverhalten“.

„Sie berichten uns von Ihrer Unsicherheit bezüglich Ihres Essverhaltens. Einerseits glauben Sie zu wissen, wann Ihr Körper Nahrung braucht. Dann essen Sie mehrere kleine Mahlzeiten pro Tag. Andererseits scheint es jedoch auch Unsicherheiten zu geben, sonst würden Sie uns nicht schreiben. Sie berichten in weniger aktiven Zeiten von einer Nahrungskarenz von mehreren Tagen. Dann wieder könne es zu einer „doppelten Portion“ kommen. Das heißt, Sie haben ein sehr unregelmäßiges Essverhalten. Was weiter auffällt ist, dass Sie praktisch nie alleine essen.“

In der Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/Gefühlsregulation über Essen“ wurden alle Spiegelungen zu Anfragen der Betroffenen im Zusammenhang mit pathologischem Essverhalten und damit verbundener Gefühlsregulation zusammengefasst.

„Sie schreiben, weil Sie erkannt haben, dass Sie große Probleme mit dem Essen haben. Sie merken, wie Sie in Abhängigkeit von Ihrer Gefühlslage so genannte Fressanfälle bekommen.“

Spiegelungen von Anfragen bzw. der Bitte um Informationen zu Zusammenhängen zwischen Symptomen anderer Erkrankungen und einer möglichen Verbindung mit einer Essstörung, bildeten die Grundlage der Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/Informationen Erkrankungen und Essstörung“.

„Sie haben sich mit der Frage über einen Zusammenhang Viruserkrankung und Essstörung an uns gewandt.“

Die Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/Diagnoseeinschätzung“ umfasste und spiegelte alle Anfragen der Betroffenen oder Angehöriger in Bezug auf das Erkennen und Benennen einer evtl. vorliegenden Essstörung wieder.

„Sie haben uns geschrieben, weil Sie wissen wollen, ob Ihr Essverhalten schon als Bulimie zu bezeichnen ist.“

Alle Spiegelungen zu Fragen, Beschreibungen, Problemen und Sorgen der Betroffenen, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung an Bulimia nervosa und deren Folgeschäden auftreten können, wurden in der Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/Bulimie“ zusammengefasst.

„Sie schrieben uns, dass Sie seit 7 Jahren an Bulimie erkrankt wären und jetzt bei sich ein angeschwollenes Gesicht beobachten könnten. Sie fragten, wie Sie aus dem Teufelskreis ausbrechen und wie sie das mit dem Gesicht wieder hinbekommen könnten.“

Die Spiegelung von Anfragen zu der Essstörung Anorexia nervosa und damit verbundene Folgeschäden stellten die Basis für die Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/Anorexia“ dar.

„Du schreibst, das du vor einiger Zeit an Magersucht erkrankt warst. Du warst damals in Behandlung und das hat dir auch geholfen. Nach einer Weile bist du aber wieder in dein altes Essverhalten gerutscht. Jetzt erlebst du Fressanfälle. Du fühlst dich sehr einsam und alles in deinem Leben dreht sich ums Essen. Du schreibst, dass du schwere körperliche Folgen hast.“

Die Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/BED/Adipositas“ umfasste alle Spiegelungen zu Problembereichen, die im Zusammenhang mit Adipositas oder einer Binge-Eating-Störung auftreten können.

„Sie haben sich mit speziellen Fragen zur Adipositas an uns gewandt.“

Alle Spiegelungen zu Anfragen und Darstellungen selbstverletzender Handlungen wurden in der Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/Selbstverletzung“ zusammengefasst.

„Du schreibst auch, dass du dich ab und an schneidest.“

Übermäßige körperliche Betätigung bzw. sportliche Aktivitäten, die in Verbindung einer vorliegenden Essstörung auftreten können, wurden inhaltlich Spiegelungen der Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/Sportsucht“ zugeordnet.

„Sie befürchten, dass beispielsweise jede sportliche Betätigung ins Extreme ausartet.“

Darstellungen, Anfragen und Sorgen bezüglich des Gesundheitszustandes der Betroffenen wurden in Spiegelungen der Kategorie „Spiegelung/krankheitsspezifisch/Gesundheitszustand“ zusammengefasst.

„Sie haben sich mit Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation an uns gewandt.“

3.1.3 Oberkategorie „belastungsspezifische Spiegelung“

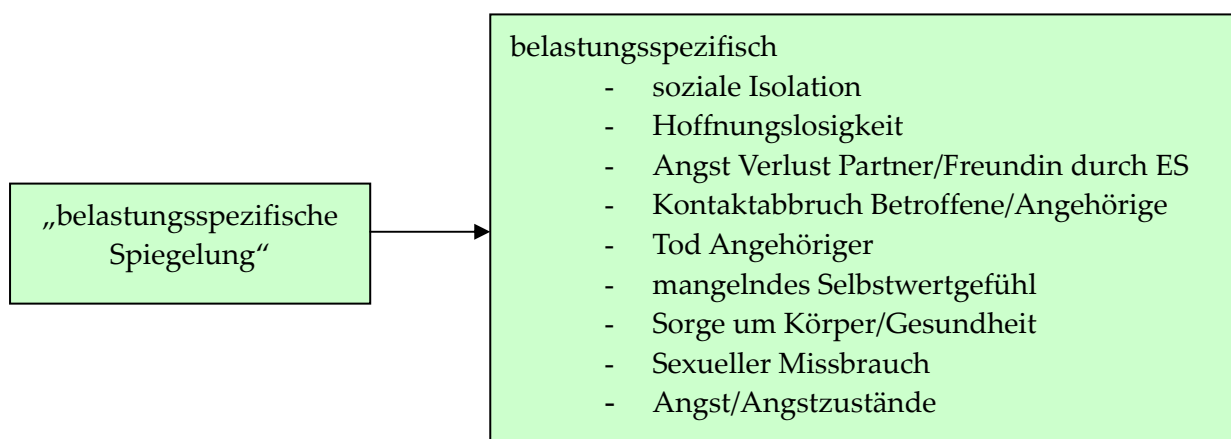


Abbildung 15: Überblick Oberkategorien „belastungsspezifische Spiegelung“

Der Oberkategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch“ wurden alle Spiegelungen zu schwierigen und belastenden Lebensumständen und -situationen sowie spezifischen Problemen im sozialen Bereich der Betroffenen oder Angehörigen zugeordnet. Diese übergeordnete Kategorie wurde zur besseren Übersicht und Strukturierung in zehn weitere untergeordnete Themenkomplexe, die im Anschluss näher erläutert werden, unterteilt.

„Sie haben sich mit einer ausführlichen Beschreibung Ihrer aktuellen Lebenssituation an uns gewandt.“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten der vergebenen Kategorien innerhalb der „belastungsspezifischen Spiegelung“ sind der Abb. 16 zu entnehmen.

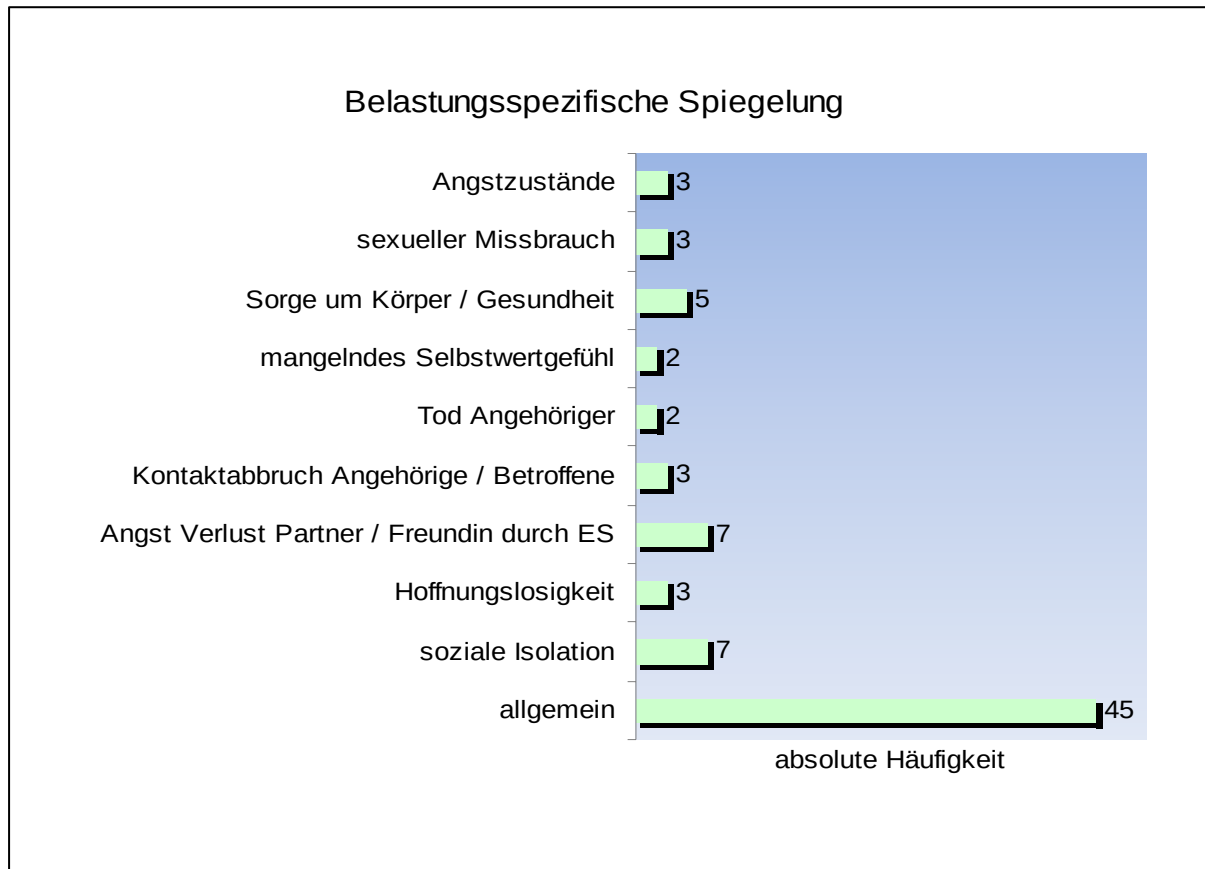


Abbildung 16: Verteilung der absoluten Häufigkeiten in der Kategorie „belastungsspezifische Spiegelung“

Für die Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/soziale Isolation“ stellten Spiegelungen zu dem Problembereich des sozialen Rückzuges bzw. der sozialen Isolation der Betroffenen als Begleit – bzw. Folgeerscheinung der Erkrankung an einer Essstörung die Basis dar.

„Die extreme Beschäftigung mit dem Thema Essen beeinträchtigt Sie sehr, Sie beginnen sich sozial zurückzuziehen.“

Spiegelungen, die Beschreibungen der Mut – und Hoffnungslosigkeit aufgrund der belastenden Lebenssituation in der sich die Betroffenen befinden beinhalten, bildeten die Grundlage der Beschreibung der Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/Hoffnungslosigkeit“.

„Ihrem Schreiben entnehme ich nämlich, dass hinter der Symptomatik doch eher etwas steckt, das man allgemeine Hoffnungslosigkeit nennen könnte. In mehreren Sätzen bemerke ich eine Grundhaltung in dem Sinne, dass Sie es ja eh nicht verdient haben, dass das ja eh nicht klappen kann.“

In der Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/Angst Verlust Partner/Freundin durch ES“ sind alle Spiegelungen von Problemen, Sorgen und Ängsten der Betroffenen in Bezug auf Schwierigkeiten bzw. Verluste wichtiger sozialer Beziehungen und Bezugspersonen beschrieben wurden.

„Sie schreiben auch, dass die langjährige Beziehung zu ihrem Partner mittlerweile sehr darunter leidet. Sie haben große Angst, dass Ihr Partner sich trennen könnte. Sie fragen sich, wie Sie ihm zeigen können, dass Sie wirklich versuchen, dass die Situation mit dem Essen besser wird.“

Die Essstörung eines Familienmitgliedes stellt oftmals eine sehr belastende Situation für die gesamte Familie dar und infolge dessen kann es zu Kommunikationsschwierigkeiten oder zu einem vollständigen Kontaktabbruch zwischen erkrankter Person und seinen Angehörigen kommen. Spiegelungen zu dieser Problematik wurden in der Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/Kontaktabbruch Angehörige/Betroffene“ zusammen gefasst.

„Weiterhin berichtest du, dass sich die Beziehungen zu deiner Familie und deinen Freunden dramatisch verschlechtert haben – du glaubst sie verloren zu haben. Aus deinen Zeilen wird deutlich, wie groß deine Sehnsucht ist, gesehen und verstanden zu werden.“

In der Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/Tod Angehöriger“ wurden Spiegelungen zu dem speziellen Themengebiet Tod eines Angehörigen oder einer nahe stehenden Person aufgegriffen.

„Sie haben sich mit Fragen zur Bewältigung Ihrer aktuellen, belastenden Lebenssituation an uns gewandt. Die Nachricht vom bevorstehenden Tod Ihres Vaters hat dazu geführt, dass Ihr immer noch labiler Zustand ins Wanken geraten ist.“

Spiegelungen von Gedanken und Sorgen wegen geringem Selbstwertgefühl bildeten die Grundlage für die Herausbildung der Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/mangelndes Selbstwertgefühl“.

„Das sehen Sie ja selbst auch schon, wenn Sie davon schreiben, dass Sie glauben, dass Ihr niedriges Selbstwertgefühl damit etwas zu tun hat.“

In der Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/Sorge um Körper und Gesundheit“ wurden Spiegelungen zu Anfragen, Bitten um Ratschläge, Sorgen und Ängste der Betroffenen in Bezug auf Ihre körperliche Verfassung, den Gesundheitszustand oder das Körpergewicht zusammengefasst.

„Alles in allem kann ich deinem Brief an mehreren Stellen entnehmen, wie viel Sorgen und Ängste du hast, in Bezug auf dich, deinen Körper, dein Gewicht.“

Spiegelungen der speziellen Problematik des sexuellen Missbrauchs bildeten den Hintergrund der Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/sexueller Missbrauch“.

„Die Probleme mit dem Essen haben Sie seit langer Zeit. Der Anfang der Essstörung hängt zusammen mit den erlebten Traumata, den Vergewaltigungen durch Fremde, diese Erfahrungen belasten Sie immer noch sehr.“

In der Kategorie „Spiegelung/belastungsspezifisch/Angstzustände“ wurden Spiegelungen zu verschiedenen Formen von Angstzuständen bzw. spezifischen Ängsten zusammengefasst und in der Beratungsantwort an die Betroffenen gespiegelt.

„Sie fühlen sich zunehmend unwohl in Ihrem Körper und bemerken auch andere Probleme wie Prüfungsangst und Angst, sich anderen Leuten gegenüber zu öffnen.“

3.1.4 Oberkategorie „bewältigungsspezifische Spiegelung“

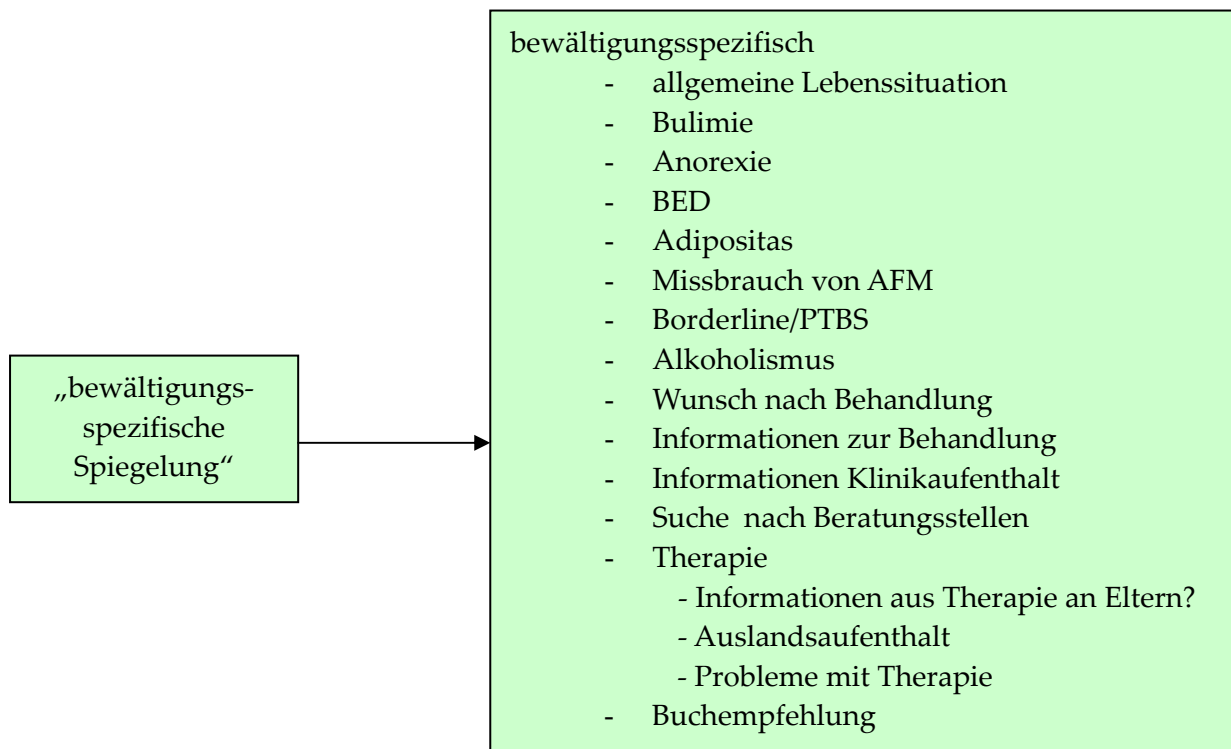


Abbildung 17: Überblick Oberkategorie „bewältigungsspezifische Spiegelung“

Die Oberkategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch“ umfasste vor allem Spiegelungen, die den Wunsch der Betroffenen nach Veränderung, Verbesserung bzw. Bewältigung der Essstörung wiedergaben. Dabei grenzte sich diese Kategorie von der „krankheitsspezifischen Spiegelung“ dadurch ab, dass hier zwar schon der pathologische Charakter bestimmten Essverhaltens in den Spiegelungen, aber der Wunsch nach Bewältigung der Essstörung noch nicht zum Ausdruck gebracht wurde. Die Oberkategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch“ wurde aufgrund ihres Umfangs und zum besseren Überblick in 17 weitere untergeordnete Themenkomplexe unterteilt, die im Anschluss explizit erläutert werden.

„Sie haben sich mit Fragen nach Möglichkeiten der Bewältigung Ihrer Essstörung an uns gewandt.“

Die Verteilung der Häufigkeiten der Kategorien innerhalb der Oberkategorie „bewältigungsspezifische Spiegelung“ ist in dem nachfolgenden Blockdiagramm abgebildet.

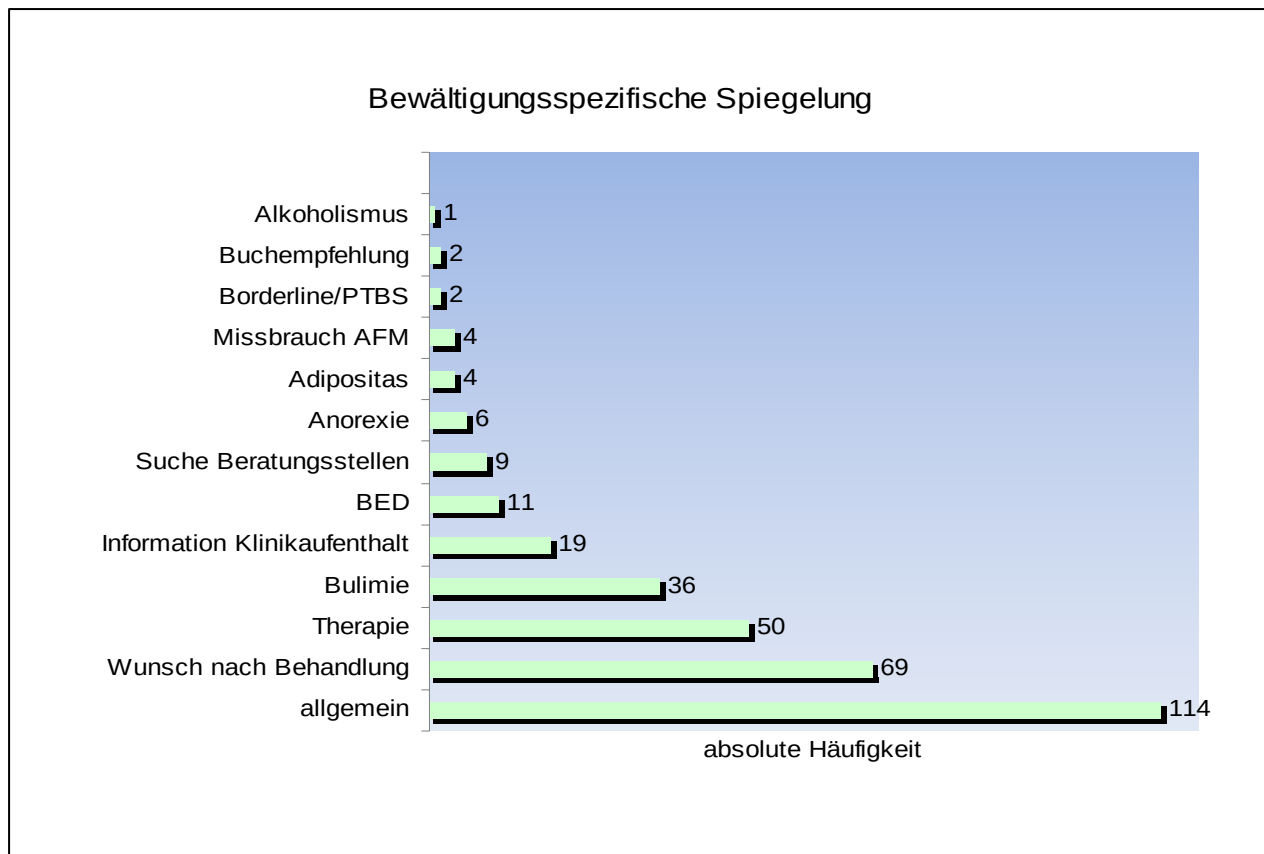


Abbildung 18: Verteilung der absoluten Häufigkeiten „bewältigungsspezifische Spiegelung“

Die Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/allgemeine Lebenssituation“ umfasste Spiegelungen, die den globalen Wunsch nach Möglichkeiten der Bewältigung aktueller Probleme, die sich auf die allgemeine Lebenssituation des Betroffenen beziehen, beinhalteten.

„Sie haben sich mit Fragen zur Bewältigung Ihrer zukünftigen Lebenssituation an uns gewandt.“

Die Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Bulimie“ spiegelte alle Fragen, Probleme sowie die Bitte um Hilfe und Informationen der Betroffenen in Bezug auf die Bewältigung einer Erkrankung an Bulimie wider.

„Sie schrieben seit 12 Jahren an Bulimie zu leiden, derzeit jedoch nicht in Therapie zu sein. Sie baten speziell um Tipps, wie Sie vermeiden könnten am PC Essen in sich hinein zu stopfen.“

Grundlage der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Anorexie“ bildeten

Spiegelungen, die den Wunsch der Betroffenen nach Überwindung und Bewältigung ihrer Erkrankung an Anorexie zum Ausdruck brachten.

„Sie haben uns geschrieben, weil Sie wegen Ihrer chronischen Magersucht Hilfe suchen.“

Die Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Binge-Eating-Störung“ fasste Spiegelungen zu Anfragen und die Bitte um Unterstützung bzw. Ratschlägen, Hinweisen oder Ideen zur Bewältigung einer BED zusammen.

„Sie schreiben, dass sie seit vielen Jahren an Binge Eating leiden. Sie haben schon viele Therapieformen ausprobiert und sind sehr verzweifelt, dass der Therapieerfolg bisher ausblieb. Sie wünschen sich Ideen, was Sie noch tun könnten.“

Um Möglichkeiten, eine vorliegende Adipositas zu überwinden, ging es in Spiegelungen, die der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Adipositas“ zugeordnet wurden.

„Sie haben sich mit Fragen zur Bewältigung Ihres Übergewichtes an uns gewandt.“

Der Wunsch nach Beseitigung einer Abhängigkeit und dem Missbrauch von Abführmitteln bildete die Basis für Spiegelungen der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Missbrauch von AFM“.

„Sie haben sich mit Fragen zur Bewältigung Ihrer Abführmittelabhängigkeit an uns gewandt.“

Hintergrund der Spiegelungen der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Borderline/PTBS“ stellte die Bitte der Betroffenen, um Unterstützung bei der Bewältigung einer Essstörung bei zusätzlich vorliegender Erkrankung an Borderline bzw. Posttraumatischer Belastungsstörung dar.

„Sie schreiben, dass Sie seit einiger Zeit an Magersucht erkrankt sind. Hinzu kommen Borderline und Posttraumatische Belastungsstörung. Sie haben viel Therapieerfahrungen, haben aber das Gefühl, Sie kommen nicht so recht voran. Sie wünschen sich einen Tipp, wie Ihnen geholfen werden

könnte.“

Die Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Alkoholismus“ diene der Spiegelung des Wunsches nach Überwindung einer Essstörung in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit wieder.

„Jetzt haben Sie sich ausgiebig mit dem Thema auseinandergesetzt und sind zum Entschluss gekommen, dass Sie beide Erkrankungen in Angriff nehmen wollen.“

Spiegelungen von Anfragen sowie die Bitte um Ratschläge, Informationen und Hilfe bei der Suche nach therapeutischen Angeboten und Behandlungsmöglichkeiten einer Essstörung, bildeten den Hintergrund der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Wunsch nach Behandlung“.

„Sie haben uns geschrieben, weil Sie nach dem Ende Ihrer Verhaltenstherapie noch keinen richtigen Weg gefunden haben, mit dem Essen umzugehen und nun nach neuen, therapeutischen Möglichkeiten suchen.“

Voraussetzungen und Möglichkeiten eines stationären Klinikaufenthaltes wurden Spiegelungen der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Informationen Klinikaufenthalt“ zugrunde gelegt.

„Sie berichten, dass Sie gerne Ihre Essstörung überwinden möchten. Sie sind sich jedoch nicht sicher, ob eine Heilung ohne Klinikaufenthalt möglich ist.“

Die Bitte um Adressen und Informationen zu Beratungsstellen im Zusammenhang mit Essstörungen bildeten die Grundlage für Spiegelungen, die der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Suche Beratungsstellen“ zugeordnet wurden.

„Sie schrieben, dass Sie inzwischen seit drei Jahren an Bulimie leiden würden und baten um die Nennung von Beratungsstellen in Hamburg, die für Sie kostenlos beraten“.

Spiegelungen zu Anfragen bezüglich konkreter Therapeutenadressen und therapeutischer Angeboten stellten die Grundlage für die Herausbildung der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Therapieadressen“ dar. Diese Kategorie umfasste drei weitere Subkategorien: „Therapieadressen/Ausland“; „Informationen aus Therapie an Eltern“ und „Probleme mit Therapie“.

„Sie haben sich mit der Bitte um Adressen therapeutischer Angebote in Ihrer Nähe an uns gewandt.“

Speziellen Hintergrund der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Informationen aus Therapie an Eltern“ bildeten Spiegelungen von Anfragen meist sehr junger Betroffener, ob Informationen über oder aus der Therapie an die Eltern weitergegeben werden dürfen“.

„Sie baten uns um Auskunft, ob es für Sie die Möglichkeit einer ambulanten Therapie gäbe, ohne das Ihre Eltern davon erfahren.“

Für die Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Therapieadressen/Auslands-Aufenthalt“ bildeten Spiegelungen zu Anfragen und die Bitte um Informationen therapeutischer Angebote im Ausland die Grundlage.

„Zurzeit leben Sie in Japan und können sich nicht so recht vorstellen, sich dort psychotherapeutische Hilfe zu suchen.“

In der Sub-Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Therapie/Problem mit Therapie“ wurden Spiegelungen zu Anfragen, Darstellungen und Problemen der Betroffenen im Zusammenhang mit aktuellen oder zurückliegenden therapeutischen Erfahrungen sowie der Suche nach geeigneten therapeutischen Angeboten, zusammengefasst.

„Sie sind bereits in Therapie, auch wegen der langjährigen Depression, allerdings hat Ihre Therapeutin Ihrer Aussage nach nicht viel Erfahrung mit Suchterkrankungen.“

In der Kategorie „Spiegelung/bewältigungsspezifisch/Buchempfehlungen“ wurden alle Spiegelungen, die Anfragen zu speziellen Buchempfehlungen bzw. Literaturtipps zum Thema Essstörung beinhalteten, zusammengefasst.

„Sie baten um Literaturhinweise bezüglich Essstörungen im höheren Erwachsenenalter.“

3.1.5 Beschreibung Sonderkategorie innerhalb der Spiegelung „Die Angehörigen“

Angehörige, Partner oder Geschwister wenden sich häufig an die Online-Beratung des abserver (siehe Grunwald und Wesemann, 2006). Dementsprechend wurden die Beratungsantworten der Online-Berater an diese Gruppe der Anfragenden in das entwickelte Kategoriensystem integriert. Zum einen wurden in dem Abschnitt „Spiegelung“ Kategorien aufgestellt, die Sorgen, Ängste sowie die Bitte um Unterstützung an die Rat suchenden Angehörigen wieder spiegeln und zum anderen wurden innerhalb der „Aktivierung“ Kategorien entwickelt, die Ratschläge, Hinweise und Informationen für den konkreten Umgang mit den Betroffenen beinhalten.

In der Kategorie „Sorge um Angehörige“ wurden vor allem die Anfragen, Sorgen, Nöte und Ängste von Eltern und Geschwistern einer erkrankten Person wieder gespiegelt.

„Sie schreiben, weil Sie sich große Sorgen um Ihre Tochter machen. Die 14-jährige Lea hat vor ca. 9 Monaten eine Änderung ihres Ernährungsstils begonnen, sie ernährt sich extrem restriktiv und einseitig. Sie hat nun extremes Untergewicht.“

Die Kategorie „Sorge um Freund/Freundin“ umfasst alle Anfragen, Sorgen sowie die Bitte um Hilfe von Freunden oder Freundinnen einer Betroffenen oder eines Betroffenen einer Essstörung.

„Sie berichten in Ihrem Anschreiben von der Liebe zu einer Frau mit einer Essstörung, die Sie vor zwei Monaten kennengelernt haben. Sie haben mit ihr eine schöne Zeit verbracht, wobei ihre Geliebte nun an Trennung denke, da sie sich nicht einlassen könne. Sie suchen nun Rat, da Sie nicht wissen, wie Sie sich verhalten sollen.“

Sorgen und Anfragen in Bezug auf eine Kollegin oder einen Kollegen bildeten die Grundlage der Kategorie „Sorge um Arbeitskollegin“.

„Sie haben uns geschrieben, weil Sie sich große Sorgen um Ihre Kollegin machen, die offenbar sehr schwer an einer Essstörung erkrankt ist.“

In der Kategorie „Sorge um Schülerin/Auszubildende“ wurde durch die Online-Berater vor allem der Wunsch von Lehrern oder Ausbildern, Hinweise bezüglich der Vorgehensweise in Bezug auf eine erkrankte Schülerin bzw. Auszubildende zu erhalten, in den Beratungstexten wieder gespiegelt.

„Sie schrieben uns von einer Schülerin, die Ihrer Vermutung nach an Magersucht leide und fragten an, was wir bezüglich des weiteren Vorgehens empfehlen würden.“

Sorgen um eine Mitbewohnerin wurden in der Kategorie „Sorge um Mitbewohnerin“ gespiegelt und zusammengefasst.

„Sie schreiben, weil Sie sich große Sorgen um ihre Mitbewohnerin machen. Sie haben den Verdacht, dass Sie an Bulimie erkrankt sein könnte und wissen nicht so recht, wie Sie Ihr helfen könnten.“

In der Kategorie „Umgang mit Betroffenen“ stand nicht die Sorge der Angehörigen um die erkrankten Betroffenen im Vordergrund, sondern die konkrete Bitte um Ratschläge im Umgang mit der essgestörten Person.

„Sie haben sich mit Fragen zum Umgang mit dem Problem Ihrer Tochter an uns gewandt.“

Gezielte Fragen der Angehörigen oder Freunde, wie sie die erkrankte Person bei der

Bewältigung der Erkrankung unterstützen könnten, wurden in der Kategorie „Unterstützung“ von den Online-Beratern in den Beratungstexten wieder gespiegelt.

„Sie schrieben uns von Ihrer Tochter, die an Bulimie leide und fragten an, ob sie zusätzlich zur Familientherapie und der therapeutischen Gruppe alles wegschließen sollten und wie Sie Ihrer Tochter am besten helfen könnten.“

3.2. Beschreibung des Kategoriensystems Interventionsziel 1:

Vermittlung von Informationen

Wie im Abschnitt 2.1. des Ergebnisteils erläutert wurde, ist der Ablauf der Online-Beratung des ab-server durch die vier Beratungsstrukturen: Begrüßung, Spiegelung, Intervention und Abschluss festgelegt. Nachdem im vorangegangenen Abschnitt die Beratungsstruktur „Spiegelung“ explizit dargestellt wurde, steht im nachfolgenden Kapitel der dritte Abschnitt der Online-Beratung, die „Intervention“ im Vordergrund. Wie dem Abschnitt 2.1. im Ergebnisteil zu entnehmen ist, wurden für die Online-Beratung des ab-server drei zentrale Interventionsziele postuliert: 1. *Vermittlung von Information*, 2. *Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich der Erkrankung* und 3. *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem*. Das erste Interventionsziel: *Vermittlung von Informationen* ist Gegenstand nachfolgender Erläuterungen und impliziert, dass die Online-Berater auf Anfragen der Betroffenen oder Angehöriger in Bezug auf Symptome, Erkrankungsformen und Therapiemöglichkeiten von Essstörungen, Informationen bereit stellen. Darüber hinaus werden Fragen zu Therapieeinrichtungen, richtiger Ernährung und allgemeinen Lebensproblemen beantwortet. Das Interventionsziel: *Vermittlung von Informationen* wurde innerhalb des Kategoriensystems in insgesamt vier Oberkategorien: „allgemeiner Lebensrat“, „richtige Ernährung“, „Informationen Essstörungen“ und „Informationen Behandlungsmöglichkeiten“ unterteilt, denen weitere spezifische Subkategorien untergeordnet wurden. Einen Überblick über die aufgestellten Kategorien für das Interventionsziel: *Vermittlung von Informationen* gibt die nachfolgende Abbildung.

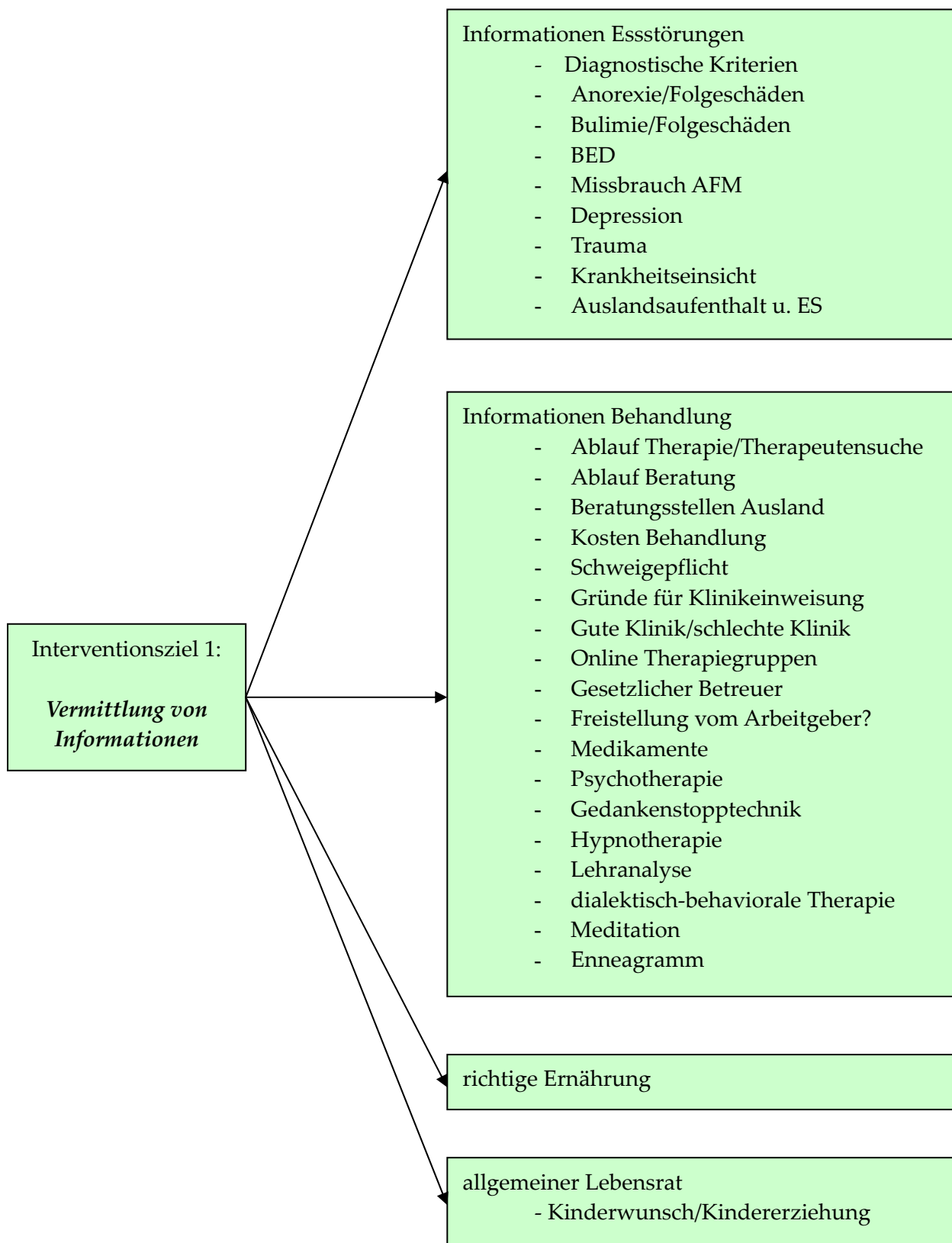


Abbildung 19: Überblick Kategoriensystem Interventionsziel 1: Vermittlung von Information

Das Interventionsziel 1: *Vermittlung von Informationen* wurde in vier Oberkategorien „Informationen zu Essstörungen und Behandlungsmöglichkeiten“, „richtige Ernährung“ und „allgemeiner Lebensrat“ unterteilt. Die Verteilung der Häufigkeiten der vergebenen Kategorien ist nachfolgendem Diagramm zu entnehmen. Insgesamt wurden am häufigsten mit 120 Kategorien allgemeine Informationen zu Essstörungen und mit der gleichen Anzahl an Kategorien, Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten an die Ratsuchenden weitergegeben. Ratschläge und Hinweise zu Fragen der richtigen Ernährung nehmen den dritten Rang bei der Verteilung der Häufigkeiten innerhalb des Interventionszieles: *Vermittlung von Informationen* ein. Informationen zum allgemeinen Lebensrat wurden am seltensten von den Online-Beratern erteilt.

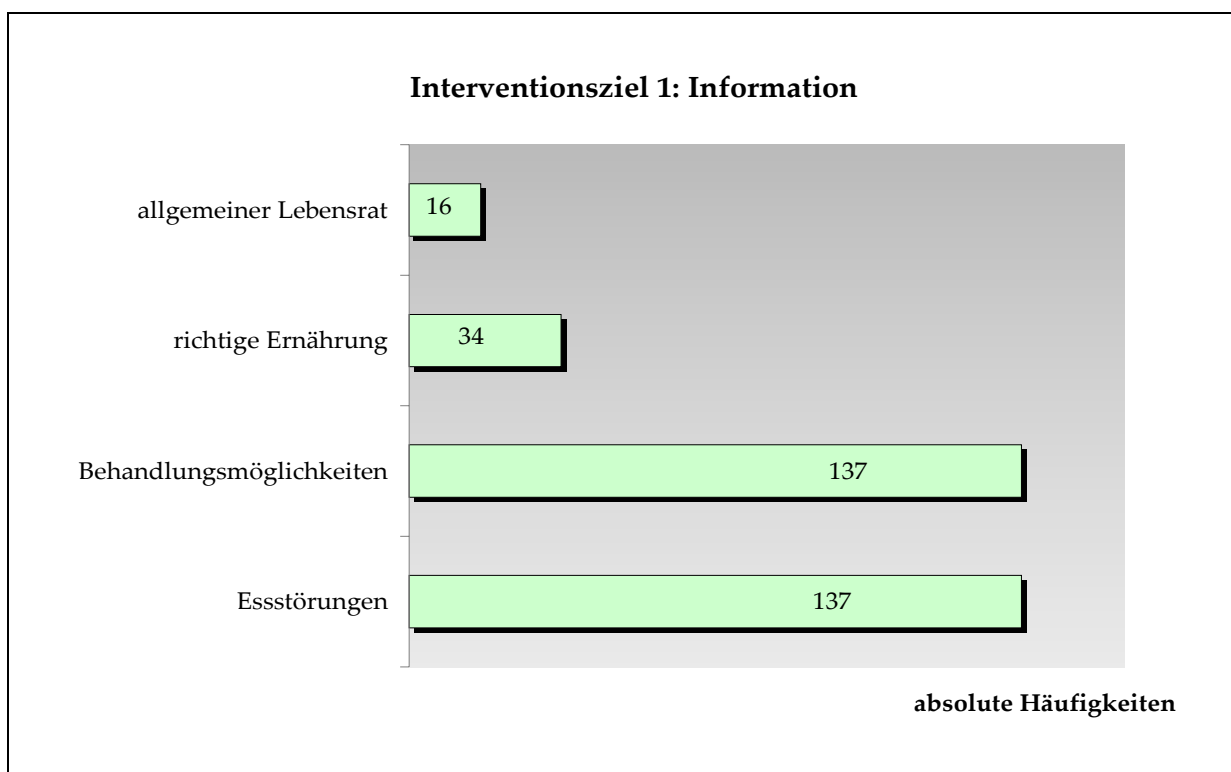


Abbildung 20: Verteilung der Häufigkeiten Interventionsziel 1: Vermittlung von Informationen

3.2.1 Beschreibung Oberkategorie „Informationen Essstörungen“

Die Oberkategorie „Informationen Essstörungen“ umfasste alle allgemeinen Informationen der Online-Beratung zum Thema Essstörungen, d.h. zu Symptomen, Formen, Folgeschäden und Ursachen, wobei insgesamt zehn Subkategorien wie zum Beispiel „Diagnostische

Kriterien“ oder „Anorexie/Folgeschäden“ gebildet wurden. Sie werden nachfolgend im Einzelnen erläutert.

„Essstörungen beginnen im Kopf, wiederholte Gedanken ans Essen, Ängste um die Figur und Probleme mit Akzeptanz dem eigenen Körper gegenüber, können auf eine entsprechende Essstörung hinweisen.“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „Informationen Essstörungen“ ist in der Abb. 21 dargestellt.

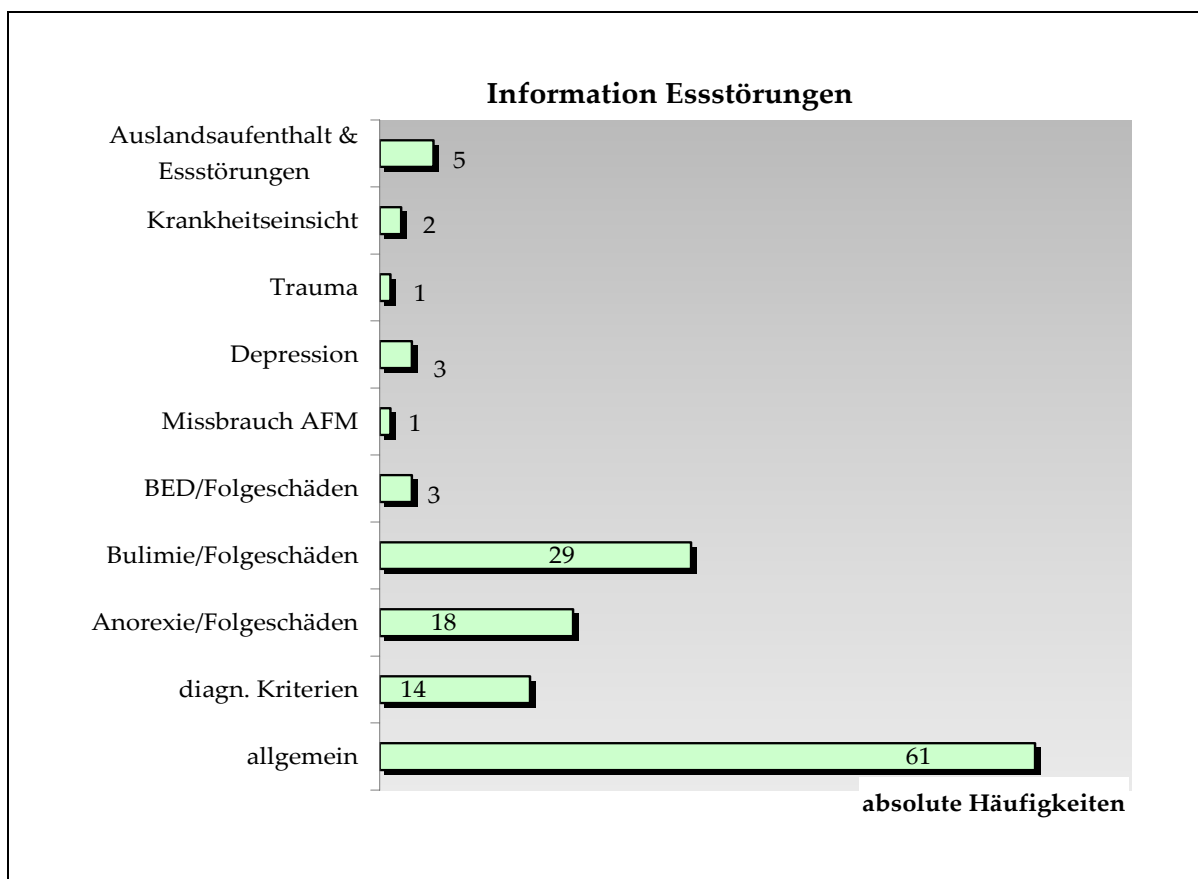


Abbildung 21: Verteilung der absoluten Häufigkeiten in der Kategorie „Informationen Essstörungen“

Grundlage der Kategorie „Diagnostische Kriterien“ bildeten alle Informationen der Online-Beratung zu allgemeinen diagnostischen Kriterien von Essstörungen, sowie den konkreten diagnostischen Kriterien nach ICD-10 bzw. DSM-IV, die für die Diagnose einer Essstörung erfüllt sein müssen.

„Eine Magersucht würde man da wahrscheinlich noch nicht diagnostizieren, da nicht nur die verminderte Nahrungszufuhr gehört, sondern noch viele andere Faktoren, wie das Gewicht und der Grad des Untergewichtes, die Wahrnehmung des Körpers oder auch das Ausbleiben der Menstruation.“

In der Kategorie „Anorexie/Folgeschäden“ wurden alle Informationen zu Symptomen und Folgeschäden im Zusammenhang einer Erkrankung an Anorexie zusammengefasst.

„Auswirkungen einer Langzeitmagersucht können ein extrem erhöhtes Risiko für Osteoporose sein, weil sich die Knochendichte aufgrund einer auftretenden Demineralisation stark reduziert. Zum einen spielt hier die Mangelerkrankung eine Rolle, viel stärkere Auswirkungen hat allerdings die Tatsache, dass die betroffene Frau aufgrund des Untergewichtes nicht die für den weiblichen Zyklus erforderlichen weiblichen Hormone produziert.“

Alle Informationen zum Thema Bulimie stellten die Grundlage zur Bildung der Kategorie „Bulimie/Folgeschäden“ dar.

„Bulimie ist die heimliche Krankheit, die mit unglaublich viel Scham und Schuld und Angst einhergeht. Die betroffenen Personen leiden massiv, können aber mit niemanden darüber reden. Sie leben also wie in einer doppelten Rolle, nach außen hin ist alles ok. und innen tobt der Kampf, die Betroffenen machen sich selbst Vorwürfe, sie haben sehr niedriges Selbstbewusstsein, leiden oft an Depressionen oder auch Angstsymptomen.“

Erläuterungen und Beschreibungen in den Beratungsantworten der Online-Berater, die eine Verbindung zu einer Erkrankung an BED aufweisen, waren Gegenstand der Kategorie „BED/Folgeschäden“.

„Die BED ist eine komplexe Störung, die neben psychischen Folgen auch körperliche Probleme nach sich ziehen kann. Da BED häufig mit Übergewicht und Adipositas einhergeht, bestehen die gleichen Komplikationen, wie z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, etc.. Weiterhin leiden viele Betroffene unter großen Schuldgefühlen, Traurigkeit und Einsamkeit.“

Informationen zum Missbrauch von Abführmitteln wurden in der Kategorie „Missbrauch von AFM“ zusammengefasst.

„Der Missbrauch von Abführmitteln und anderen Medikamenten ist wesentliches Symptom einer Essstörung, d. h. dass ich Ihnen auf jeden Fall dazu rate, die Essstörung und nicht nur die Darmproblematik zu behandeln. Wie sie folgenden Informationen aus „netdoctor.de“ entnehmen und wie Sie sicher wissen, erzeugen Abführmittel einige unangenehme bis stark gesundheitsschädigende Wirkung.“

Grundlage der Kategorie „Depression“ bildeten alle Erläuterungen und Hinweise der Online-Berater im Zusammenhang mit einer Erkrankung an Depressionen, die häufig in Verbindung einer Essstörung auftreten kann.

„Fundierte Informationen zum Thema Depression finden Sie unter <http://www.kompetenznetzdepression.de>.“

Informationen über Entstehungsbedingungen von Traumata lagen der Kategorie „Trauma“ zugrunde.

„Im krankheitswertigen Sinn versteht man unter Trauma all solche Erfahrungen, die einen Menschen völlig überwältigen, in denen er in physischer oder psychischer Gefahr ist und dem Geschehen hilflos ausgeliefert ist. Verbrechen/Vergewaltigungen/Missbrauch/sexuelle Übergriffe/Überfälle/als Kind Gewalt der Eltern untereinander sehen müssen/Folter oder Naturkatastrophen.“

Erklärungen, was unter Krankheitseinsicht zu verstehen und wie diese im Zusammenhang der Bewältigung einer Essstörung einzuordnen ist, bildeten die Grundlage der Kategorie

„Krankheitseinsicht“.

„Personen, die an Essstörungen erkrankt sind, müssen oft sehr lange leiden, bevor sie sich selbst eingestehen können, dass sie Hilfe brauchen. Manchmal muss eine Person genau durch das Tal hindurch, um selbst erkennen zu können, dass sie es allein nicht schafft. Dies nennt man dann die Krankheitseinsicht, ohne die jede Therapie unmöglich ist.“

Um Zusammenhänge zwischen einem Aufenthalt im Ausland und dem Entstehen einer Essstörung bzw. der Gefahr eines Rückfalles war Gegenstand bei der Herausbildung der Kategorie „Auslandsaufenthalt und Essstörung“.

„Uns erreichen sehr häufig ähnliche Schreiben von jungen Erwachsenen die sich aktuell im Ausland befinden. Egal wie sehr man sich auf den Auslandsaufenthalt gefreut haben mag, stellt er doch immer eine besondere Herausforderung und auch Belastung dar. Und dies äußert sich schnell in einem veränderten Essverhalten bis hin zur Essstörung.“

3.2.2 Beschreibung Oberkategorie „Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten“

Als zweite übergeordnete Kategorie innerhalb des Interventionszieles Vermittlung von Informationen wurde die Kategorie „Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten“ gebildet. Sie umfasste alle Informationen, Ratschläge und Hinweise der Online-Berater in Verbindung zu therapeutischen Angeboten oder Einrichtungen und Behandlungsmöglichkeiten, die zur Bewältigung einer Essstörung hilfreich sein könnten. Die Oberkategorie „Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten“ wurde in achtzehn weitere Subkategorien unterteilt, die anhand konkreter Beispiele aus den Beratungstexten der Online-Berater nachfolgend erläutert werden.

„Die Behandlungsmöglichkeiten liegen in der Kombination aus Psychotherapie, Ernährungsschulung, Sport und anderen körperlichen Aktivitäten, um Gefühle und Zustände anders abreagieren zu können.“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „Informationen

Behandlungsmöglichkeiten“ sind der nachfolgenden Abb. 22 zu entnehmen.

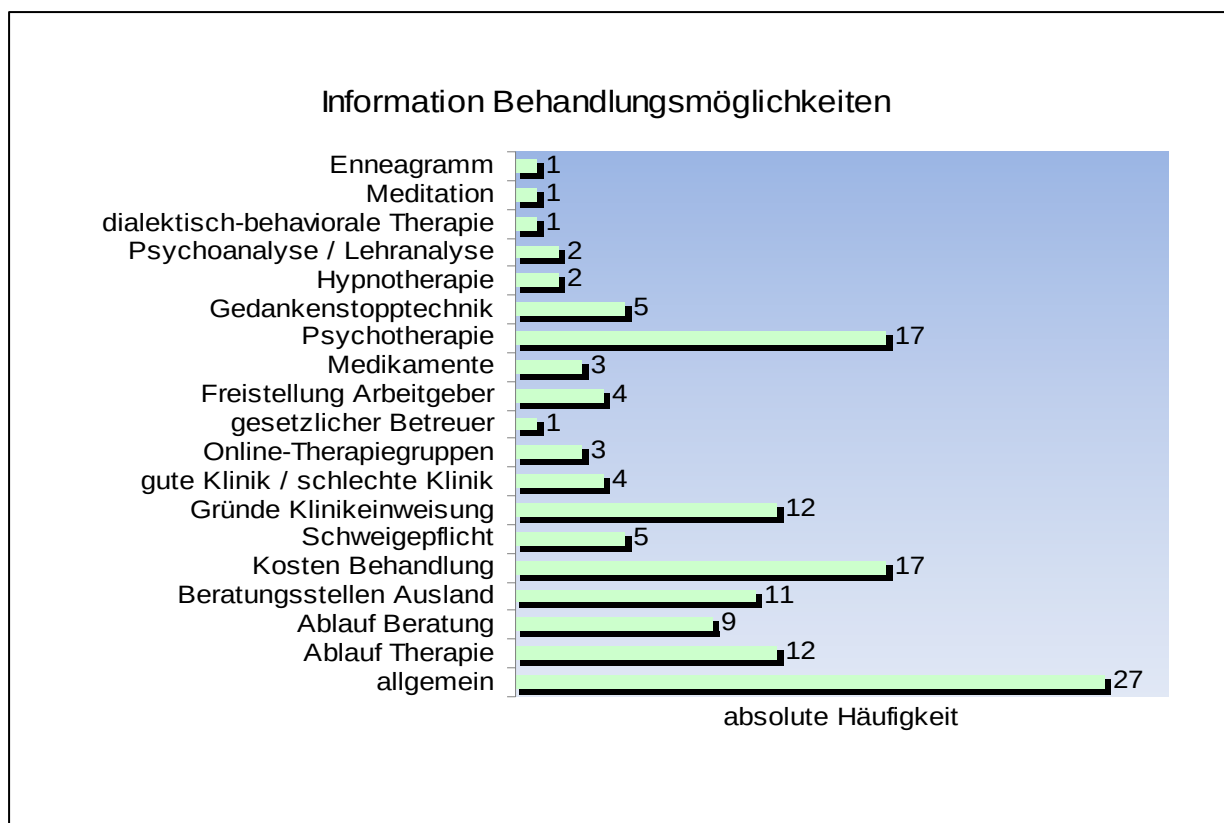


Abbildung 22 Verteilung der Häufigkeiten in der Kategorie „Informationen Behandlungsmöglichkeiten“

In der Kategorie „Ablauf Therapie/Therapeutensuche“ wurden alle Informationen und Tipps, wie die Betroffenen oder Angehörigen einen geeigneten Therapeuten finden können und wie dann der Ablauf einer Therapiesitzung gestaltet ist, zusammengefasst.

„Zunächst erhalten Sie die Möglichkeit, mehrere Therapeuten kennenzulernen (probatorische Sitzungen). Sie sollten dabei auf sich selbst achten: Wie fühlen Sie sich in Anwesenheit des Therapeuten? Fühlen Sie sich wohl, können Sie vertrauen? Sagen Sie der Person zu, die am besten zu Ihnen passt.“

Erläuterungen zu Inhalt und Ablauf eines Beratungsgespräches beim Kontakt zu einer Beratungsstelle, die unter anderem auf Essstörungen spezialisiert ist, bildeten die Grundlage zur Herausbildung der Kategorie „Ablauf Beratung“.

„Im Rahmen eines Beratungsgespräches geht die Fachkraft auf ihre derzeitige Situation ein und sie werden zusammen mit ihr Lösungsansätze entwickeln und die dafür relevanten therapeutischen Angebote erhalten.“

Die Kategorie „Beratungsstellen Ausland“ umfasste Informationen und Hinweise der Online-Berater zur Unterstützung der Suche der Betroffenen nach Beratungsstellen für Essstörungen im Ausland.

„Daher sollten Sie bereits jetzt beginnen, Acht zu geben. Suchen Sie sich jetzt schon Hilfe vor Ort, damit die frühe Symptomatik durchbrochen werden kann. In den Staaten gibt es eine Anlaufstelle www.anad.org. Vielleicht gibt es Möglichkeiten in Ihrer Nähe, checken Sie das bitte einmal!“

Alle Antworten, Informationen und Ratschläge zu Anfragen in Bezug auf Behandlungskosten stellten die Basis der Kategorie „Kosten Behandlung“ dar.

„Ihre Argumente, die gegen eine Behandlung sprechen, sind leicht zu entkräften. Eine Psychotherapie ambulant oder stationär, wird bezahlt: entweder von der Krankenkasse oder von der Rentenversicherung.“

Informationen zur Schweigepflicht der Therapeuten oder Beratungsstellen wurden in der Kategorie „Schweigepflicht“ zusammengefasst.

„Inhalte der Therapie dürfte Ihre Mutter, da Sie über 18 Jahre alt sind von den Therapeuten nicht erfahren. In der Regel dürfte sie von den Therapeuten auch die Diagnose nicht erfahren, sofern Sie dies nicht wünschen. Es besteht eine Schweigepflicht des Therapeuten, die auch die Diagnose mit einschließt.“

Erläuterungen und Hinweise zu Gründen einer Zwangseinweisung oder auch Ablehnung einer Aufnahme eines Patienten in eine Klinik, stellten die Grundlage der Kategorie „Gründe für Klinikeinweisung“ dar.

„Wenn jemand dem Hungertod nahe kommt, dann kann es auch zu einer Zwangseinweisung kommen, um die betroffene Person am Leben zu halten.“

Auf Ergebnissen und Informationen zur Untersuchung des ab-server „Gute Klinik/schlechte Klinik“ zur subjektiven Einschätzung und Zufriedenheit der Patientinnen mit der stationären Behandlung in verschiedenen Kliniken basierte die Kategorie „Gute Klinik/schlechte Klinik“.

„Nun zu den Klinikempfehlungen: Ich möchte Ihnen die Untersuchung, welche auf unserer Seite nachzulesen ist, empfehlen: Gute Klinik/schlechte Klinik – hier können Sie einen Eindruck über erfolgreiche Kliniken erhalten und sich im Internet eingehender mit diesen Kliniken beschäftigen.“

Informationen zu Online-Therapiegruppen bzw. Online-coaching wurden in der Kategorie „Online-Therapiegruppen“ zusammengefasst.

„Uns sind keine nachweisbar wirksamen Online-Therapiegruppen bekannt. Es gibt sicherlich einige Angebote im Internet. Manche kostenpflichtig, manche nicht.“

Erläuterungen der Aufgaben eines gesetzlichen Betreuers waren Ausgangspunkt der Bildung der Kategorie „gesetzlicher Betreuer“.

„Es gibt drei klassische Aufgabenbereiche für einen gesetzlichen Betreuer: Aufenthalt, Gesundheit und Finanzen.“

Informationen zur Arbeitsfähigkeit bzw. Krankschreibung aufgrund einer ambulanten oder stationären Behandlung einer Essstörung stellten die Grundlage für die Kategorie „Freistellung beim Arbeitgeber?“ dar.

„Eine Tagesklinik hilft beim Übergang von vollstationär zu ambulant – in dieser Zeit wären Sie eh krank geschrieben.“

Antworten zu Fragen im Zusammenhang mit Medikamenten wurden in der Kategorie

„Medikamente“ zusammengefasst.

„Fluoxetin gehört zu den Antidepressiva und ist trotz seiner Wirksamkeit, nicht unumstritten.“

Erläuterungen, was Inhalte und Ziele einer Psychotherapie sind, bildeten den Rahmen der Kategorie „Psychotherapie“.

„In einer Psychotherapie werden die Hintergründe (Ängste, Konflikte aus dem jetzigen Leben aber auch aus der Ursprungsfamilie, nicht angepasste Stressverarbeitungsmechanismen, nicht angepasste Kommunikationsstile, geringe Selbstachtung/Selbstvertrauen, Schwierigkeiten im Umgang mit oder auch nicht Erkennen von (negativen) Gefühlen und vieles mehr) für das Entstehen der Essstörung und die Bedingungen, die die Störung aufrecht erhalten, bearbeitet.“

Funktionsweise und Inhalt von Gedankenstopptechniken wurden in der Kategorie „Gedankenstopptechnik“ zusammengefasst.

„Gedankenstopptechniken bedeuten, dass Sie Ihre Gedanken mittels eines lauten oder leisen konsequent gesagtem „Stopp“ stoppen in die Richtung weiter zu denken wie bisher. Dann ist es wesentlich sich direkt auf etwas anderes zu konzentrieren.“

Erklärungen und Hinweise zu Einsatz und Effektivität einer Hypnotherapie bei Essstörungen waren Ausgangspunkt der Kategorie „Hypnotherapie“.

„Hypnotherapie heißt nicht, dass man ein Pendel vor die Nase gehalten bekommt, und dann ist die Bulimie weg. Auch in einer Hypnotherapie muss man an sich arbeiten und sich auseinandersetzen.“

Erläuterungen zum Unterschied zwischen Lehranalyse und Analyse waren Gegenstand bei der Herausbildung der Kategorie „Lehranalyse“.

„Bei der Lehranalyse ist der Analysand ein angehender Therapeut – bei der Analyse kommt jemand als Patient. Das grundsätzliche Vorgehen ist nicht anders, außer dass in der Lehranalyse verstärkt

Metaüberlegungen und mehr Transparenz mit einfließen.“

Grundlagen der dialektisch-behavioralen Therapie wurden in der Kategorie „dialektisch-behaviorale Therapie“ zusammengefasst.

„Zuletzt genannte (dialektisch-behaviorale-Therapie) bietet ein breites Spektrum an Methoden, um sich zu spüren und so destruktive Verhaltensweisen wie Selbstverletzung oder Fressorgien mit Übergeben zu vermeiden bzw. durch hilfreichere, weil gar nicht oder weniger schädigende Strategien zu ersetzen.“

Die unterstützende und hilfreiche Wirkung von Entspannungsverfahren bei der Bewältigung von Essstörungen bildeten die Basis der Kategorie „Meditation“.

„Meditation: halte ich für ein gutes Mittel um sich immer wieder in die Gegenwart zu holen, zur Ruhe zu kommen, die Gedanken zu klären.“

Was unter einem Enneagramm zu verstehen ist, wurde in der Kategorie „Enneagramm“ dargestellt.

„Das Enneagramm ist – wie Ihnen ja bekannt ist – eine Typenlehre. Ob eine Beratung hiernach gut und sinnvoll ist, hängt sicherlich von der Seriösität des Beraters/der Beraterin ab. Sicherlich immer auf dem Hintergrund, dass Sie so eine Beratung als Anregung werten und nicht als Lebensleitfaden.“

3.2.3 Beschreibung der Oberkategorie „richtige Ernährung“

Die Grundlage der dritten übergeordneten Kategorie „richtige Ernährung“ bildeten alle Informationen, Hinweise und Ratschläge in Verbindung zum Thema richtige Ernährung, Essverhalten und -gewohnheiten.

„Sie wissen sicherlich, dass zu einer gesunden Ernährung nicht nur die Kalorien zählen, sondern es eben wichtig ist, sich ausgeglichen zu ernähren.“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten der vergebenen Kategorien innerhalb der Oberkategorie „Informationen Ernährung“ bildet das nachfolgende Blockdiagramm ab.

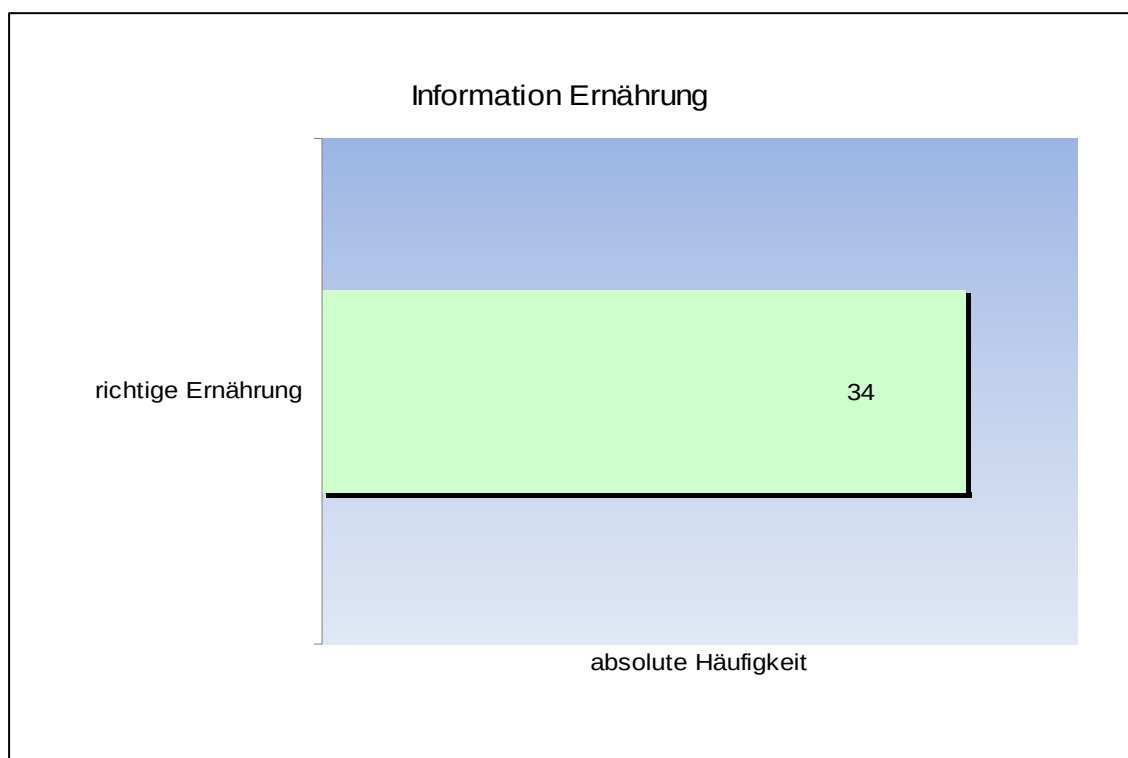


Abbildung 23: Verteilung der Häufigkeiten in der Kategorie „Informationen Ernährung“

3.2.4 Beschreibung der Oberkategorie „allgemeiner Lebensrat“

Als vierte und letzte Oberkategorie bezüglich des Interventionszieles: *Vermittlung von Informationen* wurde die Kategorie „allgemeiner Lebensrat“, die Informationen zu rechtlichen, erziehungsbezogenen, zwischen-menschlichen Fragestellungen beinhaltet, gebildet. Die Subkategorie „Kinderwunsch/Kindererziehung“ wurde dieser übergeordneten Kategorie untergeordnet.

„Wenn Sie das Recht zur Aufenthaltsbestimmung beim Vormundschaftsgericht über Ihre Schwägerin haben möchten, müssen Sie einen entsprechenden Antrag stellen“.

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der vierten Oberkategorie des Interventionszieles 1: *Vermittlung von Informationen* ist in der nachfolgenden Abb. 24

dargestellt.

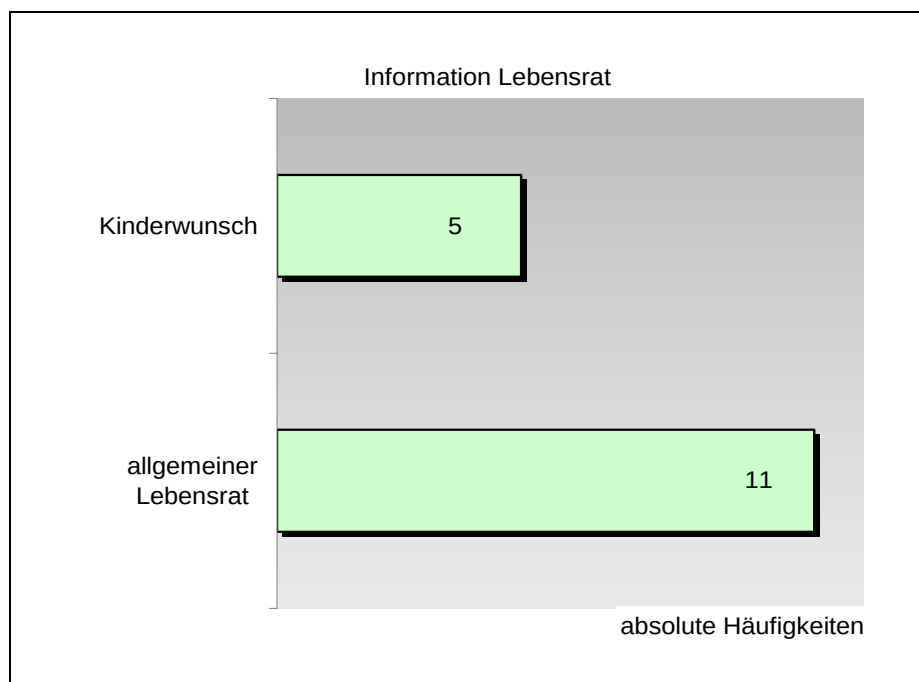


Abbildung 24: Verteilung der Häufigkeiten in der Kategorie „Informationen Lebensrat“

Informationen zum Thema Kinderwunsch bzw. Ratschläge bei Schwierigkeiten in der Erziehung von Kindern bildeten die Grundlage der Kategorie „Kinderwunsch/ Kindererziehung“.

„Die Stresskomponente spielt leider auch eine große Rolle bei nicht erfolgtem Kinderwunsch. Vielleicht mögen Sie sich dazu einmal im Internet umsehen“.

3.3. Beschreibung Interventionsziel 2: Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung und Interventionsziel 3: Aktivierung ins professionelle Hilfesystem

Gegenstand des vorangegangenen Abschnittes waren detaillierte Ausführungen und die Darstellung des Kategoriensystems zum Interventionsziel 1 der Online-Beratung des abserver: *Vermittlung von Informationen*. Im nächsten Abschnitt stehen Interventionsziel 2 und 3 im Blickpunkt des Interesses, wobei die Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ als Bestandteil der fünf übergeordneten Kategorien des dritten Interventionszieles *Aktivierung ins professionelle und andere Hilfesysteme* auch das zweite Interventionsziel *Entwicklung*

Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung einschließt. Die Unterteilung des Interventionszieles Aktivierung in fünf Oberkategorien: „institutionelle Aktivierung“, „professionelle Aktivierung“, „intrapersonelle Aktivierung“, „interpersonelle Aktivierung“ und „informelle Aktivierung“ wurde zum einen aufgrund des enormen Umfangs der aufgestellten Kategorien vorgenommen und zum anderen um diese inhaltlich besser voneinander abgrenzen zu können, sowie insgesamt eine bessere Übersichtlichkeit der einzelnen Kategorien zu erzielen.

Einen Gesamtüberblick über die Aufteilung der gebildeten Oberkategorien der Interventionsziele 2 und 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* und *Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich Erkrankung* bildet das nachfolgende Schema ab. Aufgrund der umfangreichen Kategorienmenge wurde eine weitere Unterteilung der fünf Oberkategorien in spezifische Subkategorien vorgenommen, die in diesem Abschnitt nachfolgend explizit für jede einzelne der fünf übergeordneten Kategorien erläutert werden.

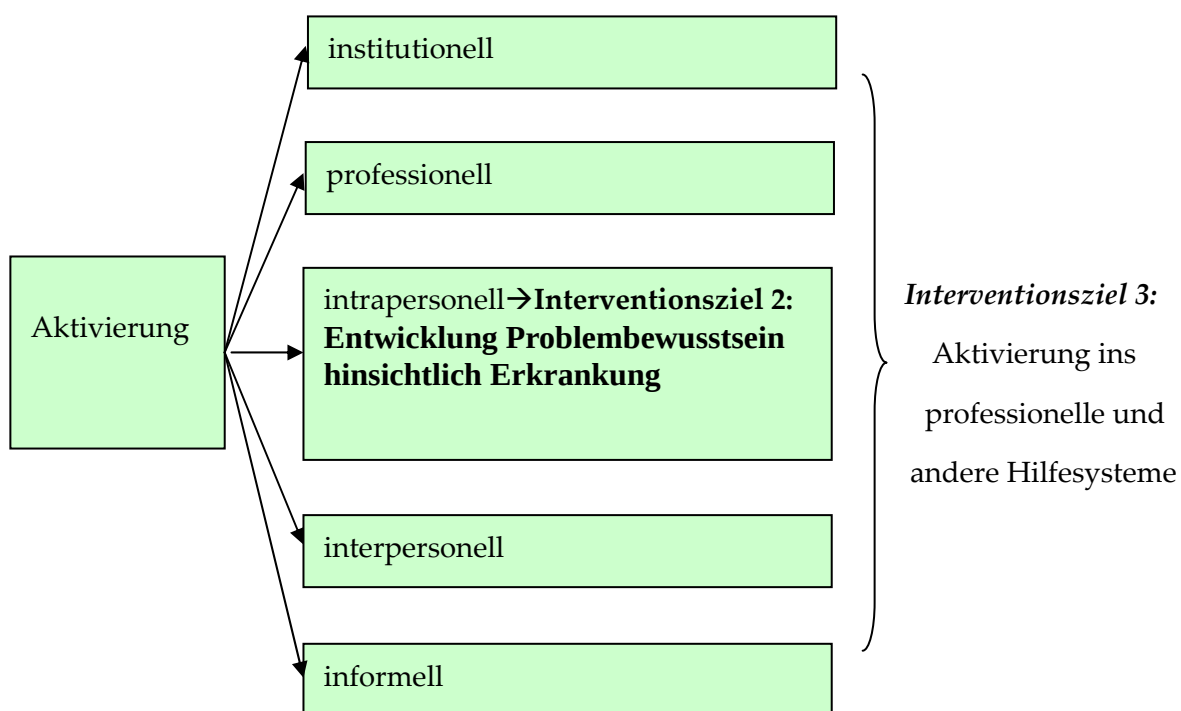


Abbildung 25: Überblick Kategoriensystem Interventionsziel 2: *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* und Interventionsziel 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem*

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Aktivierung ist dem nachfolgenden Blockdiagramm zu entnehmen. Am häufigsten wurde demnach die Oberkategorie

„professionelle Aktivierung“ mit insgesamt 1762 Zuordnungen vergeben, gefolgt von der Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ mit 1085 Zuweisungen. Auf Rang drei rangiert die „interpersonelle Aktivierung“ mit insgesamt 211 Zuordnungen und den Abschluss bilden die „informelle Aktivierung“ mit 201 Zuweisungen bzw. die „institutionelle Aktivierung mit 179 Zuordnungen.

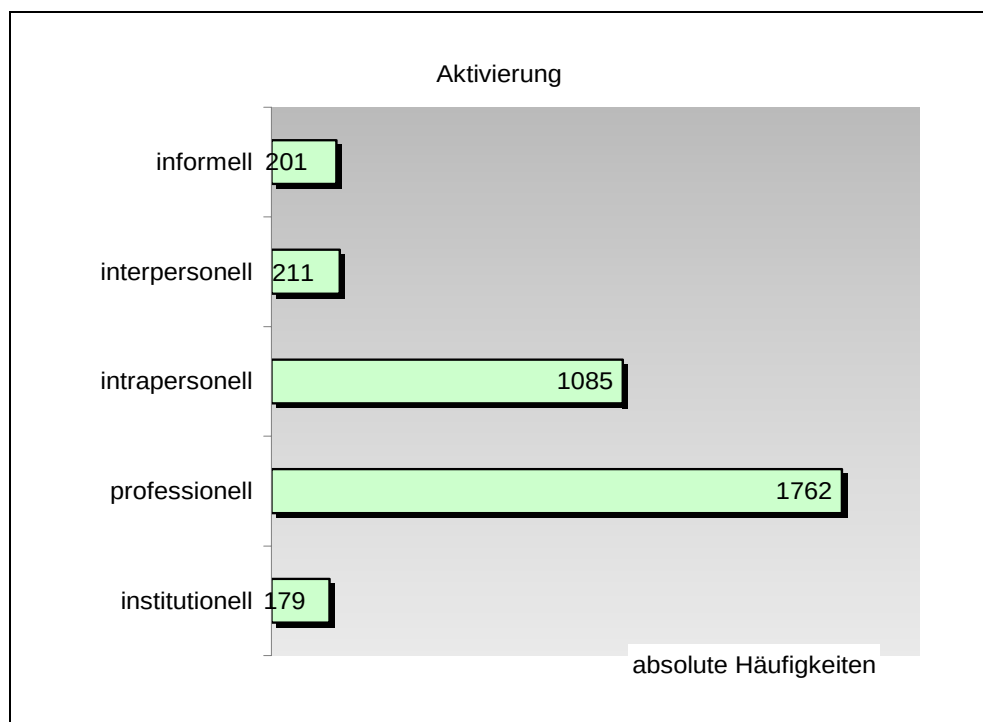


Abbildung 26: Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Aktivierung

3.3.1 Beschreibung Oberkategorie „institutionelle Aktivierung“

In der Oberkategorie „institutionelle Aktivierung“ wurden alle Institutionen und Organisationen zusammengefasst, die innerhalb des Gesundheitssystems bzw. des psychosozialen Versorgungsnetzes Deutschlands, Anlaufstelle und Beratungsfunktion für gesundheitliche oder soziale Problemstellungen innehaben und innerhalb der Beratungsantworten der Online-Berater benannt wurden. Dies resultierte aus der Zielstellung des Interventionszieles 3 der Online-Beratung des ab-server. Es gilt eine Aktivierung der Betroffenen von Essstörungen bzw. deren Angehörige anzuregen und zu unterstützen, sich institutionelle bzw. professionelle Unterstützung vor Ort zur Bewältigung ihrer Problemsituation zu suchen. Da sich die Ratsuchenden nicht ausschließlich mit Problemen, die im Zusammenhang mit Essstörungen zu sehen sind an die Online-Beratung

wenden, wurden von den Online-Beratern vielfältige und verschiedene Institutionen innerhalb der Beratung genannt, die Auskunft, Rat und Hilfestellung bei familiären, sozialen oder gesundheitlichen Problemen leisten können. Die Oberkategorie „institutionelle Aktivierung“ wurde in insgesamt 14 weitere Subkategorien, die jeweils eine konkrete Institution umfassen, unterteilt. Einen Gesamtüberblick über alle aufgestellten Kategorien dieser Oberkategorie gibt die nachfolgende Abbildung.

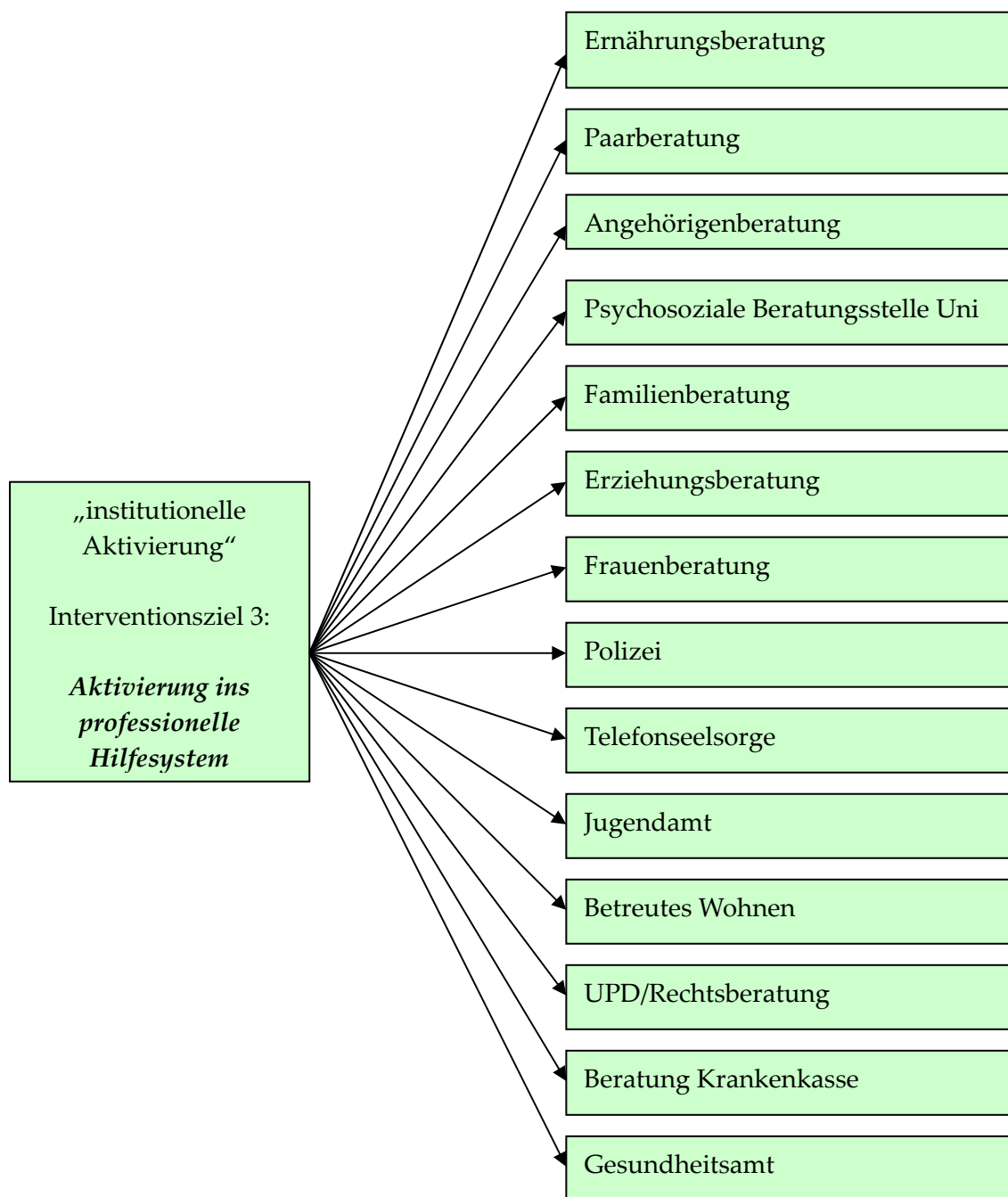


Abbildung 27: Überblick Kategoriensystem „institutionelle Aktivierung“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „institutionelle Aktivierung“ ist Abbildung 28 zu entnehmen.

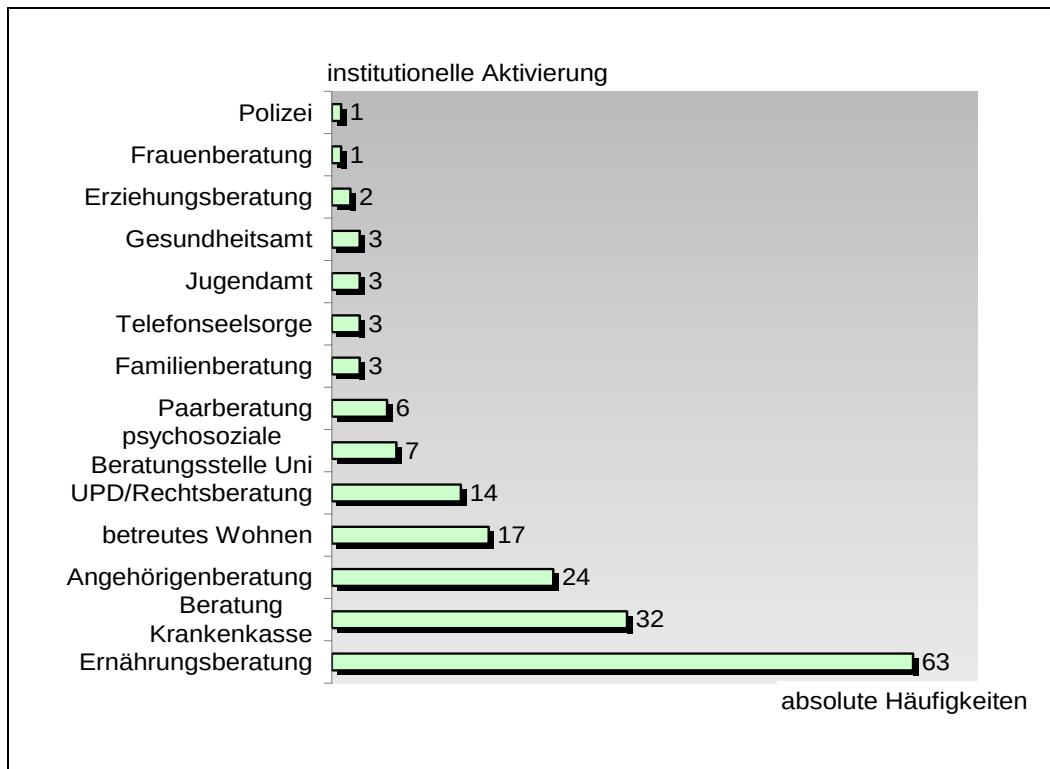


Abbildung 28: Verteilung der absoluten Häufigkeiten der Oberkategorie „institutionelle Aktivierung“

Die Kategorie „Ernährungsberatung“ umfasste alle Empfehlungen bzw. Ratschläge der Online-Berater an die Betroffenen, sich zusätzlich zu anderer professioneller Hilfe, an eine Ernährungsberatung zu wenden, um Probleme oder Fragen in Verbindung mit richtiger Ernährung und Ernährungsverhalten zu klären.

„Ich hielte es für hilfreich, wenn Sie auch auf der Ernährungsebene professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden. Wenn es irgendwie möglich ist, sollten Sie sich eine Ernährungsberatung (am besten erfahren in Sachen Essstörungen) in der Nähe suchen, im Rahmen derer auf Ihre persönliche Situation umfassend eingegangen wird.“

Inhalte der Beraterantwort im Zusammenhang mit zwischenmenschlichen Problemsituationen insbesondere auf der Ebene der Paarbeziehung bildeten die Grundlage für die Bildung der Kategorie „Paarberatung“.

„Das optimale Vorgehen wäre denn auch, dass Ihr Mann Sie beim Erstberatungsgespräch in die Beratungsstelle begleitet, damit Sie beide herausfinden können, ob nicht auch eine Paarberatung hilfreich sein könnte.“

Empfehlungen der Online-Berater an anfragende Familienmitglieder oder Freunde der Betroffenen Institutionen, die Angehörigenberatung oder -therapie anbieten in Anspruch zu nehmen, wurden in der Kategorie „Angehörigenberatung“ zusammengefasst.

„Es gibt mehrere Anlaufstellen für Sie. Sie können auch als Angehöriger eine Beratungsstelle aufsuchen, um mit einer Fachkraft über Ihre Sorgen und einen möglichen Umgang damit zu sprechen.“

Spezielle Institutionen mit psychosozialen Hilfsangeboten für Problemsituationen von Studenten wurden in der Kategorie „psychosoziale Beratungsstelle der Uni“ zusammengefasst.

„Eine weitere Möglichkeit wäre es, dass Sie sich an die psychologische Beratungsstelle Ihrer Uni wenden.“

Aktivierung der Betroffenen für das Gesamtsystem Familie institutionelle und professionelle Beratung in Anspruch zu nehmen, stellten die Basis für die Kategorie „Familienberatung“ dar.

„Außerdem bin ich der Meinung, dass zumindest eine Familienberatung eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Situation wäre.“

Spezielle Hinweise, Hilfestellung bei Fragen der Erziehung durch eine Erziehungsberatung in Anspruch zu nehmen, bildeten die Grundlage der Kategorie „Erziehungsberatung“.

„Auch diese Erziehungsberatung kann eine gute Anlaufstelle sein – einfach anrufen und fragen, ob man eine Beratung zum Thema Essstörungen bekommen kann – und wenn nicht, dann fragen, wo dann!“

Ratschläge möglicher institutioneller Unterstützung in Bezug auf spezielle Frauenproblematiken wurden in der Kategorie „Frauenberatung“ zusammengefasst.

„Und möchte Ihnen daher raten, sich mit Ihren Fragen und Empfindungen an eine Frauenberatungsstelle zu wenden, um mit mehr Zeit und vor allem im direkten Kontakt näher zu schauen, was bei Ihnen los ist und was Ihnen helfen könnte.“

Der Ratschlag der Online-Berater sich an die Polizei zu wenden, bildete den Hintergrund zum Aufstellen der Kategorie „Polizei“ innerhalb der Oberkategorie „institutionelle Aktivierung“.

„An die Hauptpolizeidienststelle wenden und darum bitten/auffordern durch den Psychiater vom Dienst die Suizidalität Ihrer Tochter vor Ort einschätzen zu lassen.“

Hinweise der Online-Berater an die Ratsuchenden sich erstmal telefonisch unterstützen zu lassen, wurde in der Kategorie „Telefonseelsorge“ zusammengefasst.

„Je schneller Sie sich Hilfe suchen, desto größer sind Ihre Chancen, dass es Ihnen bald besser gehen wird. Sollten die lebensüberdrüssigen Gedanken zunehmen und stärker werden und Sie das Gefühl haben, dass Sie mit niemanden darüber sprechen können, so würde ich Ihnen empfehlen, sich an einen Krisendienst wie z.B. die Telefonseelsorge zu wenden: 0800-111 0 111 oder 0800-111 0 222.“

Gerade wenn sehr junge Betroffene keine Unterstützung durch Ihre Eltern/Familie erfahren, wurde von den Online-Beratern in den Beratungstexten empfohlen, sich an die Institution Jugendamt zu wenden. Dementsprechend wurde diese Kategorie „Jugendamt“ benannt.

„Nehmen die Eltern einer minderjährigen Betroffenen die Erkrankung nicht ernst, so ist das Kindeswohl gefährdet und es sollte überlegt werden, ob das Jugendamt nicht einzuschalten wäre.“

Eine oftmals benannte Möglichkeit institutioneller Unterstützung zur Bewältigung der Essstörung, ist das vorübergehende Leben in einer therapeutischen Wohngruppe und wurde deshalb in der Kategorie „Betreutes Wohnen“ aufgenommen und zusammengefasst.

„Haben Sie schon einmal an den Aufenthalt in einer therapeutischen WG für Menschen mit Essstörungen gedacht? Ich könnte mir vorstellen, dass dies die am besten geeignete Alternative für Sie wäre.“

Hinweise in den Beratungstexten der Online-Berater auf Möglichkeiten einer allgemeinen unabhängigen Beratung oder Rechtsberatung für Patienten durch die Vereinigung „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ wurden in der Kategorie „UPD/Rechtsberatung“ abgebildet.

„Die Patienten-Beratung UPD hat eine Rechtsberatung und kann Ihnen genaue Auskunft über die Möglichkeit von Kostenübernahme für eine Kur/stationäre Therapie geben.“

Aktivierungen der Ratsuchenden, auch die Informations- und Beratungsleistung der Krankenkassen bezüglich Kliniksuche, Kostenübernahme der Therapie oder andere therapeutischer Angebote bei der Bewältigung von Essstörungen zu finden, in Anspruch zu nehmen, wurde in der Kategorie „Beratung Krankenkasse“ zusammengefasst.

„Weiterhin gibt es noch die Möglichkeit, sich direkt an die Krankenkasse zu wenden. Einige Kassen haben eine direkte Vernetzung zu Spezialkliniken.“

Ratschläge der Online-Berater zur Nutzung der Institution Gesundheitsamt bei medizinischen oder auch sozialen Problemen, fanden sich in der Kategorie „Gesundheitsamt“ wieder.

<i>„Wenn Sie aufgrund von Suizidabsichten um das Leben Ihrer Tochter fürchten, können Sie sich an das örtliche Gesundheitsamt wenden.“</i>

3.3.2 Beschreibung Oberkategorie „professionelle Aktivierung“

In der Oberkategorie „professionelle Aktivierung“ wurden alle sachkundigen und für die Behandlung von Essstörungen beruflich qualifizierten Fachleute und spezialisierten Institutionen zusammengefasst. Diese Oberkategorie ist für die Umsetzung des Interventionszieles 3: *Aktivierung der Betroffenen ins professionelle Hilfesystem* neben der „institutionellen Aktivierung“ von zentraler Bedeutung. Sie umfasst alle Informationen, Ratschläge, Aufforderungen der Online-Berater an die Betroffenen, sich zur Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Probleme, an ausgewiesene Spezialisten bzw. Institutionen zu wenden. Die Oberkategorie schließt insgesamt fünf Subkategorien ein, wobei sich die Kategorie „Therapie“ in weitere zwölf untergeordnete Kategorien unterteilen ließ. Einen Überblick über die aufgestellten Kategorien innerhalb der Oberkategorie „professionelle Aktivierung“ enthält die nachfolgende Abbildung.

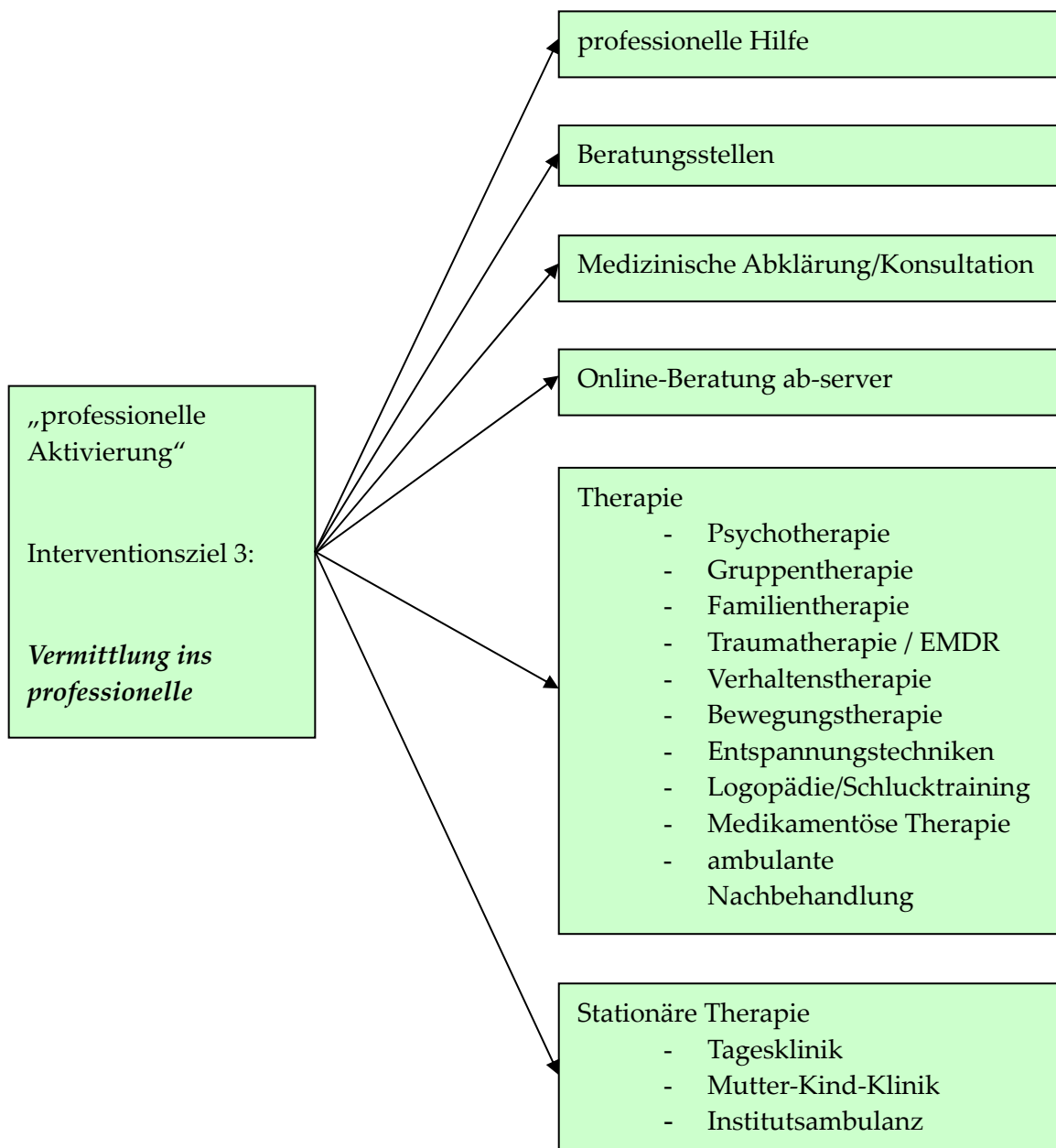


Abbildung 29: Überblick über das Kategoriensystem innerhalb der Oberkategorie „professionelle Aktivierung“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten der vergebenen Kategorien innerhalb der Oberkategorie „professionelle Aktivierung“ ist in dem nachfolgenden Blockdiagramm dargestellt. Demnach wurde am häufigsten der Ratschlag, eine „Beratungsstelle“ aufzusuchen von den Online-Beratern des ab-server mit 682 erteilt. Auf Rang zwei befindet sich der Hinweis an die Ratsuchenden eine „Therapie“ zu machen, wobei neben diesem allgemeinen Hinweis auch konkrete therapeutische Angebote benannt wurden. Dies ist dem Blockdiagramm „Therapie“ und den nachfolgenden Erläuterungen zu den einzelnen

Therapieformen zu entnehmen. An dritter Stelle mit insgesamt 235 Zuordnungen folgt die allgemeine Empfehlung der Online-Berater an die Ratsuchenden, sich „professionelle Hilfe“ zu suchen. Der Ratschlag durch „Medizinische Abklärung/Konsultation“ die physischen Aspekte der Erkrankung untersuchen zu lassen, nimmt mit 226 den vierten Rang ein. Den Abschluss bildet der Hinweis auf die Möglichkeit einer „stationären Therapie“ mit 188 und die Online-Beratung des ab-server mit 72 Zuordnungen.

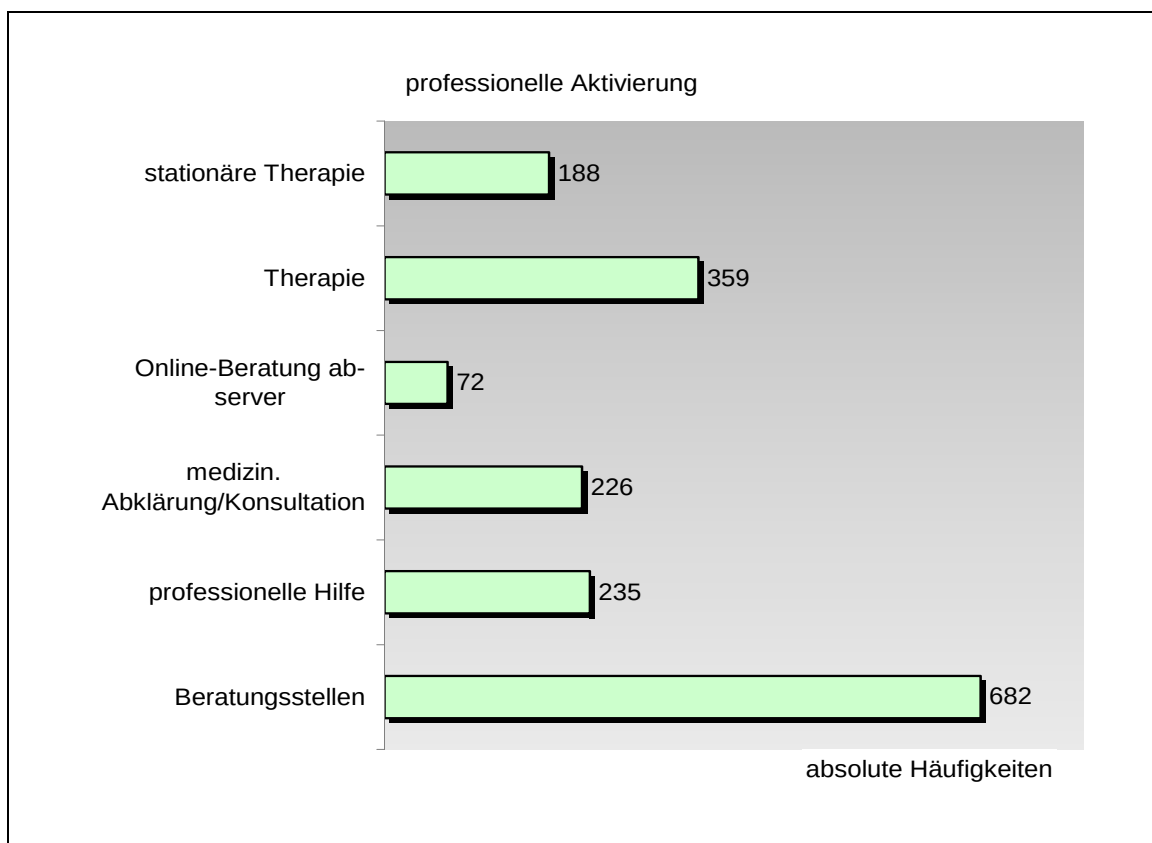


Abbildung 30: Verteilung der absoluten Häufigkeiten Oberkategorie „professionelle Aktivierung“

Die Kategorie „professionelle Hilfe“ wurde auf der Grundlage von Aufforderungen und Ratschlägen der Online-Berater an die Betroffenen sich Unterstützung zu suchen und sich für die Problembewältigung an das professionelle Hilfesystem zu wenden, gebildet. Dabei wurden weder konkrete therapeutische Angebote, Berufsgruppen noch Einrichtungen benannt.

„Letztendlich wissen Sie selbst, dass es keinen anderen Weg gibt, als sich professionell unterstützen zu lassen, sonst hätten Sie es nicht so vehement ausgeschlossen.“

Hinweise bzw. die Aufforderung in den Beratungstexten an die Ratsuchenden zu einer auf Essstörungen spezialisierten Beratungsstelle Kontakt aufzunehmen, wurden in der Kategorie „Beratungsstellen“ zusammengefasst.

„Bitte lassen Sie sich beraten, wo und wie Sie eine gezielte Therapie machen können. Die Kolleginnen und Kollegen in einer Beratungsstelle kennen sich mit solcher Art von Problemen sehr gut aus und werden Sie verstehen.“

Empfehlungen, an die Betroffenen sich medizinisch untersuchen zu lassen und einen Arzt/Ärztin zu konsultieren, um den Gesundheitszustand und evtl. auftretende Folgeschäden einer Essstörung einschätzen zu lassen, bildeten den Hintergrund der Kategorie „medizinische Abklärung/Konsultation“.

„Da Essstörungen sogar lebensbedrohliche Mangelzustände hervorrufen können, empfehle ich Ihnen dringend, sich so schnell wie möglich zum Arzt zu begeben – am besten zu einem Internisten, der sich mit Essstörungen auskennt.“

Angebote, die Online-Beratung des ab-server für weitere Hilfestellung bzw. einen Erstkontakt in Anspruch nehmen zu können, wurden vor allem in den Beratungstexten an die Angehörigen von Betroffenen gegeben und in der Kategorie „Online-Berater ab-server“ zusammengefasst.

„Bis dahin bieten Sie Ihrer Tochter doch als niedrigschwelliges Angebot unsere Online-Beratung an! Das kommt bei jungen Leuten oft gut an.“

Die allgemeine Aufforderung an die Betroffenen eine Therapie zu machen ohne jedoch dabei eine konkrete Therapieform oder spezifische therapeutische Angebote zu benennen, bildeten die Grundlage für die Kategorie „Therapie“. Diese Kategorie wurde in zwölf weitere Subkategorien unterteilt, die jeweils eine konkrete Therapieausrichtung umfassen und beschreiben.

„Ich denke, Therapie ist auf jeden Fall ein wichtiger Weg! Manchmal kann Therapie eben lange dauern. Trotz allem ist dies die beste Möglichkeit für Sie.“

Einen Überblick über die Verteilung der absoluten Häufigkeiten der vergebenen Kategorien für verschiedene konkrete therapeutische Angebote innerhalb der Kategorie „Therapie“ gibt das nachfolgende Blockdiagramm.

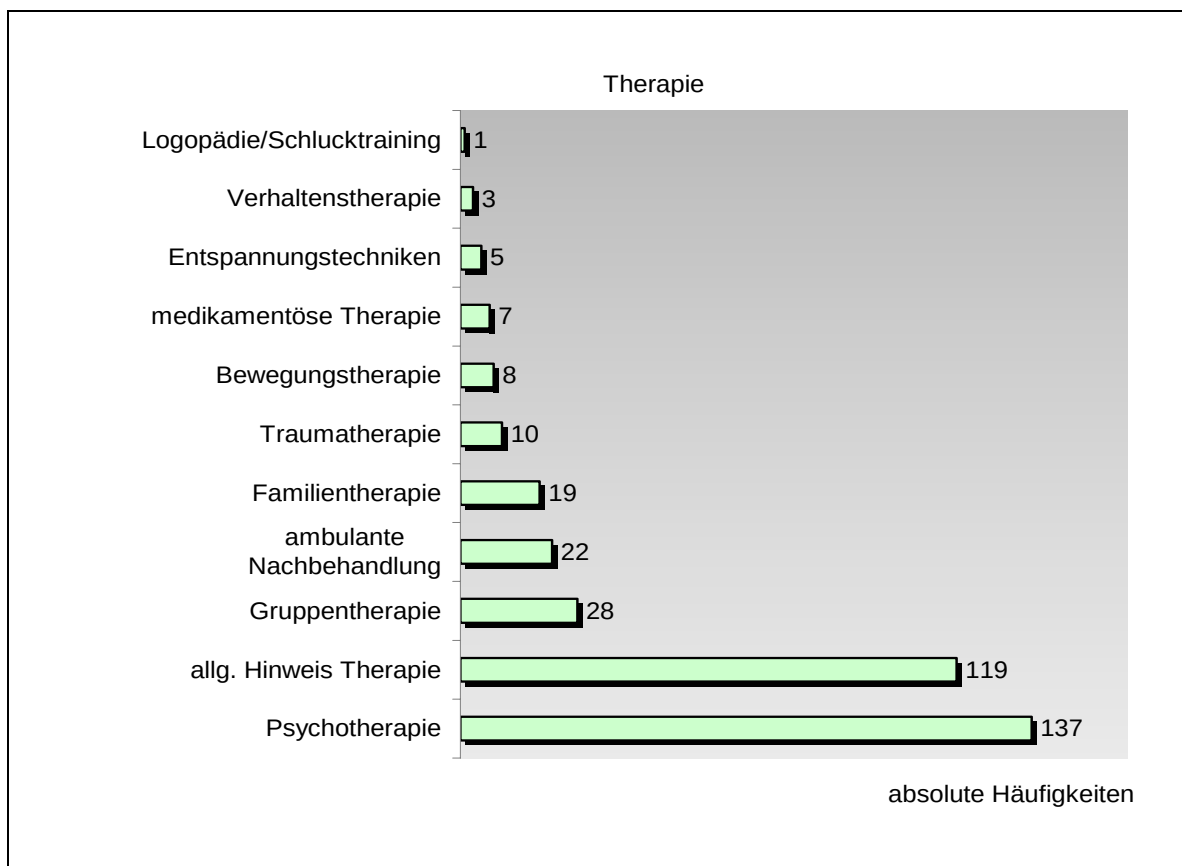


Abbildung 31: Verteilung der absoluten Häufigkeiten in der Kategorie „Therapie“

Empfehlungen in einer ambulanten Psychotherapie eigenen Problemen auf die Spur zu kommen, einen geeigneten Umgang mit unangenehmen Gefühlen und Ängsten zu finden, Konflikte zu lösen und ein stärkeres Selbstbewusstsein aufzubauen, wurden in der Kategorie „Psychotherapie“ zusammengefasst.

„Psychotherapie ist meist hilfreich, wenn nicht unumgänglich, um den Faktoren auf die Spur zu kommen, welche die Essstörung auslösten und aufrechterhielten.“

Als Ergänzung zu Therapieformen im Einzelsetting wurde den Ratsuchenden in einigen

Beratungstexten die Teilnahme an Therapiegruppen empfohlen, um mit anderen Betroffenen gemeinsam an der Bewältigung der Essstörung zu arbeiten.

„Ich könnte mir vorstellen, dass neben der Einzel – auch noch eine Gruppentherapie hilfreich für Sie wäre, um sich mit anderen ebenfalls Betroffenen auszutauschen.“

Aufgrund dessen, dass im familiären Umfeld oft Ursachen und Auslöser für eine Erkrankung an einer Essstörung zu finden sind, wurde in einigen Fällen die Empfehlung eine Familientherapie aufzusuchen, zum Ausdruck gebracht. Dies ist in der Kategorie „Familientherapie“ hinterlegt.

„Meiner Meinung nach solltest Du alle Hilfe bekommen, die Du brauchst. Deine Eltern haben auch immer noch die Verantwortung für Dich, früher oder später sollten sie eingebunden werden – vielleicht auch in Form einer Familientherapie, die bei Essstörungen – besonders bei jüngeren Betroffenen – sehr effektiv sein kann.“

Zur Verarbeitung besonders traumatischer Erlebnisse wurde durch die Online-Berater die Empfehlung sich einer Traumatherapie zu unterziehen an die Ratsuchenden erteilt und in der Kategorie „Traumatherapie“ zusammengefasst.

„Vergewaltigungen sind extrem traumatische Erfahrungen! Ich würde Ihnen gerne empfehlen, sich unbedingt eine spezifische Traumatherapie zu suchen.“

Als eine spezielle Form der Traumatherapie wurde die EMDR in einigen Beratungstexten empfohlen und stellte die Grundlage zur Bildung der Kategorie „EMDR“ dar.

„Gerade weil Sie die Traumata in der Vergangenheit ansprachen, ging mir durch den Kopf, hier eben auch gezielt dran zu arbeiten. Es gibt eine Therapieform, die sich ganz konkret um die Traumaauflösung kümmert. Sie heißt EMDR, schauen Sie sich einmal die deutsche Webseite dazu an.“

Eine weitere Form therapeutischer Unterstützung stellt die Verhaltenstherapie dar, die

ebenfalls in den Beratungstexten der Online-Berater benannt wurde und in der Kategorie „Verhaltenstherapie“ zusammengefasst wurde.

„Weiterhin halte ich die Verhaltenstherapie für die momentan für Sie am besten geeignete Therapieform, da hier konkret mit dem Essverhalten und den dahinterstehenden Beweggründen gearbeitet wird.“

Die Bewegungstherapie als zusätzliches therapeutisches Angebot, um die körperliche und seelische Gesundheit einer Person positiv zu beeinflussen, wurde in einigen Beratungstexten empfohlen. Sie stellte den Hintergrund zur Bildung der Kategorie „Bewegungstherapie“ dar.

„Besuchen Sie den Sport, der Ihnen Spaß macht, und verarbeiten Sie die dort erlebten Emotionen in der Gruppe.“

Verschiedene Entspannungsmethoden können ebenfalls hilfreich zur Bewältigung von Essstörungen und damit einhergehenden problematischen Gedanken – und Verhaltensmustern eingesetzt werden. Sie wurden in der Kategorie „Entspannungstechniken“ zusammengefasst und in geringem Maß von den Online-Beratern empfohlen.

„Vielleicht können Sie dort Kurse zur Entspannung belegen, um Techniken zu erlernen, die Ihnen in Ihrem Leben helfen können.“

Logopädie als ein spezielles therapeutisches Angebot wurde als mögliche Form der Unterstützung zur Bewältigung einer Essstörung in den Beratungstexten benannt und in der Kategorie „Logopädie/Schlucktraining“ zusammengefasst.

„Letztendlich erscheint es mir am vernünftigsten, wenn Sie sich in logopädische Behandlung und in ein Schlucktraining begeben.“

Gerade in Krisensituationen ist eine pharmakologische Therapie ergänzend zu psychotherapeutischen Methoden sinnvoll und manchmal unumgänglich. Deshalb wurde in

einigen Beratungstexten auch diese Form der professionellen Unterstützung empfohlen und bildete den Hintergrund zur Aufstellung der Kategorie „Medikamentöse Therapie“.

„Im Rahmen einer depressiven Episode ist es sinnvoll, eine Psychotherapie mit Psychopharmaka zu kombinieren. Wobei dabei von Vollpumpen nicht die Rede sein kann. In der Klinik würde der Arzt/die Ärztin mit Ihnen die Medikation genau besprechen und abstimmen.“

Der Ratschlag der Online-Berater an die Betroffenen, eine stationäre Therapie in Erwägung zu ziehen, wurde in der Kategorie „stationäre Therapie“ zusammengefasst und in drei weitere Subkategorien „Tagesklinik“, „Mutter-Kind-Klinik“ und „Institutsambulanzen“ unterteilt.

„Sollte der ambulante Rahmen nicht ausreichend sein, so sollten Sie sich selbst zuliebe Ihre Scheu vor stationären Aufenthalten überwinden und sich eine geeignete Klinik suchen.“

Hinweise, eine tagesklinische Behandlung in Anspruch zu nehmen bildeten den Rahmen für die Kategorie „Tagesklinik“.

„Eine weitere Möglichkeit ist auch die tagesklinische Behandlung. Jedoch auch hier gibt es längere Wartezeiten.“

Speziell erkrankte Mütter haben Schwierigkeiten, sich professionelle Unterstützung zu suchen, da sie Angst haben, ihre Kinder während der Zeit der Therapie zu vernachlässigen. In solchen Fällen erteilten die Online-Berater den Ratschlag, eine stationäre Therapie in einer Mutter-Kind-Klinik in Anspruch zu nehmen. Hier besteht die Möglichkeit, Kinder mitzunehmen. In der Kategorie „Mutter-Kind-Klinik“ sind diese Ratschläge zusammengefasst.

„Sollte sich Ihre Symptomatik als schwerwiegend und hartnäckig erweisen, so könnte man über einen Klinikaufenthalt nachdenken – aber: keine Sorge, es gibt Mutter-Kind-Kliniken, in denen sich Mütter behandeln lassen können, während die Kinder in guten Händen (in klinikeigener Krippe, Kindergarten, Schule) sind.“

Hinweise der Online-Berater an die Ratsuchenden, professionelle Unterstützung auch in Institutsambulanzen psychiatrischer Einrichtungen zu bekommen, bildeten die Grundlage der Kategorie „Institutsambulanzen“.

„Gute Anlaufstellen sind auch die Institutsambulanzen der für Ihren Wohnort zuständigen psychiatrischen Abteilung. Auch die Kollegen/Kolleginnen sind meist recht firm, was die umliegenden Angebote angeht.“

Bei Essstörungen ist die Gefahr des Rückfalles besonders hoch, wenn die Patientinnen nach wochenlangen stationären Klinikaufenthalten im häuslichen Umfeld wieder auf sich allein gestellt sind. Es ist den Betroffenen im Rahmen der Online-Beratung auch empfohlen worden, sich rechtzeitig um eine ambulante Nachbehandlung zu kümmern. Hierfür wurde die Kategorie „ambulante Nachbehandlung“ gebildet.

„Wäre es möglich, dass Sie eine ambulante Therapie weitermachen? Dies ist ziemlich wichtig, da eine stationäre Therapie eben so eine andere Situation darstellt und das Nachhausekommen ganz schön schwierig sein kann.“

3.3.3 Beschreibung Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“

Die Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ beinhaltet alle Kategorien, die den Betroffenen selbst ins Zentrum der Betrachtung und Aktivierung rücken. Mit deren Hilfe wollen, die Online-Berater des ab-server in diesem Zusammenhang, Prozesse des Bewusstwerdens, Erkennens in Bezug auf eine Erkrankung und den Wunsch nach Veränderung und Bewältigung bei den Ratsuchenden potentiell anregen bzw. verstärken. Die Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ dient der Umsetzung des Interventionszieles 2 der Online – Beratung des ab-server: *Entwicklung eines*

Problembewusstseins hinsichtlich Erkrankung und gliedert sich in drei weitere Kategorienbereiche „Krankheitseinsicht“, „Krankheitsfaktoren/-ursachen“ und „Krankheitsbewältigung“ denen jeweils weitere Subkategorien zugeordnet wurden. Im Fokus der „intrapersonellen Aktivierung“ stehen Erkenntnis- und Veränderungsprozesse des erkrankten Individuums selbst, sowie die Anregung zur Entwicklung eines Problembewusstsein im Hinblick auf die eigene Erkrankung als notwendige Bedingung zur Bewältigung der psychischen Störung.

Einen Überblick aller entwickelten Kategorien innerhalb der Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ gibt die nachfolgende Abbildung.

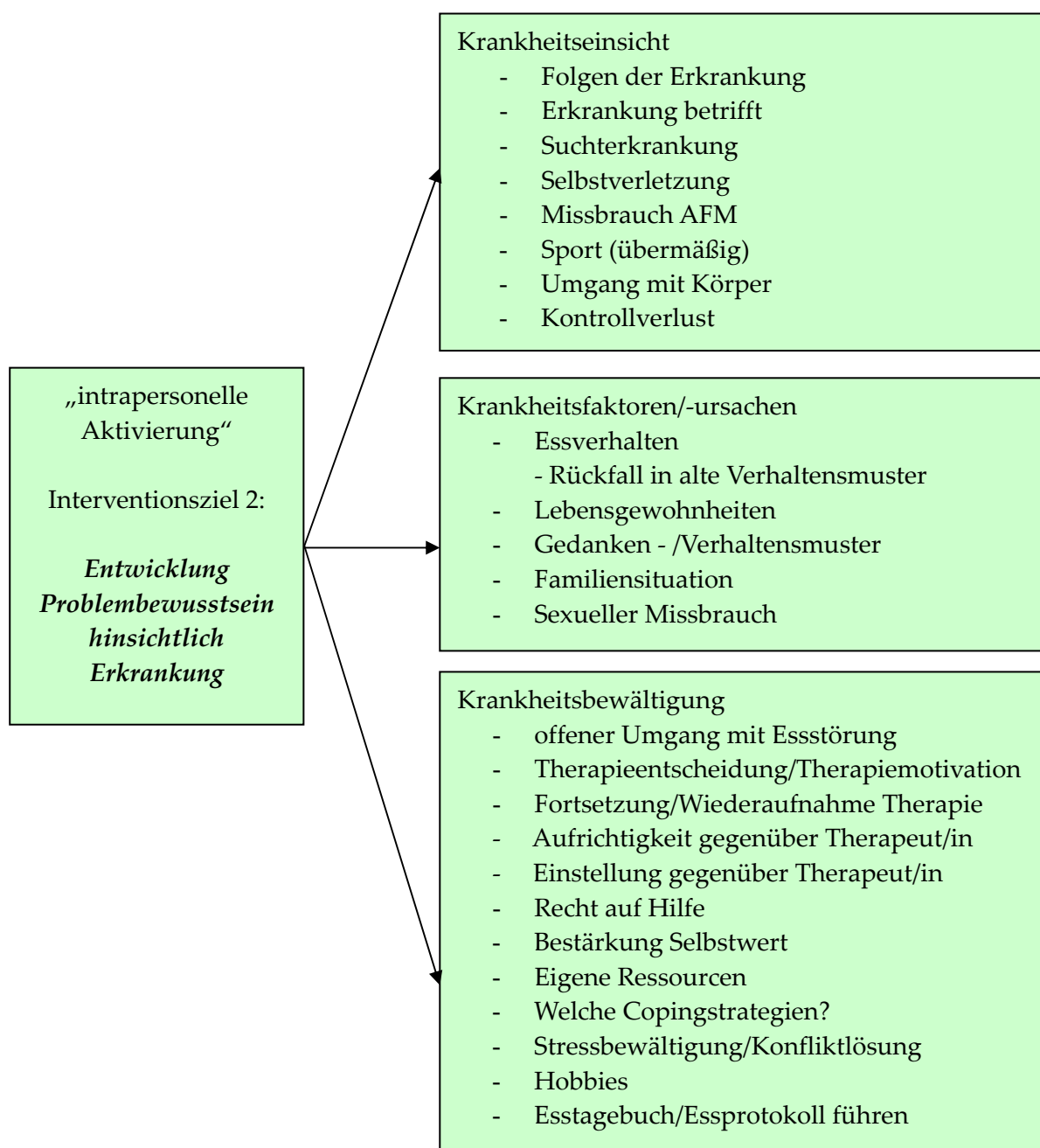


Abbildung 32: Überblick über das Kategoriensystem Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ ist im nachfolgenden Blockdiagramm dargestellt. Den größten Umfang innerhalb dieser übergeordneten Kategorie nimmt die „Krankheitsbewältigung“ mit 432 ein. An zweiter Stelle folgt die „Krankheitseinsicht“ mit 327 und an dritter Stelle die Kategorie „Krankheitsfaktoren/-ursachen“ mit 326 Zuordnungen.

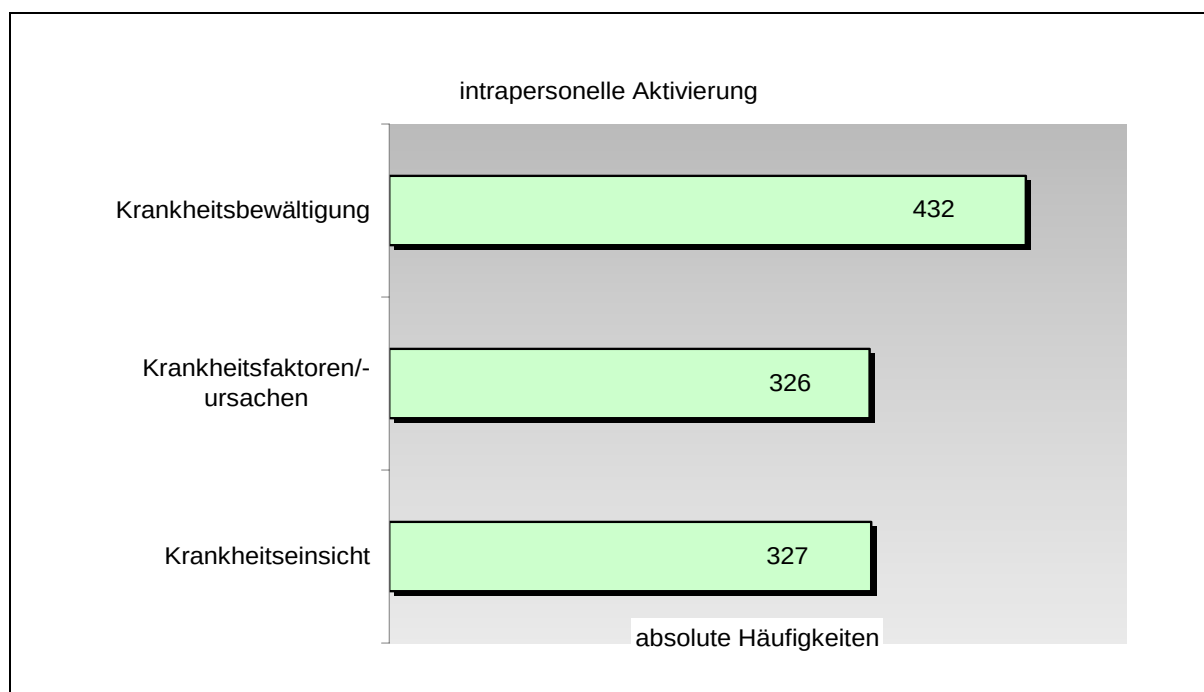


Abbildung 33: Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“

3.3.3.1 Beschreibung Oberkategorie „Krankheitseinsicht“

In der übergeordneten Kategorie „Krankheitseinsicht“ wurden alle Kategorien subsumiert, die inhaltlich Gedanken, Vermutungen und Äußerungen der Online-Berater in den Beratungstexten wieder spiegeln. Sie sollen den Ratsuchenden bei dem Erkenntnisprozess und dem Bewusstwerden eines vorliegenden pathologischen Umgangs bzw. Verhaltensweisen in Bezug auf Ernährung, Gesundheit und Körper unterstützen. Die Oberkategorie „Krankheitseinsicht“ wurde dabei in acht weitere Subkategorien unterteilt,

die im Anschluss detailliert beschrieben werden.

„Essstörungen sind sehr ernst zu nehmende Erkrankungen. Wie bei anderen Suchterkrankungen auch, glauben die Betroffenen stark, dass sie alles im Griff haben und sozusagen morgen aufhören könnten. Eine Person muss also erst die so genannte Krankheitseinsicht haben, um sich auf eine Therapie einlassen zu können.“

Einen Überblick über alle Kategorien der Oberkategorie „Krankheitseinsicht“ gewinnt man aus der nachfolgenden Abbildung.

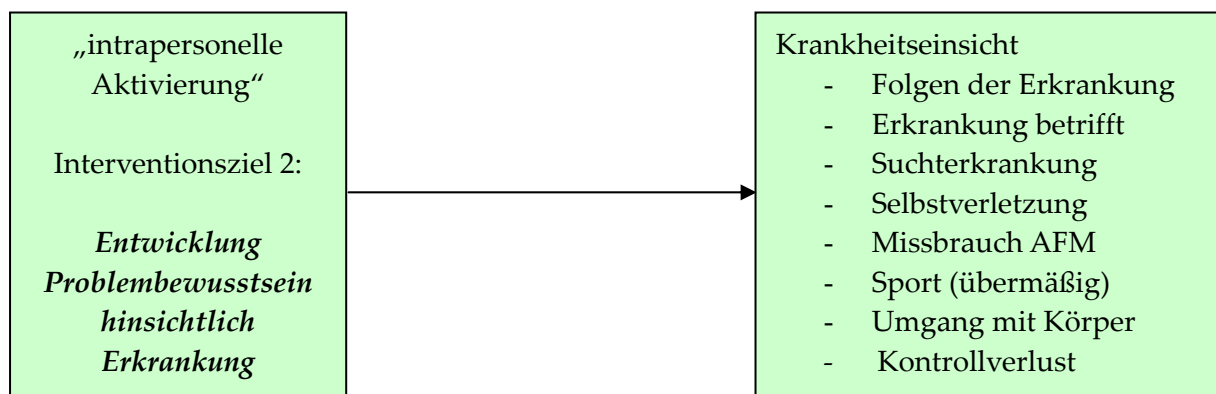


Abbildung 34: Überblick Kategoriensystem Oberkategorie „Krankheitseinsicht“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „Krankheitseinsicht“ ist in dem nachfolgenden Blockdiagramm dargestellt.

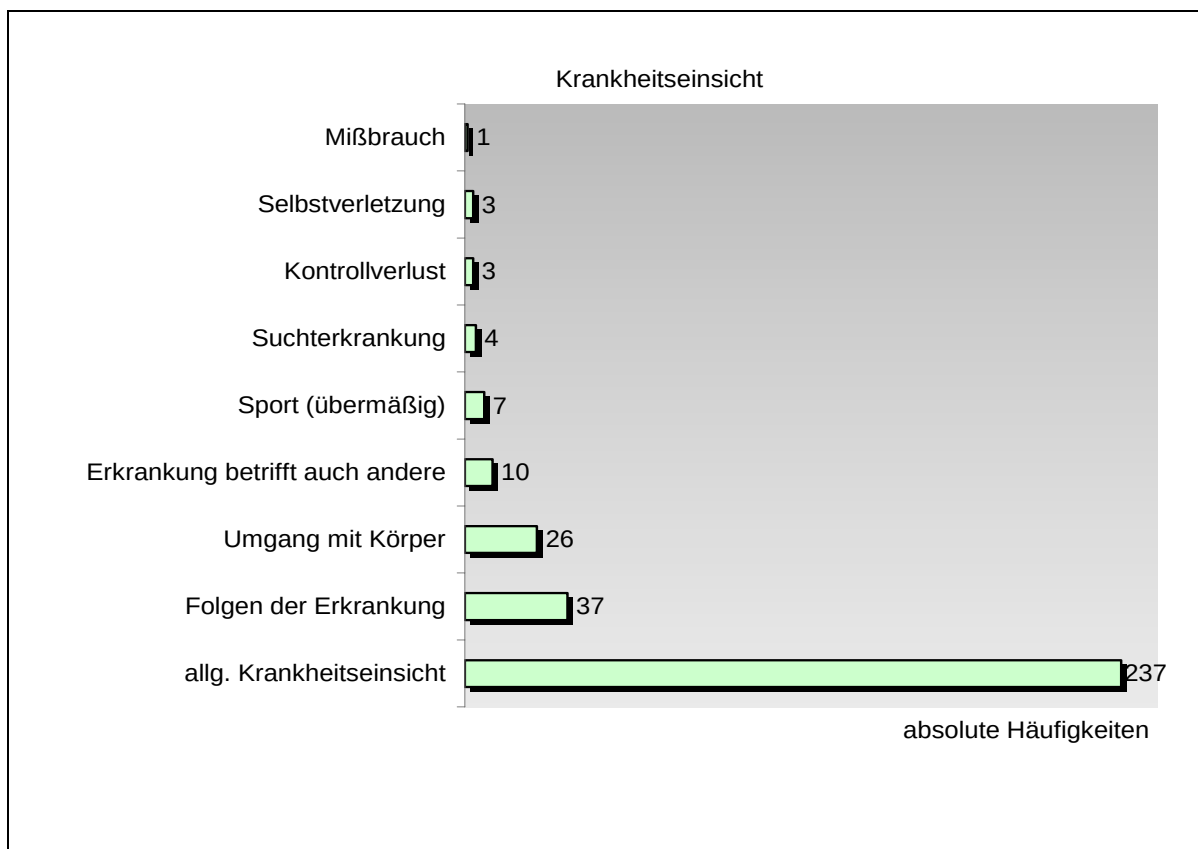


Abbildung 35: Verteilung absoluter Häufigkeiten Oberkategorie „Krankheitseinsicht“

Hinweise der Online-Berater auf mögliche Folgeschäden einer Essstörung sollen ebenfalls dazu beitragen, die Krankheitseinsicht und das Problembewusstsein bei den Betroffenen in Bezug auf ihre Störung zu aktivieren und wurden in der Kategorie „Folgeschäden“ zusammengefasst.

„Ich möchte auch noch mal unterstützen und Ihnen zurück melden, dass die körperlichen Beschwerden, die Sie entwickelt haben, Ausdruck dafür sind, wie ernsthaft die Erkrankung ist und auch wie weit fortgeschritten.“

In der Kategorie „Erkrankung betrifft auch andere“ wurden Ratsuchende im Sinne der Förderung der Krankheitseinsicht darauf hingewiesen, dass Essstörungen viele andere Menschen auch betreffen und zwar unabhängig vom Alter und Geschlecht.

„Viele glauben immer, dass eine Essstörung eine Erkrankung für sehr junge Mädchen ist. Dies ist bei weitem nicht so. Auch in meinem Alltag als psychologische Psychotherapeutin arbeite ich mit einigen Erwachsenen zusammen, die das Teeniealter schon längst hinter sich gelassen haben und trotzdem an

einer Essstörung leiden.“

Aspekte des Kontrollverlustes in Bezug auf Verhaltensweisen im Umgang mit Nahrungsmitteln, spielt im Zusammenhang der Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich dem Vorliegen einer Essstörung ebenso eine große Rolle und bildete die Grundlage für die Kategorie „Kontrollverlust“.

„Und hier liegt das Problem! Sie befinden sich mit einem BMI von 15,7 bereits im Bereich Untergewicht und die Angst dürfte dazu beitragen, dass Sie weiter abnehmen. Bald droht Lebensgefahr, das möchte ich ohne Umschweife betonen! Daher stellt sich hier nicht die Frage, wie Sie kontrolliert zunehmen können, sondern wie Sie überhaupt zunehmen können. Die Angst vor Kontrollverlust wird Sie nämlich dazu bringen, weiter abzunehmen. Das ist wirklich ein Spiel mit dem Feuer!“

Die Erkenntnis, dass es sich bei Essstörungen auch um Suchterkrankungen handelt, wurde in den Beratungstexten der Online-Berater in der Kategorie „Suchterkrankung“ beschrieben und sollte ebenfalls die Krankheitseinsicht der Betroffenen aktivieren.

„Viele an Essstörungen erkrankte Personen müssen lange Therapie machen, bevor es so richtig besser wird. Zum einen hängt das damit zusammen, dass wir eben alle erlernen müssen, mit Essen richtig umzugehen. Und bei dieser Form von Sucht kann man eben auch nie sagen, ich lasse das Suchtmittel jetzt mal weg und lebe ohne.... oder? Wir werden immer essen müssen.“

Selbstverletzendes Verhalten ist in manchen Krankheitsverläufen als komorbides Verhalten im Zusammenhang mit einer Essstörung zu beobachten und wurde in den Beratungstexten der Online-Berater in der Kategorie „Selbstverletzung“ subsumiert.

„Ich weiß, dass die Selbstverletzung vielen wie eine Art „Versicherung“ erscheint. Jedoch habe ich auch oft erlebt, dass sie eben in hochemotionalen Situationen zum Einsatz komme, wenn der Kopf und die Hoffnung gerade nicht zugänglich sind und ich habe auch erlebt, wie groß die Verzweiflung dann irgendwann hinterher war, dass es doch wieder zu solchen Selbstverletzungen gekommen ist.“

Zu bestimmten Formen der Essstörung gehört unter anderem der Missbrauch von Abführmitteln. Zur Aktivierung einer Krankheitseinsicht hinsichtlich einer Essstörung, wurde auch auf diese Problematik in den Beratungstexten der Online-Berater aufmerksam gemacht und in der Kategorie „Missbrauch Abführmittel“ zusammengefasst.

„Bezüglich Ihrer Gesundheit halte ich nicht nur das massive Hungern, sondern auch den Gebrauch von Abführmitteln für sehr bedenklich.“

In der Kategorie „Sport (übermäßig)“ wurden die Ratsuchenden in den Beratungstexten der Online-Berater auf die Gefahren eines Zusammenhangs zwischen übermäßiger sportlicher Betätigung und der Ausbildung einer Essstörung hingewiesen.

„Viele der Betroffenen, die an einer Essstörung leiden treiben auch viel Sport. Er wird häufig benutzt um eben noch mehr Kalorien zu verbrennen. Da Menschen, die an einer Essstörung leiden sowieso nicht gerade sorgsam mit ihrem Körper/ihrer Gesundheit umgehen (können), finden viele von ihnen auch beim Sport oft nicht das angemessene Maß.“

Die Kategorie „Umgang mit Körper“ umfasste verschiedene Teilaspekte, die im Zusammenhang mit einer Essstörung und im Umgang mit dem Körper bzw. der Gesundheit zum Beispiel im Rahmen einer Schwangerschaft, Sexualität, Leistungsfähigkeit oder Gewicht eine Rolle spielen könnten.

„Ich möchte Sie in Ihrer eigenen Vermutung, dass Ihr Essverhalten sehr restriktiv ist und Sie keinen ungezwungenen Umgang mit Ihrem Körper und Ihrer Figur haben, bestärken. Nehmen Sie Ihre Befürchtungen ernst.“

3.3.3.2 Beschreibung Oberkategorie „Krankheitsfaktoren/-ursachen“

Der zweite Kategorienbereich innerhalb der „intrapersonellen Aktivierung“ umfasst „Krankheitsfaktoren/-ursachen“. Unter dieser Oberkategorie wurden alle Kategorien zusammengefasst, die als Ursachen im Zusammenhang einer Entstehung bzw. der Aufrechterhaltung einer Essstörung zu betrachten sind und in den Beratungstexten der

Online-Berater benannt wurden. Mögliche auslösende bzw. aufrechterhaltende Faktoren könnten unter anderem das Essverhalten, Lebensgewohnheiten, Gedanken – und Verhaltensmuster, die Familiensituation bzw. sexueller Missbrauch darstellen.

„Essstörungen haben die verschiedensten Ursachen, die gilt es herauszufinden und zu bearbeiten.“

Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über alle Kategorien innerhalb der Oberkategorie „Krankheitsfaktoren/-ursachen“.

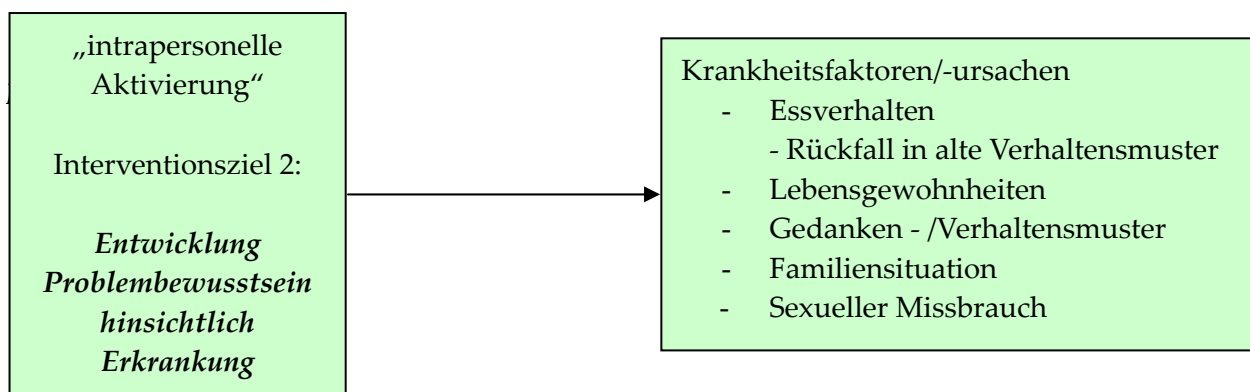


Abbildung 36: Überblick Kategoriensystem Oberkategorie „Krankheitsfaktoren“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „Krankheitsfaktoren/-ursachen ist dem untenstehenden Blockdiagramm zu entnehmen.

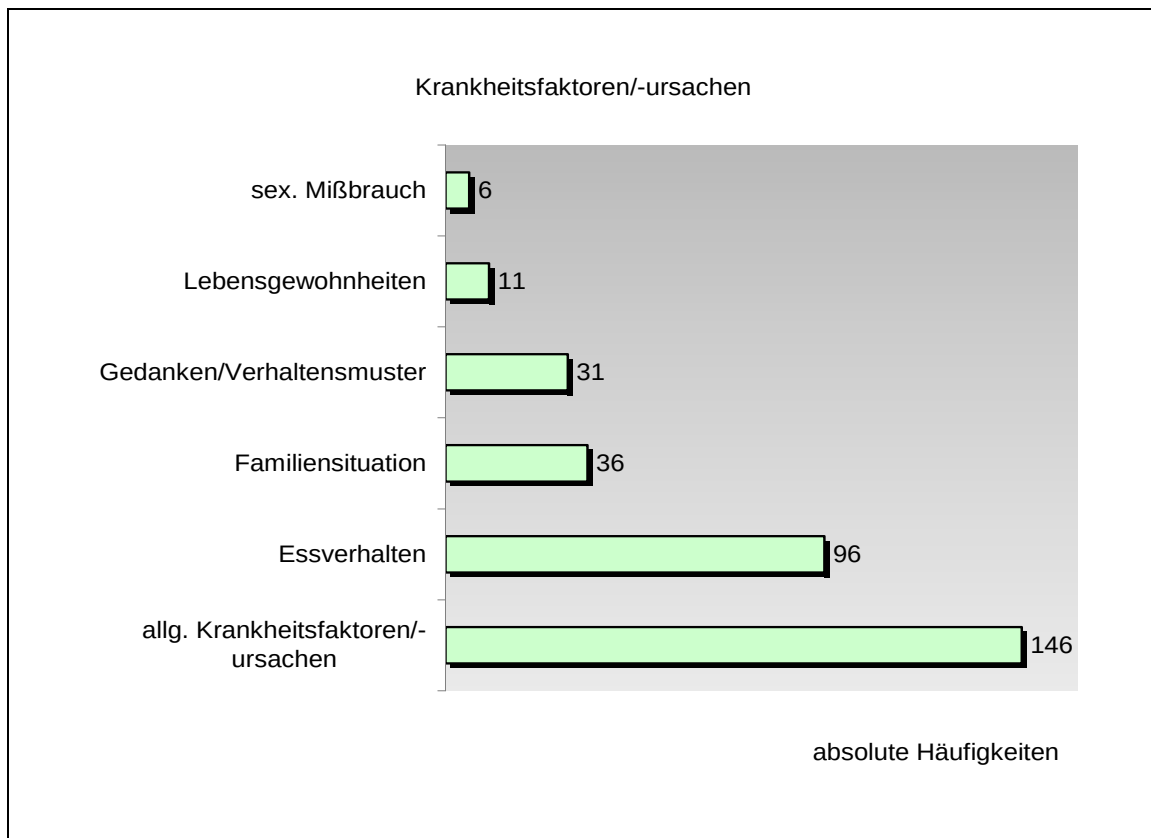


Abbildung 37: Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „Krankheitsfaktoren/-ursachen“

Ein gestörter Umgang mit Nahrungsmitteln bzw. ein sehr restriktives oder einseitiges Essverhalten gehören zu den häufigsten Faktoren, die zur Ausbildung einer Essstörung führen können. Deshalb wurden in der Kategorie „Essverhalten“ alle diesbezüglichen Hinweise der Online-Berater an die Ratsuchenden zusammengefasst.

„Sie wissen sicherlich, dass der BMI niemals der alleinige Indikator für eine Essstörung sein kann. Sie selbst müssen sich – bei Ihrer Erfahrung mit Ihrem bulimischen Verhalten – fragen, ob Ihr Essverhalten und der Umgang mit entsprechend auftretenden Gefühlen inzwischen angemessen ist.“

Bestimmte Lebensgewohnheiten können begünstigend auf die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung einer Essstörung wirken, so ist Ziel der Online-Berater auch diese komplexen Zusammenhänge für die Betroffenen transparent zu machen. In der Kategorie „Lebensgewohnheiten“ wurden diese Hinweise subsumiert.

„Ansonsten kann ich Ihnen nur ganz allgemein antworten, dass sich die Wahrscheinlichkeit von“

Fressattacken erhöht, wenn tagsüber unregelmäßig gegessen wurde und das routinemäßig wiederkehrende Fressattacken erschwert werden könnten, wenn Sie Ihre Abende nicht mehr gleichmäßig wie bisher verbringen würden, sondern sie bewusst anders gestalten.“

Ebenfalls begünstigend auf eine Essstörung können sich immer wieder kehrende pathologische Gedanken - und Verhaltensmuster der Betroffenen auswirken. Diese Problematik bildete die Grundlage der Kategorie „Gedanken – und Verhaltensmuster“ in den Beratungstexten der Online-Beratung.

„Sie sind inzwischen eine selbstbewusste, reflektierte junge Frau und erleben Phasen, in denen Sie ganz unbefangen mit Essen umgehen. Dennoch haben Sie das Gefühl, dass sich die Essstörung wie eine langjährige Gewohnheit verselbständigt hat, und insbesondere wenn Sie in Ihrer Wohnung sind, rutschen Sie noch weiterhin in die entsprechenden Verhaltensmuster hinein.“

In der Kategorie „Familiensituation“ bildeten Gedanken und Hinweise der Online-Berater an die Ratsuchenden, auch das familiäre Umfeld als mögliche Ursache für die Entstehung einer Essstörung in Betracht zu ziehen, den Hintergrund.

„Allerdings muss die gesamte Familie schauen, wie die Bulimie zustande kommt: Essstörungen haben immer etwas mit der gesamten Familie zu tun. Wie mit Leistung, Kritik, Schönheitsideal, Respekt vor den persönlichen Grenzen, Gefühlen und Problemen im Allgemeinen umgegangen wird.“

Sexueller Missbrauch wurde in der Kategorie „sexueller Missbrauch“ thematisiert und als mögliche Ursache für die Ausbildung einer Essstörung von den Online-Beratern benannt.

„Manchmal kann Essen das einzige sein, was eine Person noch kontrollieren kann, gerade wenn sie etwas erlebt hat, was sie so dermaßen in ihren Grundfesten und in ihrem Glauben an Sicherheit und Sichersein erschüttert hat, wie dies nach einer Vergewaltigung auch der Fall ist.“

3.3.3.3 Beschreibung Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“

Der dritte Kategorienbereich innerhalb der „intrapersonellen Aktivierung“ umfasst alle Kategorien, die inhaltlich der Krankheitsbewältigung zuzuordnen sind. Wenn es den Betroffenen gelingt, die zum Teil langwierige, schwere und chronische Erkrankung an einer Essstörung und die damit einhergehenden Auswirkungen auf das körperliche, psychische und soziale Leben zu überwinden und einen angemessenen Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen zu lernen, spricht man von Krankheitsbewältigung, die maßgeblich für die Lebensqualität der Patienten ist. Krankheitsbewältigung bedeutet demnach das Bemühen, bereits bestehende oder erwartete Belastung durch die Krankheit innerpsychisch, d. h. kognitiv, emotional oder durch zielgerichtetes Handeln aufzufangen, auszugleichen oder zu verarbeiten. Krankheitsbewältigung ist ein prozesshaftes Geschehen, dass sich zeitlich und inhaltlich in unterschiedliche Verarbeitungsmodi unterteilen lässt. Innerhalb der Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“ wurden elf weitere Subkategorien gebildet, die unterschiedliche Ansätze bzw. Denkanstöße zur Krankheitsbewältigung beinhalten und nachfolgend explizit und anhand konkreter Beispiele aus den Beratungstexten der Online-Berater des ab-server erläutert werden. Ein Überblick über die Kategorien, die der Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“ untergeordnet sind, ist der Abbildung 38 zu entnehmen.

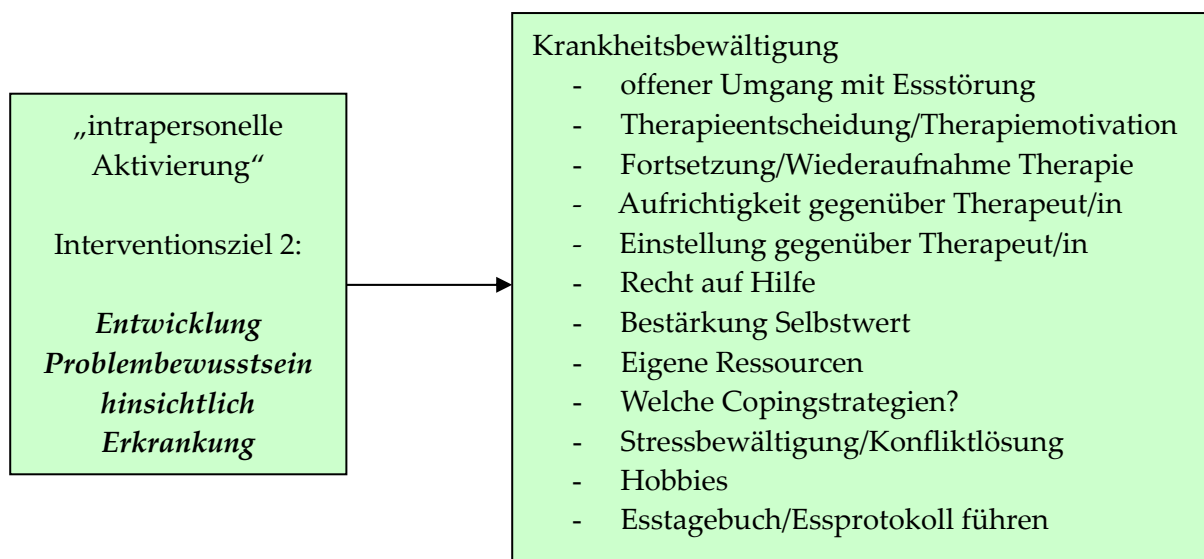


Abbildung 38: Überblick Kategorien innerhalb der Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“

Die Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“ umfasst alle Hinweise, Ratschläge und Aufforderungen der Online-Berater an die Betroffenen, sich der Bewältigung und Überwindung der Essstörung zu stellen und geben hierzu nützliche Informationen und Anregungen.

„Die Wahrscheinlichkeit zu genesen steigt, wenn Sie die Wurzeln angehen und wirklich bereit sind, an der Bewältigung der Essstörung zu arbeiten – ob mit oder ohne Familie!“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“ ist in nachfolgendem Blockdiagramm dargestellt.

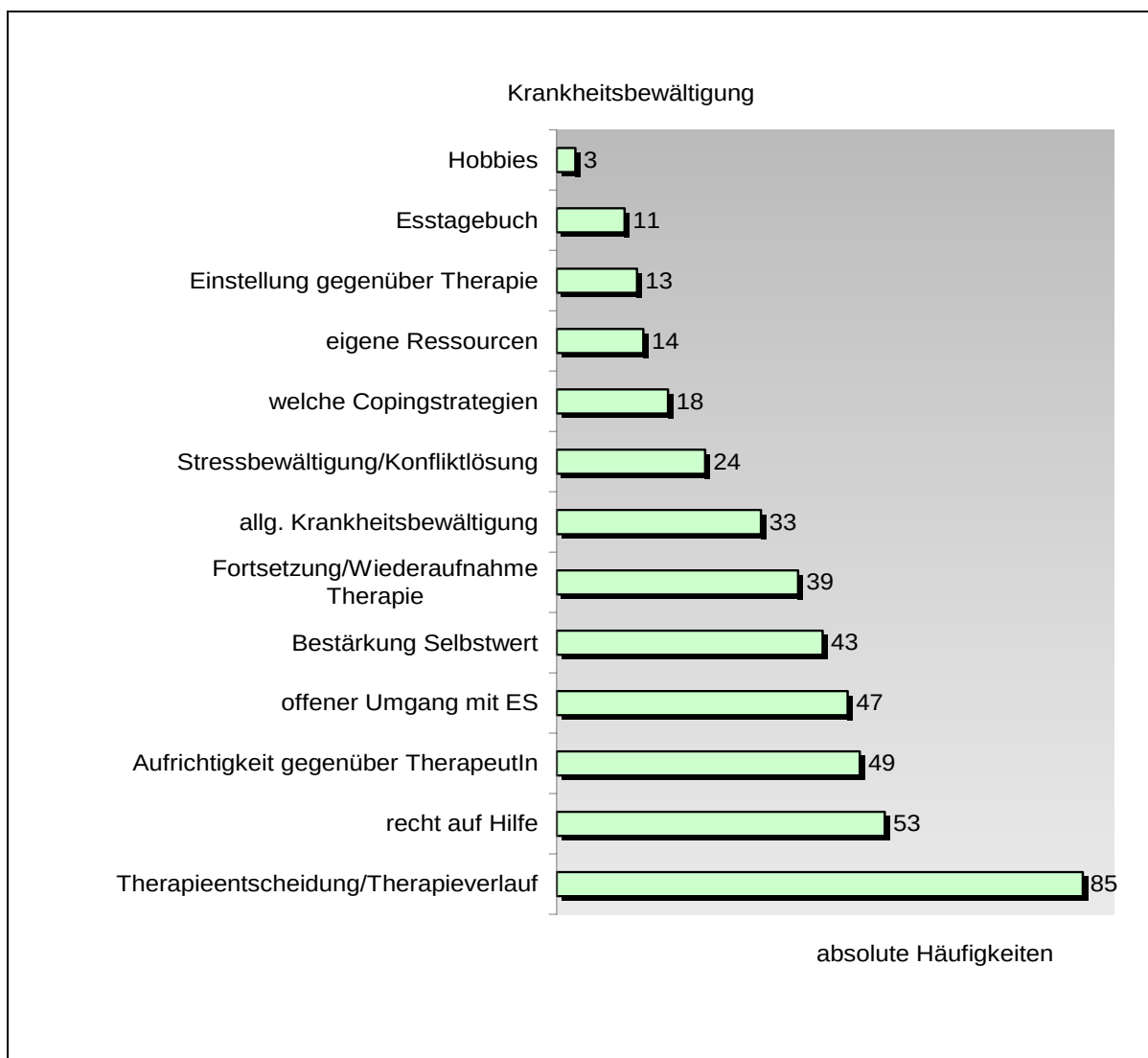


Abbildung 39: Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“

Ein offener Umgang mit der Essstörung ist oft die Grundlage, um weitere Unterstützung im

sozialen Umfeld der Betroffenen aktivieren zu können und vor allem die Isolation der Erkrankten zu durchbrechen. Deshalb wurde dies häufig von den Online-Beratern in den Beratungstexten empfohlen und bildete die Grundlage für die Kategorie „Offener Umgang mit der Essstörung“.

„Ich glaube es wäre gut, wenn Sie ganz offensiv damit umgehen, sofort Ihren wichtigsten Personen erzählen, ganz offen sein, sich Hilfe und Unterstützung suchen.“

Die Betroffenen zu motivieren, sich für eine Therapie zu entscheiden, spiegelte sich in der Kategorie „Therapieentscheidung/Therapiemotivation“ wieder.

„Ein Tipp zum Schluss: Setzen Sie sich doch mal mit der Frage auseinander, warum Sie sich so gegen eine Therapie wehren und was das vielleicht sogar mit Ihrer Essstörung zu tun hat. Vielleicht kommen Sie zu einem besseren Verständnis für sich selbst und das ist eine absolute Voraussetzung um etwas verändern zu können.“

In der Kategorie „Fortsetzung/Wiederaufnahme Therapie“ versuchten die Online-Berater die Ratsuchenden vor allem darin zu bestärken, die begonnene Therapie fortzusetzen, auch wenn sich die erhofften Erfolge noch nicht eingestellt haben bzw. den Kontakt zu bereits bekannten Therapeuten wieder aufzunehmen, um sich professionell bei der Bewältigung der Essstörung unterstützen zu lassen.

„Sie haben in der Vergangenheit ja bereits positive Erfahrungen mit einer ambulanten Therapie gemacht. So könnten Sie noch einmal mit Ihrer damaligen Therapeutin/Ihrem damaligen Therapeuten Kontakt aufnehmen.“

Aufrichtigkeit gegenüber den behandelnden Therapeuten gerade auch in Bezug auf die Essstörung ist die Voraussetzung, um an der Bewältigung der Erkrankung arbeiten zu können. Oft nehmen Betroffene zwar therapeutische Angebote in Anspruch, trauen sich jedoch nicht die Essstörung zu thematisieren. Die Aufforderungen der Online-Berater an die Ratsuchenden, insbesondere gegenüber der Therapeutin/dem Therapeuten offen und ehrlich über die vorliegende Essstörung zu berichten, wurden in der Kategorie

„Aufrichtigkeit gegenüber Therapeut/Therapeutin“ subsumiert.

„Da Sie bereits seit drei Jahren eine ambulante Therapie machen, möchte ich Ihnen raten, genauer zu ergründen, weshalb Ihre Scheu, sich dort zu diesem Thema zu öffnen, so groß ist. Eine Essproblematik drückt sich nicht nur über das Gewicht aus. Sondern es scheint für Sie wichtig zu verstehen und zu lernen, weshalb Sie auf belastende Gefühle mit Essen reagieren und wie Sie stattdessen damit umgehen können. Und genau dafür ist die Therapie da!“

Auf Probleme bzw. die Einstellung der Betroffenen gegenüber bereits bestehenden therapeutischen Beziehungen, wurde in der Kategorie „Einstellung gegenüber Therapie“ eingegangen.

„Therapieplätze sind nicht einfach und nicht schnell zu bekommen. In der Regel kommt es vor allem darauf an, sich einzulassen und bereit zu sein, die eigenen Blockaden immer wieder zu öffnen.“

Die Problematik essgestörter Patienten, alleine die Bewältigung Ihrer Erkrankung bewerkstelligen zu wollen, ohne fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, war Gegenstand zur Bildung der Kategorie „Recht auf Hilfe“.

„Die wenigsten Betroffenen schaffen es alleine, sich aus dem Teufelskreis aus Essen und Erbrechen zu befreien. Daher gilt immer: Je eher Sie sich Hilfe holen, desto besser!“

Mangelndes Selbstwertgefühl ist häufig ein treuer Begleiter von Essstörungen Betroffener. Dass eine positive und wertschätzende Einstellung gegenüber der eigenen Person eine wichtige Voraussetzung zur Bewältigung der Erkrankung darstellt, wurde von den Online-Beratern in der Kategorie „Bestärkung Selbstwert“ thematisiert.

„Also: nehmen Sie sich doch bitte ernst und wichtig! Und wenn nicht jetzt, dann sagen Sie sich wenigstens jeden Tag, dass Sie genau wissen, dass Sie den Mut haben werden, sich helfen zu lassen.“

Hinweise in den Beratungstexten der Online-Berater auf erkannte bzw. die Erinnerung an vorhandene Ressourcen der Ratsuchenden, bildeten den Hintergrund für die Kategorie

„eigene Ressourcen“.

„Und Sie sind ja auch sehr gut in der Lage zu reflektieren, Ihr Leben zu betrachten, was eine wichtige Voraussetzung ist, um etwas zu verändern.“

Der oft chronische Verlauf der Essstörungen bietet den Online-Beratern die Möglichkeit, die Betroffenen daran zu erinnern, welche bereits eingesetzten Copingstrategien evtl. früher schon einmal hilfreich waren. Darüber hinaus können sie Möglichkeiten aufzeigen, an diese bewährten Strategien anzuknüpfen. In der Kategorie „welche Copingstrategien“ wurden diese Hinweise der Online-Berater zusammengefasst.

„Überlegen Sie vielleicht auch noch mal, wie es Ihnen gelungen ist, direkt nach der Klinik Prioritäten zu setzen und wie Sie da wieder anknüpfen könnten.“

In der Kategorie „Stressbewältigung/Konfliktlösung“ wurde der Zusammenhang zwischen Konflikt – bzw. Stresssituationen und der Entstehung bzw. Aufrechterhaltung einer Essstörung in den Beratungstexten thematisiert. Häufig sind belastende Situationen, Gedanken oder Gefühle der Auslöser essgestörter Verhaltensweisen. Wenn es gelingt, diesen Zusammenhang zu erkennen und zu unterbrechen, ist eine wichtige Voraussetzung zur Bewältigung der Essstörung erfüllt.

„Es gibt jedoch Möglichkeiten, mit dieser Problematik umzugehen. Neben einem gesunden Essverhalten können Sie auch lernen, mit Spannungszuständen und Stresssituationen in Ihrem Leben besser umzugehen.“

Eine weitere Möglichkeit zur Krankheitsbewältigung einer Essstörung innerhalb der „intrapersonellen Aktivierung“ stellt die Ausübung von Hobbies dar. Möglichkeiten dieser Art, sich selbst bei der Überwindung einer Erkrankung zu helfen, wurden in der Kategorie „Hobbys“ von den Online-Beratern benannt.

„Machen Sie irgendeine Art von Sport? Hätten Sie daran Spaß? Es wäre wichtig, dass Sie sich mit Dingen beschäftigen, die Ihnen gefallen und Ihnen etwas bedeuten. Gerade im Hinblick auf die Tatsache, dass Sie schreiben, dass das Essen für Sie eine Beschäftigung darstellt.“

In der Kategorie „Esstagebuch/Essprotokoll führen“ wurden Ratschläge der Online-Berater an die Betroffenen dahingehend zusammengefasst, die aufgenommenen Nahrungsmittel exakt und schriftlich zu dokumentieren, um sich selbst somit einen guten Überblick über das Essen zu verschaffen.

„Häufig wird auch geraten, sich eine Übersicht zu verschaffen, was man am Tag isst. Also eine Art Esstagebuch führen und sich selbst eine ausreichende Menge, die gesund zusammengestellt ist, vorzunehmen.“

3.3.4 Beschreibung Oberkategorie „Interpersonelle Aktivierung“

Ziel der Online-Beratung des ab-server innerhalb der „intrapersonellen Aktivierung“ war es, Bewusstseins – und Veränderungsprozesse innerhalb des Betroffenen selbst anzuregen, um so die Krankheitseinsicht zu fördern und die Voraussetzung zur Bewältigung der Erkrankung zu schaffen. In der Oberkategorie „interpersonelle Aktivierung“ hingegen wurden potentiell unterstützende Systeme im sozialen Umfeld des Betroffenen angesprochen wie zum Beispiel der Kontakt zu „Freunden“, „Selbsthilfegruppen“, „Austausch mit anderen Betroffenen über ab-server“ oder die „Unterstützung der Familie“.

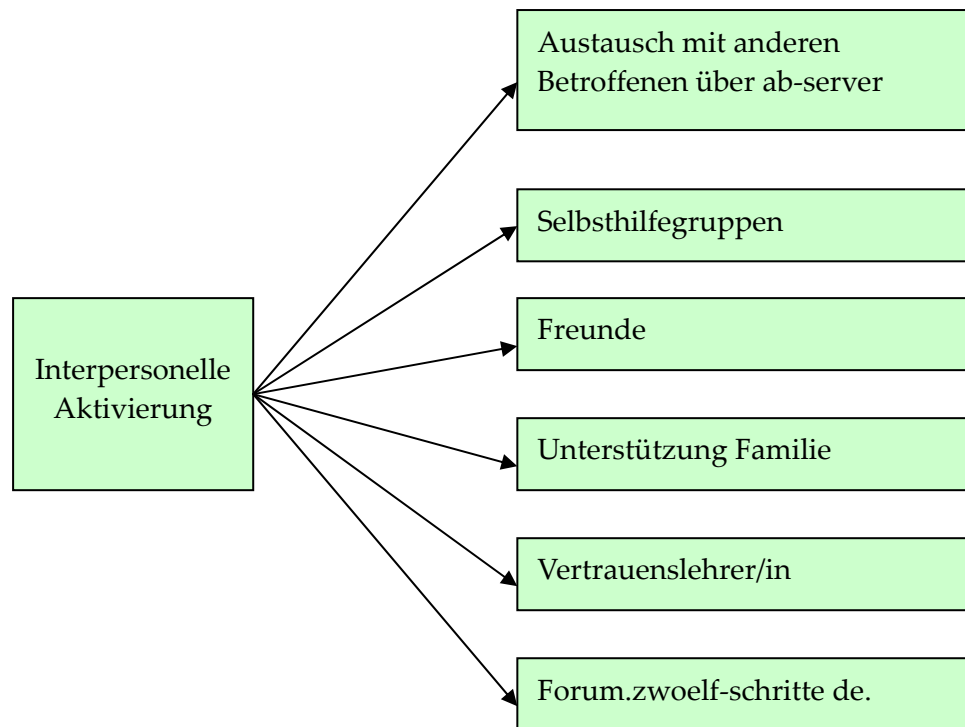


Abbildung 40: Überblick Kategoriensystem „interpersonelle Aktivierung“

Einen Überblick über die absoluten Häufigkeiten innerhalb der zur Oberkategorie „interpersonelle Aktivierung“ gehörenden Kategorien ist dem Blockdiagramm (Abb. 41) zu entnehmen.

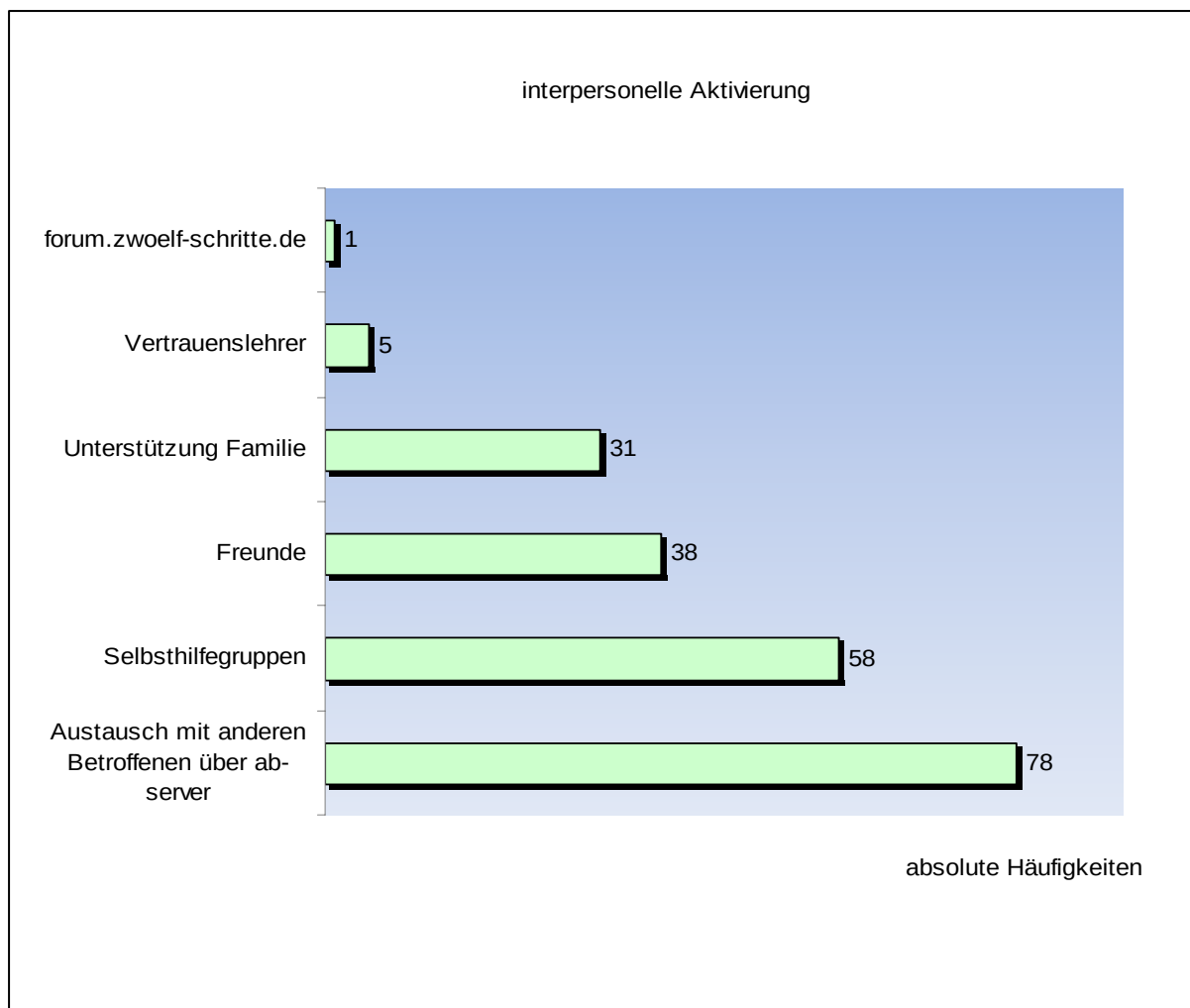


Abbildung 41: Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „interpersonelle Aktivierung“

In der Kategorie „Austausch mit anderen Betroffenen über ab-server“ wurde den Ratsuchenden durch die Online-Berater der Hinweis auf die Möglichkeit des gegenseitigen Austausches innerhalb der chatrooms der Foren des ab-server gegeben.

„Ich denke, es ist wichtig, dass Sie sich mit dem Thema Essstörung auseinandersetzen. Sie könnten sich beispielsweise einmal mit anderen betroffenen Personen im Forum oder im chatroom des ab-servers austauschen.“

Für viele Betroffene kann der Austausch mit anderen Erkrankten ein Weg aus der Isolation sowie eine wichtige Form der Unterstützung darstellen. Diesbezügliche Ratschläge an die Betroffenen, wurden der Kategorie „Selbsthilfegruppen“ zugeordnet.

„Eine Selbsthilfegruppe ist für viele Betroffene in Ihrer Situation eine gute Anlaufstelle. Hier können Sie sich mit anderen Betroffenen austauschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben und auf dem Weg der Genesung vielleicht schon ein Stück weiter sind.“

Der Kontakt zu Freunden bzw. die Möglichkeit, sich Ihnen gegenüber mit ihrer Essproblematik öffnen zu können, stellt eine weitere Ressource für die Betroffenen dar und wurde in der Kategorie „Freunde“ zusammengefasst.

„Ich möchte Ihnen ausdrücklich raten, sich nicht weiter zurück zu ziehen. Halten Sie den Kontakt zu Freunden aufrecht. Gehen Sie raus. Gehen Sie nicht weiter in die Einsamkeit.“

Die Unterstützung der Familie stellt einen weiteren Faktor der möglichen Unterstützung dar und bildete die Grundlage für die Kategorie „Unterstützung Familie“.

„Und wenn Sie auf dem Weg sind, können vielleicht auch Ihre Angehörigen auf Ihre Weise Unterstützung liefern.“

Gerade für sehr junge Mädchen, die noch zur Schule gehen und sonst niemanden haben, an den Sie sich mit ihren Problemen wenden können, besteht die Möglichkeit, sich an einen Vertrauenslehrer – bzw. Vertrauenslehrerin ihrer Schule zu wenden. Hinweise dieser Art lagen der Kategorie „Vertrauenslehrer/in“ zugrunde.

„Du könntest auch mit der Vertrauenslehrerin/dem Vertrauenslehrer deiner Schule reden, wenn du dir das vorstellen kannst.“

Ein anderes Internetforum für Betroffene von Essstörungen ist das Forum „zwölf Schritte“, dass ebenfalls von den Online-Beratern in den Beratungstexten empfohlen wurde.

„Es gibt auch ein ganz gutes Online-Forum, wo Sie in jedem Fall Menschen treffen werden, die sich ernsthaft mit dem Gesundwerden beschäftigen.“

3.3.5 Beschreibung Oberkategorie „informelle Aktivierung“

In der Oberkategorie „informelle Aktivierung“ weisen die Online-Berater die Ratsuchenden auf verschiedene Möglichkeiten der Informationsgenerierung über verschiedene Medien hin. Das Wissen um die Erkrankung sowie deren mögliche Folgeerscheinungen stellen eine wichtige Grundlage für die Krankheitseinsicht und die Bewältigen der Erkrankung dar. Die theoretischen Annahmen hierzu wurden im Abschnitt II.4. explizit erläutert.

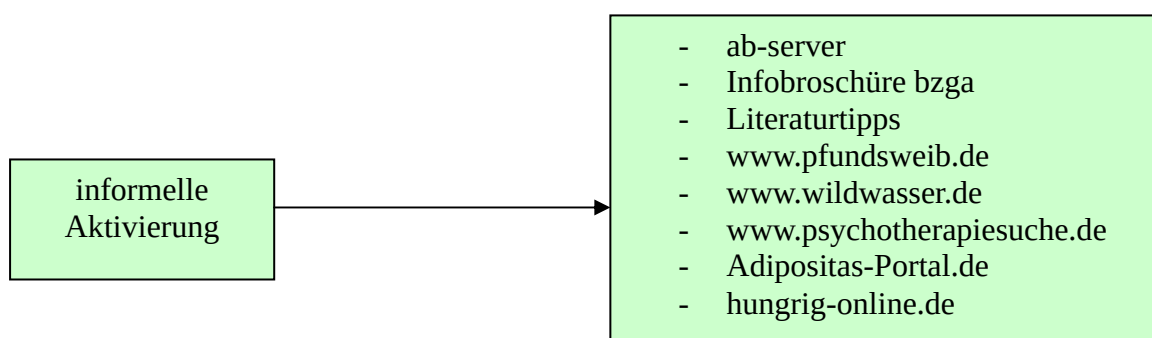


Abbildung 42: Überblick Kategoriensystem „informelle Aktivierung“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „informelle Aktivierung“ ist im nachfolgendem Blockdiagramm dargestellt.

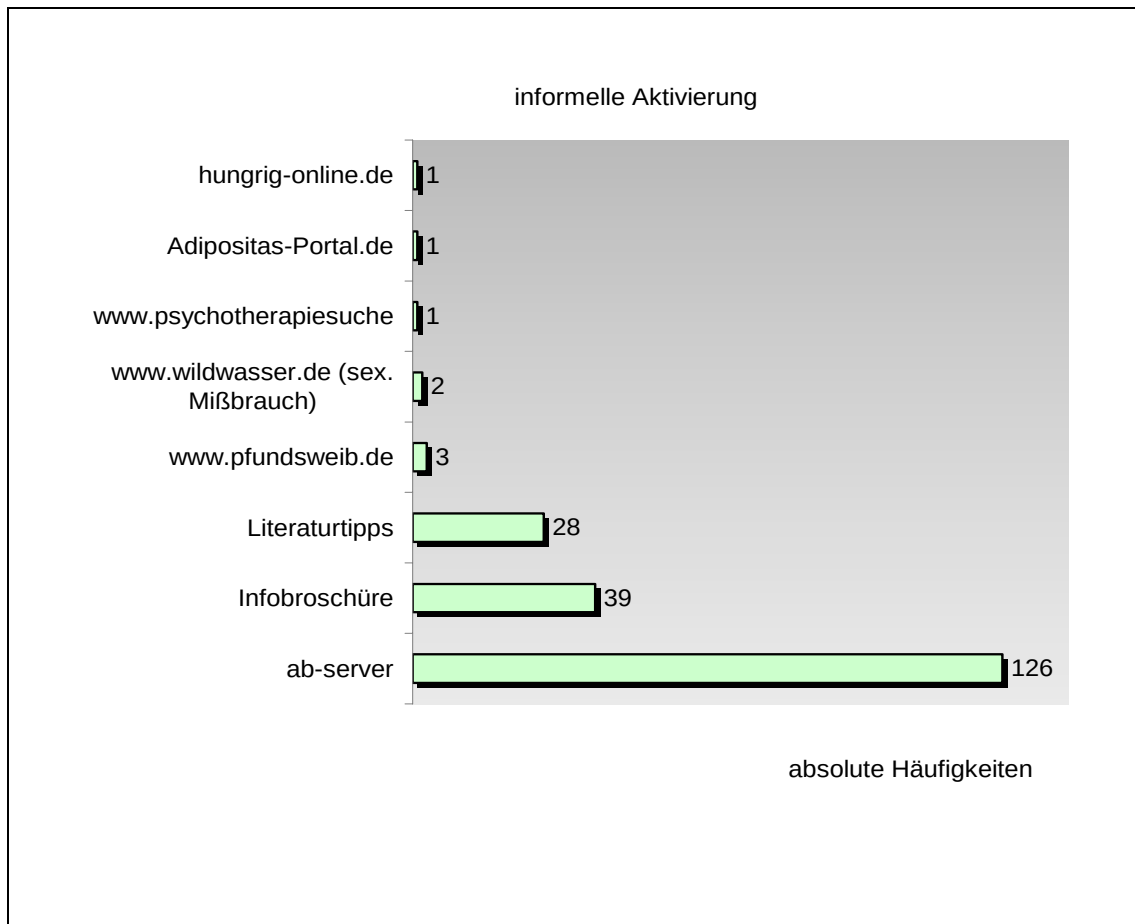


Abbildung 43: Verteilung der absoluten Häufigkeiten der Oberkategorie „informelle Aktivierung“

Die Online-Berater nannten in den Beratungstexten an die Ratsuchenden häufig den ab-server als Quelle, um sich über die verschiedenen Formen der Essstörungen, deren Symptome, sowie deren Behandlungsmöglichkeiten oder Therapieadressen zu informieren. Diese Hinweise wurden in der Kategorie „ab-server“ zusammengefasst.

„Auf unserer Website finden Sie eine große Menge weitere Informationen, Literaturhinweise, Erfahrungen anderer Betroffener und vieles mehr.“

Die BZGA hat eine kostenfreie Broschüre zum Thema „Essstörungen“ herausgegeben, die auch aus dem Internet zu beziehen ist. Hinweise der Online-Berater an die Ratsuchenden sich auf diesem Weg nähere Informationen zum Thema Essstörungen zu beschaffen, stellten die Grundlage für die Bildung der Kategorie „Infobroschüre“ dar.

„Gleichzeitig möchte ich Dir und Deinen Eltern raten, Euch über eine mögliche Essstörung zu informieren. Um sich mit dem Thema Essstörung etwas vertrauter zu machen, empfehle ich deshalb folgende kostenfreie Broschüre: <http://www.bzga.de/bzga/stat/pdf/35231002.pdf>.“

Literaturtipps zum Thema „Essstörungen“ wurden in der Kategorie „Literaturtipps“ zusammengefasst.

„Vielleicht beginnen Sie erst mal damit, dass Sie Bücher zum Thema lesen und sich so mit der Materie vertraut machen, sich wiedererkennen, besser verstehen etc.. Zum Beispiel sind die Bücher von Geneen Roth über Esssucht sehr gut oder vielleicht auch das Buch von Simone Munsch: „Das Leben verschlingen“.“

Gerade für Ratsuchende mit Übergewicht stellt das Forum www.pfundswieb.de eine Möglichkeit dar, sich über gesunde Ernährung und Formen der Gewichtsreduktion zu informieren oder sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Diese Hinweise bildeten die Grundlage für die Kategorie „www.pfundswieb.de“.

„Vielleicht schauen Sie sich auch mal im Forum der www.pfundswieb.de um - da gibt es viele Tricks und Tipps, um das Gewicht gesund zu reduzieren.“

Zum Thema sexuelle Gewalt, gibt es ebenfalls spezialisierte Webseiten. Die Hinweise der Online-Berater auf die Internetseiten von wildwasser.de wurden in der Kategorie „wildwasser.de“ abgebildet.

„Vielleicht mögen Sie sich auch einmal auf den Websites vom Verein wildwasser.de gegen sexuelle Gewalt umschauen.“

Unterstützung bei der Suche nach geeigneten psychotherapeutischen Angeboten wurde in der Kategorie „www.psychotherapiesuche.de“ zusammengefasst.

„Ich würde Ihnen dazu empfehlen, sich einmal auf der Seite: www.psychotherapiesuche.de umzuschauen. Hier haben Sie die Möglichkeit, Therapeuten in ganz Deutschland unter Eingabe bestimmter Kriterien auszusuchen.“

Als weiteres Hilfsangebot für Betroffene mit Adipositas nannten die Online-Berater in ihren Beratungstexten das Adipositas-Portal.de, das die Grundlage für die Kategorie „Adipositas-Portal.de“ bildete.

„Sollten Sie sich dennoch nach mehr Information und vielleicht auch Anschluss nach Gleichgesinnten bzw. Mitbetroffenen sehnen, so besuchen Sie doch das Adipositas-Portal.de, ein unabhängiges Portal mit dem Schwerpunkt „Adipositas-Chirurgie“ für Betroffene von Betroffenen.“

Das Internetportal hungrig-online.de wurde ebenfalls als mögliche Form der Unterstützung von den Online-Beratern genannt und in der Kategorie „hungrig-online.de“ zusammengefasst.

„Auch hier können Sie schauen: www.hungrig-online.de/content/blogsection/5/35.“

3.3.6 Beschreibung der Sonderkategorie für Angehörige „Umgang mit Betroffenen“

Eine Sonderkategorie innerhalb des entwickelten Kategoriensystems zur Strukturierung und Einteilung der Beratungsantworten der Online-Berater des ab-server, stellte die Beantwortung von Anfragen der Angehörigen von Betroffenen einer Essstörung dar. Wie bereits im Kapitel Spiegelung erläutert wurde, wird die Online-Beratung des ab-server nicht ausschließlich von Betroffenen selbst in Anspruch genommen. Häufig wenden sich vor allem Eltern, Freunde oder Freundinnen, Kollegen oder Lehrer von erkrankten Personen, Rat suchend an die Online-Beratung.

Die Kategorie „Umgang mit Betroffenen“ umfasste daher alle Hinweise, Ratschläge und Informationen an die Angehörigen, wie sie sich im Umgang mit den Betroffenen am besten verhalten sollten, wie in einem Gespräch die Essproblematik angesprochen werden könnte,

was wichtig für eine gute Beziehungsgestaltung wäre und vor allem wie man den Betroffenen am besten unterstützen könnte, sich professionelle Hilfe zu suchen. Nachfolgend sollen einige Beispiele aus den Beratungsantworten an die Angehörigen vorgestellt werden.

„Sagen Sie ihr, dass Sie sich Sorgen machen, dass Sie sie verstehen, dass Sie ihr gerne helfen wollen, dass Sie für sie da sind, wenn sie Hilfe braucht....“

„Sollte deine Schwester wirklich an Magersucht leiden, ist eine therapeutische und medizinische Begleitung sicherlich sinnvoll. Diese Krankheit sollte weder bagatellisiert noch dramatisiert werden. Deine Familie sollte deine Schwester deshalb auch zu einer medizinischen Abklärung auffordern und zu einer Therapie motivieren.“

„Erwarten Sie nicht von sich selbst und Ihrem Sohn, dass Sie die erste Person sein werden, mit denen er redet. Erst einmal muss er sich selbst eingestehen, dass er eventuell ein Problem mit dem Essen hat, und dass dieses Problem kein kleines ist. Dann kann er Hilfe annehmen.“

Hinweise der Online-Berater an die Angehörigen, im oft schwierigen und langjährigen Krankheitsverlauf der Betroffenen auf sich selbst und eigene Grenzen zu achten und für die eigene psychische und physische Gesundheit Sorge zu tragen, bildeten die Grundlage für die Kategorie „Abgrenzung“.

„Wenn Sie nicht auf sich aufpassen, könnten Sie sehr darunter leiden, gegen diese unsichtbare Wand zu laufen, die die Betroffenen gerne um sich herum aufbauen. Daher rate ich Ihnen, im Kontakt mit der Betroffenen sehr auf sich selbst und auf Ihre Grenzen zu achten.“

Eine weitere Möglichkeit, sich als Angehöriger für den oft schwierigen Umgang mit einer an einer Essstörung erkrankten Person, eigene Unterstützung zu suchen, wurde in den Beratungstexten der Online-Berater in der Kategorie „Austausch mit anderen Angehörigen“ benannt.

„Vielen Angehörigen ist der Austausch mit anderen Angehörigen eine Unterstützung. Manche suchen auch selbst eine Beratungsstelle auf, um sich über ihren eigenen Umgang mit dem essgestörten Menschen klarer zu werden. Hierfür möchte ich Ihnen den Link <http://ab-server.uni-leipzig.de/hilfe/essstörungen.html> anbieten.“

3.3.7 Spezielle Interventionsansätze und -methoden der Online-Beratung des ab-server

Auf der Grundlage der im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit durchgeführten inhaltlichen und strukturellen Analyse der Beratungstexte der Online-Berater des ab-server, konnten einige besondere Interventionsansätze in der Online-Beratung abgeleitet werden. Eine spezielle Interventionsmethode stellt zum Beispiel das Stellen von Rückfragen der Online-Berater an die Ratsuchenden dar. Die theoretischen Grundlagen dieser Fragetechnik und Interventionsmethode wurden im Theorieteil C ausführlich beschrieben. Eine weitere spezielle Interventionsmethode stellt das Konstrukt Empathie dar, die theoretische Fundierung ist ebenfalls in diesem Abschnitt nachzulesen.

Ebenso wurde „Grenzen-setzen“, als eine weitere spezielle Methode der Online-Beratung, in einer eigenen Kategorie zusammengefasst. Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien kurz beschrieben und anhand eines konkreten Textbeispiels aus einer Beraterantwort der Online-Beratung des ab-server dargestellt.

3.3.7.1 Rückfragen

Durch die Analyse der Beratungstexte ist aufgefallen, dass im überwiegenden Teil der Antworttexte, Rückfragen an die Ratsuchenden formuliert wurden. Um diese zu erfassen, wurde die Kategorie „Rückfragen Online-Berater“ aufgestellt. Zur Veranschaulichung folgen einige konkrete Textbeispiele:

„Wer kann Ihnen dabei helfen und Sie unterstützen, die weiteren Schritte in Richtung einer Therapie zu unternehmen?“

→ Beispiel: Aktivierung der Betroffenen, sich hilfreiche Unterstützung zu suchen.

„Was meinen Sie, warum Sie Probleme mit dem Essen haben? Wann spielt das Nichtessen eine Rolle, wann nicht? Wie fühlen Sie sich, wenn Sie essen? Wann wirkte die Vernunft, wenn auch nur für kurze Zeit?“

→ Beispiel: besseres Verständnis bzw. Verdeutlichung des Problems.

„Liebe Lisa, ich mache mir dann noch Sorgen um Deine Selbstmordgedanken. Wollen wir es so machen, dass Du Dich entweder aus dem Urlaub meldest, wenn dies irgendwie geht oder schreibst, wenn Du dann wieder zu Hause bist und wir dann gemeinsam überlegen, wie Du weitermachen kannst?“

→ Beispiel: Beziehungsangebot zwischen Online-Berater und Ratsuchendem.

„Was ging in den letzten 1,5 Jahren gut, was hat Sie beruhigt, wenn Sie aufgeregt, ängstlich, ärgerlich oder was auch immer waren?“

→ Beispiel: Aktivierung eigener Ressourcen.

3.3.7.2 Empathie:

Neben fachlichen Kompetenzen, sollte jeder professionelle Berater ebenso über Kompetenzen im Beratungsverhalten verfügen. Die empathische Haltung des Online-Beraters drückt sich durch Verstehen des Anliegens des Betroffenen, nichtwertendes Eingehen auf die Person und seine Empfindungen, respektvollem Umgang mit dem Klienten und aufrichtigem Bemühen, um dessen Belange aus.

Aus der Analyse der Antworttexte der Online-Berater konnten insgesamt sieben „Empathie-Kategorien“ abgeleitet werden, die nachfolgend im Überblick dargestellt werden.

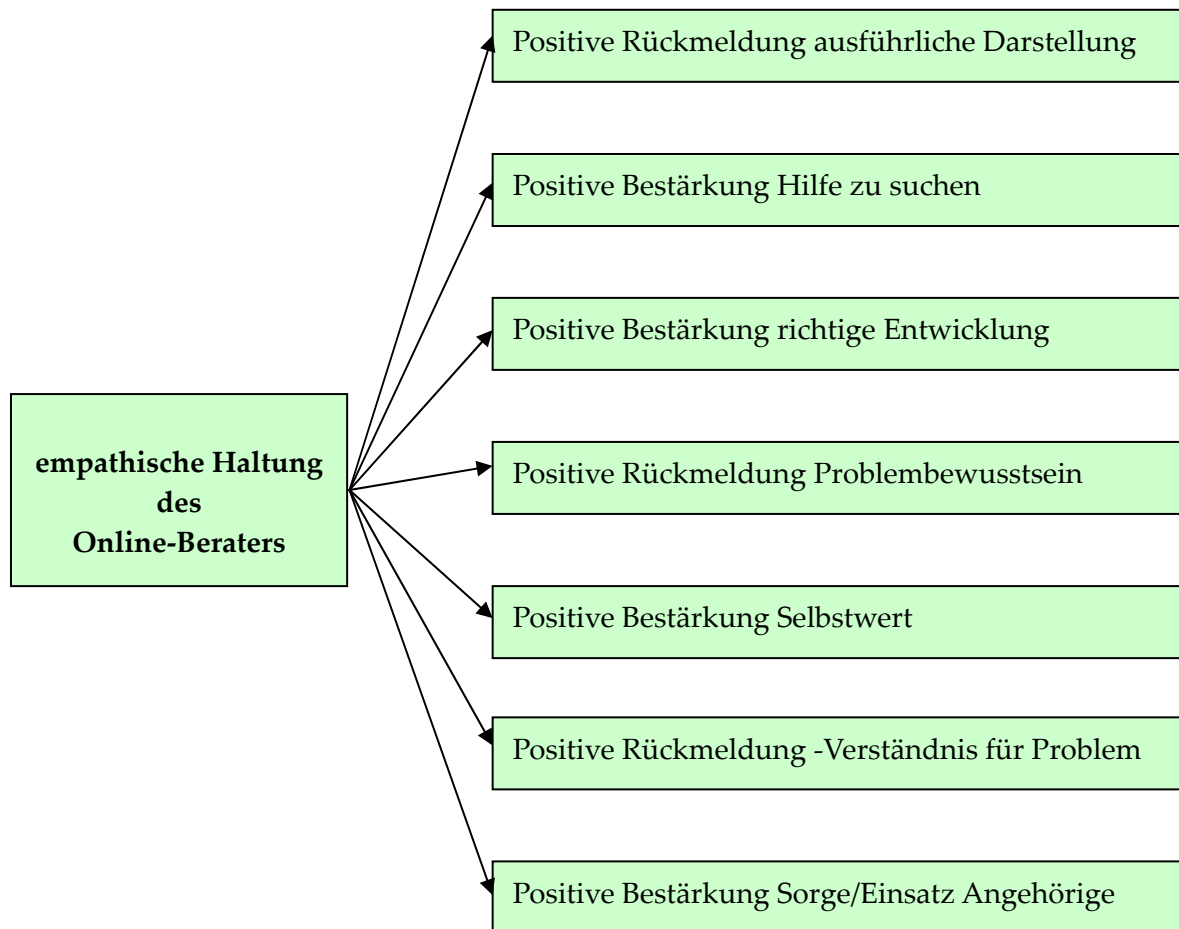


Abbildung 44: Überblick Oberkategorie „Empathie“

Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten in der Oberkategorie „Empathie“ ist dem nachfolgenden Blockdiagramm zu entnehmen.

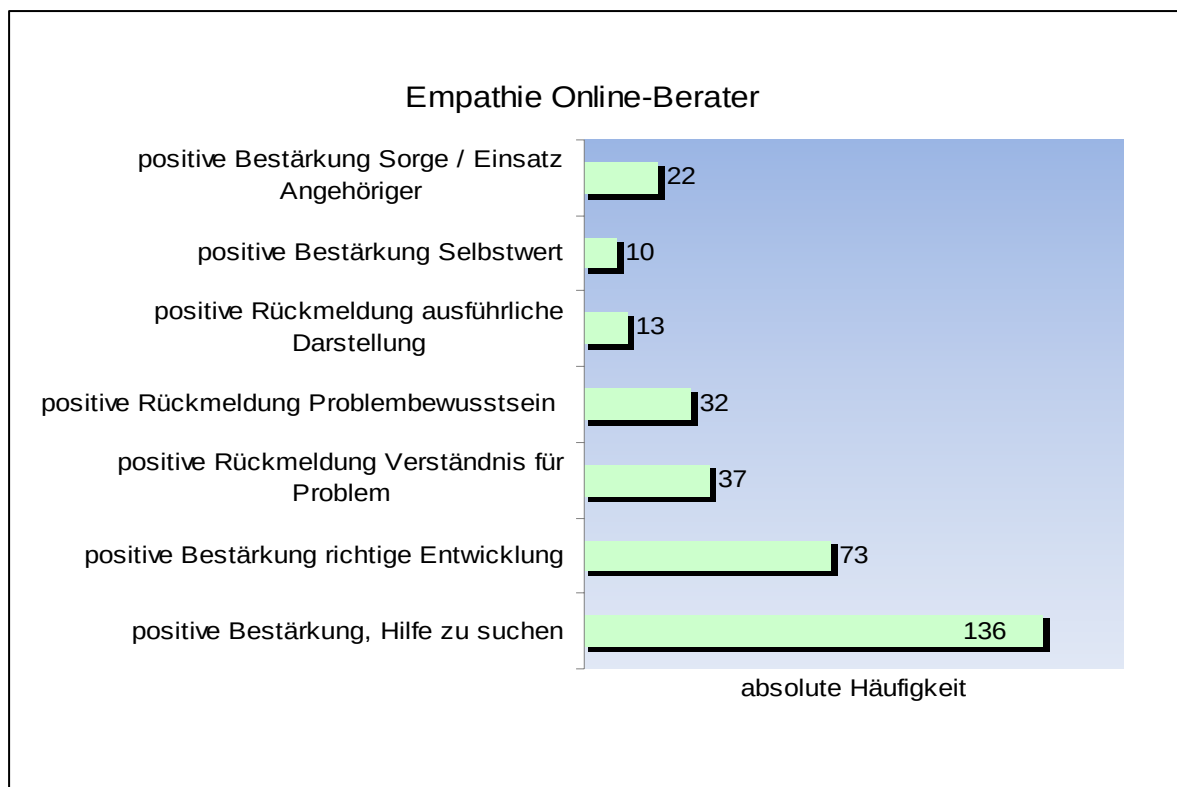


Abbildung 45: Verteilung absolute Häufigkeiten Oberkategorie „Empathie Online-Berater“

Nachfolgend werden für jede der sieben “Empathiekategorien” konkrete Textbeispiele aus den Antworttexten der Online-Berater vorgestellt.

„Vielen Dank für Ihr ausführliches Schreiben, so können wir uns ein gutes Bild von Ihrer Situation machen.“

→ Beispiel: „Positive Rückmeldung ausführliche Darstellung“

„Obwohl Sie ja etwas skeptisch waren, finde ich es sehr gut, dass Sie den Mut aufgebracht haben, sich an den ab-server zu wenden.“

→ Beispiel: Positive Bestärkung Hilfe zu suchen

„Und darüber hinaus: großes Kompliment für Ihr kontinuierliches mutiges Arbeiten! Ich finde, dass Sie sehr ehrlich zu sich sind, auch eingestehen können, wo die noch neuralgischen Punkte

liegen. Und ich meine genau dort liegt das Ziel.“

→ Beispiel: Positive Bestärkung richtige Entwicklung

„Sie können Sich Ihre Probleme mit dem Essen eingestehen und das ist ein erster Schritt in Richtung Heilung!“

→ Beispiel: Positive Rückmeldung Problembewusstsein

„Nun zu Ihrer aktuellen Frage: Das Sie kurz davor waren, sich für eine stationäre Behandlung anzumelden spricht für Sie und dafür, dass Sie angefangen haben, sich selbst auch ernst und wichtig genug zu nehmen.“

→ Beispiel: Positive Bestärkung Selbstwert

„Puuh!!! Das hört sich für mich wirklich sehr anstrengend und belastend an. Und da sind Sie noch mit Ihrer Figur unzufrieden.....Und plötzlich geht mit dem Erbrechen scheinbar alles viel leichter.... Auch wenn Sie in Ihrem Schreiben keine konkrete Frage stellen, so kann ich Ihre Not doch spüren.....“

→ Beispiel: Positive Rückmeldung - Verständnis für Problem

„Trotz des belastenden Themas freue ich mich immer wieder, wenn sich Partner an uns wenden, um ihrer Freundin zu helfen. Das sind Liebesbeweise sensibler Männer, die nicht einfach wegsehen möchten!“

→ Beispiel: Positive Bestärkung Sorge/Einsatz Angehörige

3.3.7.3 Grenzen in der Online-Beratung

In den Richtlinien der DFE e.V. für die Online-Beratung sind formelle Regeln und Kriterien

für das Beratungsverhalten der Online-Berater verankert. Durch die Verknüpfung der Textanalyse der Beraterantworten mit den zugrunde liegenden Richtlinien, konnten folgende Kategorien der „Grenzen der Online-Beratung“ extrahiert werden:

- Abgrenzung Möglichkeiten Online-Beratung
- wiederholter Kontakt
- keine Info aus Anfrage
- Anfrage missverständlich

Die Verteilung absoluter Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorie „Grenzen Online-Beratung“ ist nachfolgendem Diagramm zu entnehmen.

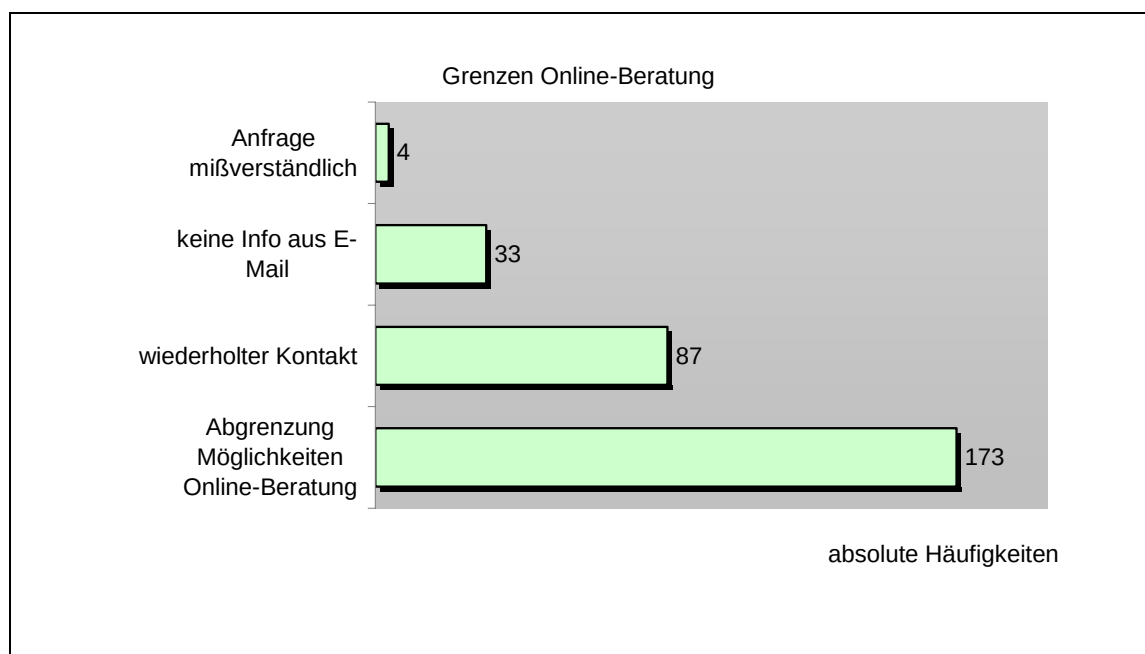


Abbildung 46: Verteilung absolute Häufigkeiten „Grenzen Online-Beratung“

Im Weiteren werden die einzelnen Kategorien kurz erläutert und mit konkreten Textbeispielen aus den Antworttexten der Online-Berater veranschaulicht.

Abgrenzung Möglichkeiten Online-Beratung

Die Online-Beratung des ab-server ist ein anonymes, niederschwelliges Angebot und kann daher nur für umgrenzte Fragestellungen dienlich sein. Therapeutische Angebote vor Ort können nicht ersetzt werden und die Online-Beratung kann keine längerfristige Beratung anbieten. Ebenso sind diagnostische Einschätzungen aufgrund der Beschreibungen in den Anfragetexten der Betroffenen laut den Richtlinien des DFE e.V. nicht gestattet. Es folgen einige Textbeispiele für die Kategorie „Abgrenzung Möglichkeiten Online-Beratung“:

„Wir beim ab-server sind der Auffassung, dass wir nur Beratung bieten können. Eine Psychotherapie per Internet können und wollen wir nicht leisten. Zu viele wichtige Aspekte in der interpersonellen Kommunikation gehen verloren.“

→ Beispiel: Abgrenzung – therapeutische Angebote vor Ort nicht ersetzbar

„Also vorweg muss leider gesagt werden, dass Ferndiagnosen nicht möglich sind – dazu braucht es einen persönlichen Kontakt und deutlich mehr Angaben.“

→ Beispiel: Abgrenzung – keine Diagnoseeinschätzung in der Online-Beratung

„Bitte schreiben Sie Ihre Fragen, wir werden sie, so gut wir können, beantworten. Sie können auch schreiben, wenn Sie verzweifelt sind. Allerdings versuchen wir vom ab-server, mit Ihnen gemeinsam eine Möglichkeit der Betreuung vor Ort zu finden, da wir glauben, dass eine Online-Beratung keine Therapie ersetzen kann. Dazu ist sie einfach zu einseitig und zeitmäßig verschoben.“

→ Beispiel: Abgrenzung – begrenzte Kontakte - > keine längerfristige Beratung

wiederholter Kontakt

Auch im Rahmen der Online-Beratung kommt es hin und wieder zu wiederholten Kontakten zwischen Online-Beraterin und Ratsuchendem. In diesem Fall wird häufig die Beratungsstruktur: *Begrüßung, Spiegelung, Intervention* und *Abschluss* durchbrochen und auf die „Spiegelung“ verzichtet. Um diese Abweichung in der Analyse der Beratungstexte berücksichtigen zu können, wurde die Kategorie „wiederholter Kontakt“ gebildet.

„Liebe Tigerbike, vielen Dank für Ihren weiteren Brief und Ihr positives Feedback!“

→ Beispiel: wiederholter Kontakt

keine Information aus Anfrage

Die Quantität und Qualität der Anfragetexte der Betroffenen oder deren Angehörigen unterscheiden sich sehr stark. So ist das Spektrum von sehr ausführlichen und gut

nachvollziehbaren Schilderungen der Problemlage bis hin zu undurchschaubaren Darlegungen vertreten. Wenn die Informationen, die die Online-Berater aus den Anfragetexten ziehen können, nicht ausreichend sind, um die Problemsituation adäquat zu erfassen, wird dies dem Betroffenen zurückgemeldet.

„Leider haben Sie mir zu Ihrer Essstörung nicht so viele Details geschrieben (Intensität der Symptomatik, Gewicht, Behandlung), so dass ich die Lage nicht sehr gut beurteilen kann.“

→Beispiel: keine Info aus E-Mail

Anfrage missverständlich

Wenn die Anfragen der Betroffenen nicht eindeutig formuliert wurden und die Online-Berater, das Anliegen des Ratsuchenden nicht erfassen können, wird dies in der Beratungsantwort des Online-Beraters zurückgemeldet.

„Ein wenig erstaunt bin ich darüber, dass Sie nochmals nachfragen, ob Katja definitiv in Lebensgefahr schweben würde, obwohl Sie selbst in einer der Anfragen schreiben, dass Sie sich des lebensbedrohlichen Zustandes bewusst sind. Meine Kollegin hat sich in Ihren Antworten dazu unzweifelhaft geäußert, warum also eine erneute Anfrage?“

→Beispiel: Anfrage missverständlich

4 Zusammenfassung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse der inhaltlichen und strukturellen Analyse der Antworttexte der Online-Berater des ab-server

Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit wurden auf der Grundlage der Richtlinien der DFE e.V. die Antworttexte der Online-Berater des ab-server inhaltlich und strukturell analysiert. Durch die Verknüpfung der qualitativen Analyse der Beratungstexte mit den Richtlinien für die Online-Beratung ist es gelungen, grundlegende Beratungsstrukturen und Beratungsziele sowie Ansätze spezifischer Interventionsmethoden in der Online-Beratung des ab-server zu explizieren. Der Aufbau eines Antworttextes eines Online-Beraters ist durch

eine Beratungsstruktur gekennzeichnet, die sich in vier Abschnitte unterteilt: *Begrüßung*, *Spiegelung*, *Intervention* und *Abschluss*. Insbesondere bei der *Begrüßung* und dem *Abschluss* müssen die in den Richtlinien für die Online-Beratung formulierten formellen Kriterien und Regeln von den Online-Beratern berücksichtigt und eingehalten werden. Auf der Grundlage der in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Zielsetzungen für die Online-Beratung des ab-server und die darauf aufbauende Analyse der Beraterantworten, konnten drei zentrale Interventionsziele der Online-Beratung des ab-server abgeleitet werden:

1. Vermittlung von Informationen über Essstörungen
2. Entwicklung eines Problembewusstseins hinsichtlich der Erkrankung
3. Aktivierung ins professionelle Hilfesystem.

Die durch die inhaltliche und strukturelle Analyse explizierten vier Abschnitte der Beratungsstruktur und die drei zentralen Interventionsziele bildeten im weiteren Verlauf der vorliegenden Diplomarbeit die Grundlage für die Entwicklung eines Kategoriensystems. Dazu wurden die Antworttexte in einzelne Textbausteine zerlegt und zu Analyseeinheiten zusammengefasst, die dann in über- bzw. untergeordneten Kategorien subsumiert wurden. Die Vorgehensweise bei der Entwicklung des Kategoriensystems wurde in Abschnitt 2.2. des Ergebnisteils ausführlich dargestellt. Das gesamte Kategoriensystem wurde in insgesamt fünf Abschnitte unterteilt und besteht aus: Beratungsabschnitt *Spiegelung*, Interventionsziel 1: *Vermittlung von Informationen*, Interventionsziel 2: *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung*, Interventionsziel 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* und *Spezielle Interventionsansätze der Online-Beratung ab-server*. Einen Gesamtüberblick über das Kategoriensystem und die gebildeten übergeordneten Kategorien stellt die Abbildung 47 dar.

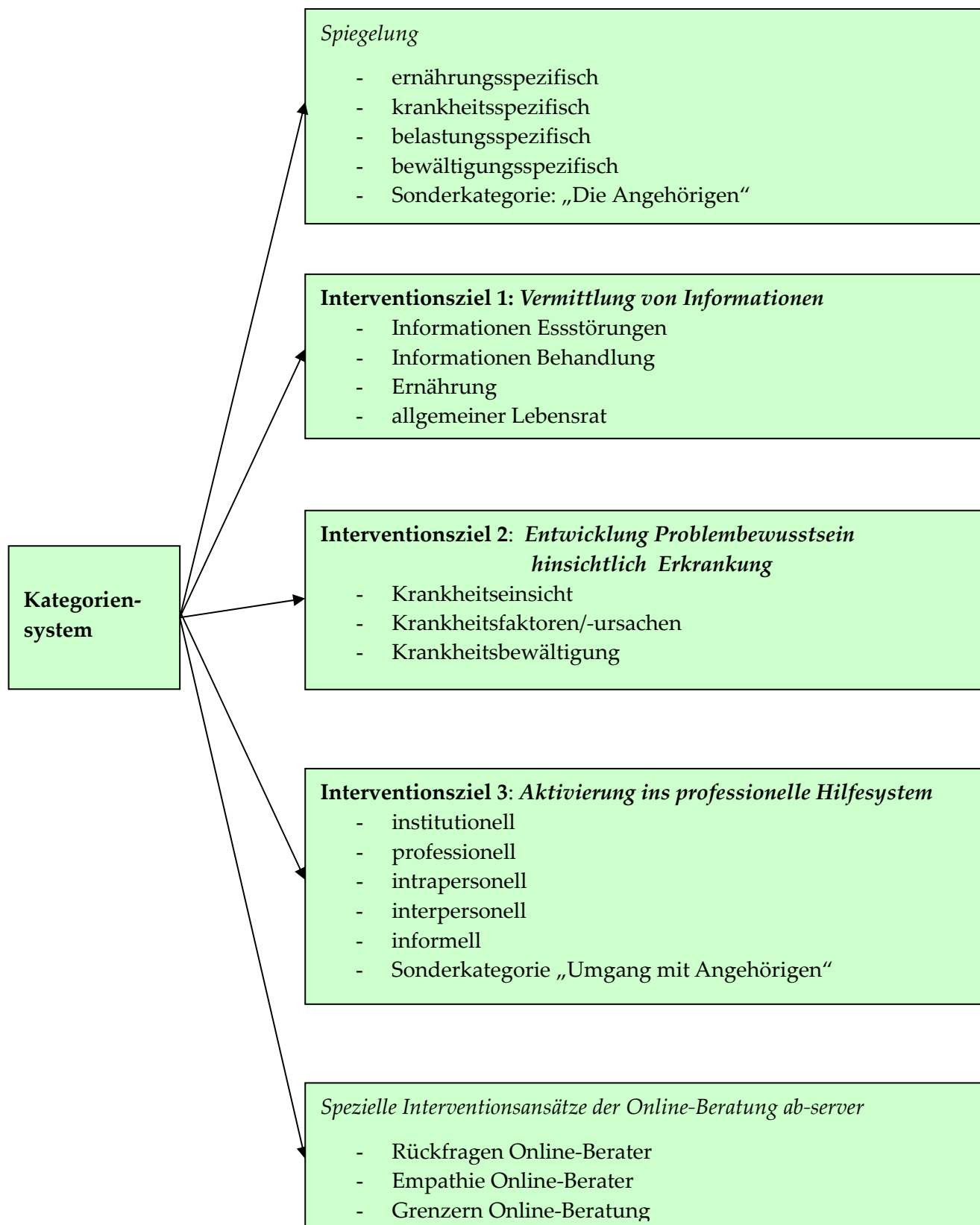


Abbildung 47: Gesamtüberblick Kategoriensystem mit übergeordneten Kategorien

Für den Beratungsabschnitt „Spiegelung“ wurden insgesamt vier übergeordnete Kategorien: *ernährungsspezifisch*, *krankheitsspezifisch*, *belastungsspezifisch* und *bewältigungsspezifisch* gebildet, die jeweils in weitere Subkategorien aufgeteilt wurden (siehe Abschnitt 3.1). Dabei wurde am häufigsten in den Beratungstexten der Online-Berater die „bewältigungsspezifische Spiegelung“, gefolgt von der „krankheitsspezifischen Spiegelung“ eingesetzt. Den Abschluss bilden die „belastungsspezifische Spiegelung“ mit insgesamt 80 Zuordnungen und die „ernährungsspezifische Spiegelung“ mit 51 Zuweisungen. Zusätzlich wurde die Sonderkategorie „Die Angehörigen“ in den Abschnitt Spiegelung integriert.

Das Interventionsziel 1: *Vermittlung von Informationen* umfasst insgesamt vier übergeordnete Kategorien: „Informationen Essstörungen“, „Informationen Behandlungsmöglichkeiten“, „Ernährung“ und „allgemeiner Lebensrat“. Dabei wurden durch die Online-Berater in den Antworttexten am häufigsten Informationen zu „Essstörungen“ und „Behandlungsmöglichkeiten“ mit jeweils 137 Zuordnungen vergeben, gefolgt von Informationen zu „richtiger Ernährung“ mit 34 Zuweisungen und den Abschluss bildet der „allgemeine Lebensrat“ mit 16 Zuordnungen. Detaillierte Beschreibungen der einzelnen Kategorien sind im Abschnitt 3.2. dargestellt.

Das Interventionsziel 2: *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* wurde in drei übergeordnete Kategorien: Krankheitseinsicht, Krankheitsfaktoren/-ursachen und Krankheitsbewältigung unterteilt und ist innerhalb der Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ Bestandteil des Interventionszieles 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* (siehe Abschnitt 3.3.3.). Innerhalb der „intrapersonellen Aktivierung“ also im Rahmen des Interventionszieles 2: *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* wurde die Oberkategorie „Krankheitsbewältigung“ am häufigsten von den Online-Beratern in den Antworttexten an die Ratsuchenden mit 432 Zuordnungen vergeben, gefolgt von der Oberkategorie „Krankheitseinsicht“ mit 327 Zuweisungen und der Oberkategorie „Krankheitsfaktoren/-ursachen“ mit 326 Kategorien.

Das dritte Interventionsziel wurde in institutionelle, professionelle, intrapersonelle, interpersonelle und informelle Aktivierung unterteilt und enthält die Sonderkategorie „Umgang mit Angehörigen“. Die Verteilung der absoluten Häufigkeiten aller subsumierter Kategorien innerhalb der fünf übergeordneten Kategorien im Rahmen des Interventionszieles 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* gestaltet sich wie folgt. In den Antworttexten der Online-Berater nimmt die Oberkategorie „professionelle Aktivierung“

mit großem Abstand und insgesamt 1762 Zuordnungen den ersten Rang ein. Auf Rang zwei ist die Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ (Interventionsziel 2: *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung*) einzuordnen. Es folgen die „interpersonelle Aktivierung“ mit 211 Zuordnungen, die „informelle Aktivierung“ mit 201 Zuordnungen und den Abschluss bildet die „institutionelle Aktivierung“ mit insgesamt 179 Zuordnungen. Die Kategorien und die Verteilung der absoluten Häufigkeiten wurde in Abschnitt IV.3.3 ausführlich dargestellt.

Der Abschnitt: *Spezielle Interventionsansätze der Online-Beratung ab-server* gliedert sich in drei Oberkategorien: Rückfragen Online-Berater, Empathie und Grenzen der Online-Beratung (siehe Abschnitt IV.3.3.10). Im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit wurden die Rückfragen der Online-Berater in den Antworttexten an die Ratsuchenden nicht weiter in unterschiedliche Kategorien differenziert, so dass aufgrund dessen keine quantitative Auswertung erfolgte. Innerhalb der Oberkategorie „Empathie“ wurden insgesamt sieben Kategorien differenziert, wobei die Empathiekategorie „Positive Bestärkung Hilfe zu suchen“ am häufigsten innerhalb der Antworttexte der Online-Berater vergeben wurde, gefolgt von der Empathiekategorie „Positive Bestärkung richtige Entwicklung“. Weitere Ausführungen sind dem Abschnitt IV.3.3.10. zu entnehmen.

Innerhalb der Oberkategorie „Grenzen der Online-Beratung“ wurden insgesamt vier Kategorien vergeben (siehe Abschnitt IV.3.3.7.3), dabei wurde am häufigsten in den Beratungstexten die Kategorie „Abgrenzung Möglichkeiten Online-Beratung“ eingesetzt.

Den Ergebnisteil abschließend, wird die im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit vorgenommene inhaltliche und strukturelle Analyse der Beratungstexte der Online-Berater und die schrittweise Vorgehensweise bei der Einteilung der Analyseeinheiten sowie der Zuordnung einzelner Kategorien, am Beispiel einer Beraterantwort in ihrer Gesamtheit dargestellt.

Tabelle 4 Gesamtdarstellung Antworttext der Online-Beratung ab-server

Antworttext der Online-Beraterin	Beratungsstruktur/Beratungsziel abgebildet in Kategorien
Sehr geehrte Marina, Sie schrieben uns, dass Sie unter Fressattacken leiden würden und fragten an, ob schon psychologische Hilfe notwendig wäre, oder ob wir eine Idee hätten, was Sie tun könnten. Es ist irgendwie immer so, die bei sich eine Essstörung entdeckt haben, es lieber alleine in den Griff bekommen würden. Bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall würde wohl niemand auf so eine Idee kommen. Bei einer Essstörung denken fast die meisten erstmal, dass es doch nur Disziplin sei und das Beachten von ein paar guten Tipps und müsst die Welt wieder in Ordnung sein. So ist es aber meist nicht, Marina. Essstörungen können viele verschiedene Ursachen haben, körperliche wie psychische. Jeder Mensch hat eine eigene „Sollbruchstelle“. Damit meine ich, dass jeder Mensch auf Stress etc. mit anderen Symptomen reagiert. Wenn wir mal davon ausgehen, dass die von Dir beschriebenen Fressattacken psychischer Natur sind, dann kann es gut sein, dass sie nur das Symptom, der Ausdruck von etwas sind. So wie die Tankanzeige beim Auto, wenn der Tank leer ist. Da würde es nicht viel nützen nur die Glühbirne rauszudrehen. Hier würde einzig sinnvoll sein nachzutanken. Vielleicht sind also die von Dir beschriebenen Fressattacken die Glühbirne der Tankanzeige. Die Frage wäre also, wo in welchem Lebensbereich „nachtanken“ notwendig sein könnte? Dies alleine zu beantworten ist meist recht schwierig und von daher empfehlen wir so gut wie immer Kontakt zu einer Beratungsstelle aufzunehmen, die sich auf Essstörungen spezialisiert hat und persönlich berät. Auf unseren Internetseiten findest Du unter Adressen – Hilfe bei Essstörungen die Möglichkeit nach entsprechenden Beratungsstellen in Deiner Nähe zu gucken. Klassische Tipps um direkt am Essverhalten anzusetzen, wären sich immer nur kleine Portionen zu nehmen, jeden Bissen 30 mal zu kauen, möglichst vollwertige Nahrung (Vollkorn, etc.) zu essen, da diese länger und nachhaltiger sättigen. Auf Weißmehlprodukte und raffinierten Zucker verzichten. Und: regelmäßig essen. Viele essen den Tag über so gut wie gar nichts und wundern sich dann, wenn die nächste Mahlzeit zum Fressanfall wird. Das würde ich als Körper auch tun. Wenn ich jedes mal davon ausgehen müsste, nicht wirklich gut versorgt zu werden, würde ich sobald sich die Gelegenheit gibt voll zuschlagen. Du isst regelmäßig und ausgeglichen? Mit freundlichen Grüßen Imke Hoyer Dipl.-Psych. Imke Hoyer Psychologische Psychotherapeutin Im Auftrag der Deutschen Forschungsinitiative Essstörungen e.V. Bearbeitung und Intervention durch: PD Dr. phil. Habil. Dipl. –Psych. Martin Grundwald P.A.: Universität Leipzig Haptik-Forschungslabor Johannisallee 34 04103 Leipzig	→ Begrüßung → bewältigungsspezifische Spiegelung - Binge-Eating → Interventionsziel 2: Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung - „intrapersonelle Aktivierung“ → Oberkategorie: Krankheitseinsicht → Oberkategorie: Krankheitsfaktoren/-ursachen → Oberkategorie: Krankheitsbewältigung - Stressbewältigung/Konfliktlösung → Rückfrage Online-Berater → Interventionsziel 3: Aktivierung ins professionelle Hilfesystem - Beratungsstellen → „informelle Aktivierung“ - ab-server → Interventionsziel 1: Vermittlung von Informationen - Ernährung → Interventionsziel 2: Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung - „intrapersonelle Aktivierung“ - Krankheitsfaktoren/-ursachen → Rückfrage Online-Berater → Verabschiedung/Abschluss → Name → Titel → Einrichtung → Supervision → Adresse Einrichtung

V Schlussbemerkungen

1 Diskussion

Im letzten Abschnitt der vorliegenden Diplomarbeit werden die Ergebnisse diskutiert. Zunächst wird zusammenfassend dargelegt, inwieweit die Fragestellungen und Hypothesen durch die Auswertung und Analyse der Antworttexte der Online-Berater im Rahmen der Arbeit bestätigt werden konnten. Im Hinblick auf die Fragestellungen, werden die Ergebnisse der Arbeit in den aktuellen Forschungsstand integriert und Konsequenzen für weitere Untersuchungen erörtert. Abschließend wird das methodische Vorgehen bei der Datenauswertung kritisch hinterfragt und Stärken und Schwächen der Arbeit dargelegt. Ein Zusammenhang zwischen den aus dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnissen und zukünftigen Forschungsaufgaben auf dem Gebiet internetbasierter Interventionsangebote bei Essstörungen wird hergestellt.

Das Spektrum internetbasierter Beratungsangebote innerhalb der Gesundheitsversorgung hat sich in den letzten Jahren erheblich erweitert. So führt die Bereitstellung qualitätsgeprüfter und laienverständlicher gesundheitsbezogener Informationen via Internet zu einer Stärkung der Betroffenen bei der Einnahme einer aktiven Position innerhalb des Gesundheitssystems („der mündige Patient“; Tautz ,1998, Kordy, 2004). Des Weiteren nehmen internetbasierte Beratungsangebote im Rahmen der Überbrückung von Versorgungslücken innerhalb des psychosozialen Versorgungsnetzwerkes eine entscheidende Rolle ein (Barak, 1999; Golkaramnay et al., 2003; Kordy, 2004; Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005; Grunwald & Wesemann, 2006; Wesemann & Grunwald, 2008). Allerdings werden in Bezug auf internetbasierte Beratungsangebote auch potentiell negative Auswirkungen diskutiert (siehe dazu u.a. „pathologische Internetnutzung“; Kimberly, 1998; Golkaramnay et al., 2003; Petry, 2003). Auf diesem Hintergrund werden Vor – und Nachteile internetbasierter Beratungsangebote, sowie deren störungsspezifischen Effekte diskutiert. Allerdings ist der Erkenntnisstand innerhalb dieses sehr jungen Forschungsgebietes noch sehr gering. Deshalb ist es notwendig, Zielgruppen, Funktionen und Wirkung dieser internetbasierten Beratungsangebote genau zu untersuchen und zu analysieren.

Da Betroffene von Essstörungen ebenfalls zu bedeutenden Zielgruppen störungsspezifischer

internetbasierter Interventionen gezählt werden (Winzelberg et al., 2000; Zabinski et al., 2003,2004; Grunwald & Wesemann, 2006; Wesemann & Grunwald, 2008), wurden auf der Grundlage der Online-Beratung des Projektes „ab-server“ der Deutschen Forschungsinitiative e.V., im Verlauf der vergangenen Jahre verschiedene Untersuchungen zur Wirkung internetbasierter Beratungsangebote im Bereich Essstörungen durchgeführt.

Insgesamt wurden seit 1998 etwa 6000 Beratungsanfragen von den OnlineBeratern des ab-server bearbeitet. Im Zeitraum von 1998-2002 erreichten etwa 500 Anfragen pro Jahr und im Zeitraum von 2005-2007 etwa 1200 Anfragen pro Jahr den ab-server. In drei Untersuchungen wurden die Anfragen qualitativ und quantitativ nach Nutzergruppen und Inhalten analysiert (Grunwald & Busse, 2003; Grunwald & Wesemann, 2006b, 2007). Weiterhin wurde das offene Online-Diskussionsforum des ab-server für Betroffene von Bulimie auf der Grundlage eines qualitativ-induktiven Ansatzes, auf Strukturen, Merkmale und Inhalte krankheitsbezogener Kommunikation Betroffener über das Medium Internet analysiert (Wesemann, 2009).

Da es im Rahmen bisheriger Untersuchungen versäumt wurde, spezifische Kommunikationsmerkmale bzw. -strukturen sowie Inhalte der Beratungstexte der Online-Berater des ab-server zu analysieren, war dies das zentrale Anliegen der vorliegenden Diplomarbeit. Auf diesem Hintergrund wurden die Antworttexte der Online-Berater einer inhaltlichen und qualitativen Analyse unterzogen. Da es kaum inhaltliche Untersuchungen zu Kommunikationsmerkmalen bzw. -strukturen im Rahmen der Beratungsprozesse internetbasierter Beratungsangebote bei Essstörungen gibt, sollen die Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit einen Beitrag zur Qualitätssicherung des Online-Beratungsangebotes des ab-server im Speziellen und einen Beitrag zur besseren theoretischen Fundierung mediengestützter Beratung im Allgemeinen leisten. Insbesondere für das Medium Internet stellt die Qualitätssicherung eine große Herausforderung dar, da fast jeder mit etwas technischem Geschick eine Internetpräsenz aufbauen kann. Dies führt nicht nur zu einer unüberschaubaren Masse an Angeboten (quantitatives Problem), sondern auch zu Schwierigkeiten in der Bewertung entsprechender Informationsangebote (qualitatives Problem) (Funke, Stumpf, Weichselgartnr & Wilkening, 2003). Im Rahmen der Diskussion um das Für und Wider internetbasierter Beratung spielen ethische und rechtliche Aspekte eine zentrale Rolle. Erste Versuche der Fachgesellschaften, diese Diskrepanzen in Bezug auf Online-Beratungsangebote zu klären, liegen vor. So vergibt zum Beispiel der

Berufsverband der Deutschen Psychologen ein Gütesiegel für Online-Beratungen auf der Basis von sechs Qualitätskriterien: die Unmittelbarkeit der Beantwortung von Anfragen, die nachgewiesene Qualifikation der Berater, die Orientierung an den rechtlichen und berufsethischen Richtlinien, technische Sicherheit, verantwortlicher Umgang mit Grenzen der Beratung und Echtheit des Siegels (<http://www.bdp-verband.org/html/siegel.html>). Die Richtlinien der Deutschen Initiative für Essstörungen e.V. stellen die Grundlage für die Qualitätssicherung der Online-Beratung des ab-server dar.

Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit in Bezug auf die zugrundeliegenden Fragestellungen diskutiert und in Bezug auf Kriterien der Qualitätssicherung der Online-Beratung des ab-server Stellung bezogen.

Im Rahmen der ersten Fragestellung der vorliegenden Arbeit, ging es um die Klärung, ob es möglich sei, anhand der vorliegenden 1056 Antworttexte der Online-Berater des ab-server ein Kategoriensystem mit über – bzw. untergeordneten Kategorien zu entwickeln, dass sowohl die wichtigsten Inhalte als auch typische Kommunikationsmerkmale bzw. -strukturen der Online-Beratung des ab-server abbilden sollte. In diesem Zusammenhang konnten die Richtlinien der DFE e.V. als Basis und Orientierung für die Auswertung der Daten genutzt werden. Auf der Grundlage der Richtlinien der DFE e.V. für die Online-Beratung des ab-server, in denen wesentliche Zielsetzungen, Regeln und Verhaltensweisen für den Beratungsprozess der Online-Beratung verankert sind und durch die qualitative Analyse der Antworttexte, konnten wesentliche Merkmale der Beratungsstruktur und der Beratungsziele der Online-Beratung expliziert werden. So konnten für die Beratungsstruktur vier Abschnitte: *Begrüßung*, *Spiegelung*, *Intervention* und *Abschluss* extrahiert und drei zentrale Beratungsziele: *Vermittlung von Information*, *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* und *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* abgeleitet werden. Im weiteren Verlauf der Arbeit konnten die Beratungsstruktur und die Beratungsziele als Grundgerüst für die Entwicklung des Kategoriensystems genutzt werden. Auf dieser Grundlage wurden die Antworttexte der Online-Berater inhaltsanalytisch geprüft und aus den einzelnen Textbestandteilen Kategorien gebildet. Die Benennung der Kategorien erfolgte dabei nach inhaltlichen Gesichtspunkten der jeweiligen extrahierten Textstelle und der Zuordnung zum jeweiligen Abschnitt der Beratungsstruktur oder einem Beratungsziel. Aufgrund des Umfangs des Datenmaterials und der aufgestellten Kategorien, wurden in einem zweiten

Analyseprozess ausgewählte Kategorien einer höheren Abstraktionsebene zugeführt, so dass über – bzw. untergeordnete Kategorien entstanden sind..

Die erste Fragestellung, ob anhand der Antworttexte der Online-Berater ein Kategoriensystem mit über – bzw. untergeordneten Kategorien aufgestellt werden kann, ist demnach zu bestätigen.

Die Beantwortung der zweiten Fragestellung ob das, durch die inhaltlich-strukturelle Analyse der Antworttexte der Online-Berater entwickelte Kategoriensystem als Indikator für die Einhaltung, der in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Zielsetzungen, Regeln und Verhaltensweisen für die Online-Beratung eingesetzt werden kann, führt zum zentralen Anliegen der vorliegenden Diplomarbeit. Anhand der im Rahmen des Kategoriensystems entwickelten und aufgestellten über- bzw. untergeordneten Kategorien, soll nachgewiesen werden, ob die durch die Richtlinien der DFE e.V. festgelegten Qualitätskriterien für die Online-Beratung des ab-server, bei der Beantwortung der Anfragen der Betroffenen von den Online-Beratern eingehalten werden. Weiterhin ist von Interesse, ob und in welchem Rahmen die Qualitätskriterien Einfluss auf den Beratungsprozess, also auf Merkmale und Strukturen der Antworttexte der Online-Berater an die Ratsuchenden aufweisen. In Bezug auf diese Fragestellungen erfolgt eine Ergebnisdarstellung und Beantwortung der einzelnen aufgestellten Hypothesen.

Im Rahmen der Beantwortung der Hypothese 2a, ob die durch die Analyse der Beratungstexte und auf der Grundlage der Richtlinien der DFE e.V. abgeleitete und in vier Abschnitte unterteilte Beratungsstruktur: *Begrüßung*, *Spiegelung*, *Intervention* und *Abschluss* anhand des Kategoriensystems bestätigt werden kann und dabei die Qualitätskriterien für die Online-Beratung eingehalten werden, wird anhand der einzelnen Beratungsabschnitte geprüft.

Insbesondere für die Beratungsabschnitte *Begrüßung* und *Verabschiedung/Abschluss* liegen im Rahmen der Richtlinien für die Online-Beratung, formelle Kriterien und Regeln für die Handhabung im Beratungsprozess vor. So wurde für die Form der persönlichen Anrede des Ratsuchenden zu Beginn und im weiteren Verlauf des Antworttextes in den Richtlinien festgelegt:

„Wenn das Alter aus der E-Mail ersichtlich ist und dieses unter dem 16. Lebensjahr liegt, werden die Fragenden mit „Du“ angeschrieben – ab dem 16. Lebensjahr und bei keiner Altersangabe mit „Sie“.“

Weiterhin wurde für die *Begrüßung* in den Richtlinien festgelegt: „*unser Klientel wird mit „Sehr geehrte/r Frau/Herr...” oder mit „Liebe/r Frau/Herr...” angesprochen.*“

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde für jeden Antworttext der Beratungsabschnitt *Begrüßung* identifiziert und unter der Kategorie „Begrüßung“ zusammengefasst. Für den Beratungsabschnitt *Abschluss* ist in den Richtlinien verankert, dass alle Online-Berater den bearbeiteten Antworttext mit Titel, Namen, Angabe des Supervisors und der vollständigen Adresse der Einrichtung unterschreiben müssen. Der Beratungsabschnitt *Abschluss* wurde ebenfalls für jeden Antworttext des Datensatzes identifiziert und im Kategoriensystem unter der Kategorie „Abschluss“ zusammengefasst. Beide Beratungsabschnitte: *Begrüßung* und *Abschluss* wurden im Kategoriensystem erfasst, allerdings wurde zugunsten der Beantwortung zentraler Fragestellungen der Arbeit, darauf verzichtet, die Kategorien *Begrüßung* und *Abschluss* weiter zu differenzieren. Auf die Einhaltung der in den Richtlinien verankerten formellen Regeln wurde sowohl bei der Begrüßung als auch bei der Verabschiedung der Ratsuchenden geachtet. Allerdings sollte es auch der professionellen Erfahrung und Einschätzung des Online-Beraters unterliegen, je nach Inhalt der Anfrage, Schreibstil und Offenheit des Ratsuchenden, die persönliche Anrede in der Beraterantwort zu gestalten.

Ein wichtiges Qualitätsmerkmal innerhalb der Richtlinien der DFE e.V. liegt dem Beratungsabschnitt „Spiegelung“ zugrunde. So wird dort von dem Online-Berater gefordert: „Zum besseren Verständnis der Antwort hat es sich bewährt, die zentrale Frage am Anfang der Antwort-E-Mail zu spiegeln.“

Die Methode der Spiegelung ist auf ein Konzept aus der Humanistischen Psychologie und deren Begründer Carl Rogers zurückzuführen. Im Rahmen der Humanistischen Psychologie bezeichnet Spiegeln den Versuch einer Person, auf Verhaltensweisen ihres Gesprächspartners so zu reagieren, dass sie seine Perspektive einnimmt und das „Verstandene“ an ihn zurückspiegelt. Um überprüfen zu können, ob dieses Qualitätskriterium von den Online-Beratern eingehalten wurde, sind alle vorliegenden Antworttexte des Datensatzes auf Textbestandteile untersucht wurden, die dem Beratungsabschnitt „Spiegelung“ zuzuordnen waren. Der Beratungsabschnitt „Spiegelung“ konnte für ca. 95 Prozent aller Antworttexte der Online-Berater identifiziert und anhand von verschiedenen über – bzw. untergeordneten Kategorien, sowie der Sonderkategorie „Die Angehörigen“ nachgewiesen werden. Eine Ausnahme für diesen Beratungsabschnitt ergab

sich aus den, unter der Kategorie „wiederholter Kontakt“ zusammengefassten Antworttexten, die sich einem wiederholten Kontakt zwischen Online-Berater und Ratsuchendem zuordnen ließen. In dem Fall wurde auf eine Spiegelung des zentralen Anliegens des Ratsuchenden nach der Begrüßung verzichtet, weil vermutlich im Verlauf des ersten Beratungsvorganges darauf eingegangen wurde. Für alle anderen Antworttexte konnten im Verlauf der Analyse insgesamt vier übergeordnete Kategorien für den Beratungsabschnitt Spiegelung identifiziert werden, denen jeweils weitere inhaltlich zusammenpassende Subkategorien untergeordnet wurden. Zu den vier übergeordneten Kategorien gehören: die *ernährungsspezifische*, *krankheitsspezifische*, *belastungsspezifische* und *bewältigungsspezifische Spiegelung*. Zusammenfassend kann für das Qualitätskriterium „Spiegelung“ konstatiert werden, dass dieser Beratungsabschnitt, der Begrüßung folgend, fast einheitlich bei allen Antworttexten als ein fester Bestandteil und wesentliches Merkmal der Beraterantwort zu identifizieren war. Des Weiteren konnten im Rahmen der vorliegenden Arbeit folgende Funktionen der „Spiegelung“ in Bezug auf den Beratungsprozess der Online-Beratung des ab-server abgeleitet werden: die „Spiegelung“ hilft bei der Strukturierung des vorliegenden Problems. Sie dient als Verständigungsgrundlage über das Problem und gibt dem Anfragenden das Gefühl, in seiner Problemlage ernst genommen zu werden. Sie dient dem Aufbau der Beziehung zwischen Online-Berater und Ratsuchendem und kann das Selbstbewusstsein des Ratsuchenden stärken, da er den ersten Schritt, sich externe und professionelle Hilfe zu suchen, selbständig eingeleitet hat.

Nachdem nun die Ergebnisse zum Beratungsabschnitt „Spiegelung“ diskutiert wurden, schließt sich eine Auswertung der Ergebnisse in Bezug auf den Beratungsabschnitt „Intervention“ an. Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, erfolgt an dieser Stelle ein kurzer Überblick in Bezug auf den aktuellen Forschungsstand bezüglich internetbasierter Interventionen in Verbindung mit Essstörungen.

Unter internetbasierte Interventionen werden Angebote der Behandlung psychischer, psychosozialer und psychosomatischer Störungen mit psychologischen Mitteln über das Medium Internet verstanden (Bastine, 1992; Ott, 2003; Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Allerdings stehen der Vielzahl an störungsübergreifenden oder störungsspezifischen Angeboten erst wenige Untersuchungen zur Wirksamkeit internetbasierter Interventionsangebote gegenüber. Positive Effekte konnten bislang bei Panikstörungen,

leichten depressiven Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, substanzbezogenen Störungen und bei Essstörungen einschließlich Adipositas nachgewiesen werden (Ott, 2003). Die Gründe, warum internetbasierte Interventionsangebote bei Betroffenen von Essstörungen eine gute Akzeptanz finden, werden nachfolgend erläutert. Zum einen ist die Zielgruppe, der von Essstörungen Betroffenen – junge Frauen im Alter zwischen 15 und 35 Jahren – die Nutzung des Internet selbstverständlich geworden (Eichenberg, 2004). Zum anderen ist die Anonymität der Online-Kommunikation ein großer Vorteil, da dies den Betroffenen ein Durchbrechen der Isolation erleichtert, um sich mit anderen auszutauschen (Grunwald, 2003; Grunwald & Busse, 2003). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die „körperlose Kommunikation“ im virtuellen Raum, den Vergleich des eigenen Körpermaßes bzw. des -gewichts mit anderen Betroffenen ausschließt. Das Vergleichen ist eine häufige Verhaltensweise von Essgestörten und verhindert einen konstruktiven Prozess der Auseinandersetzung mit der Erkrankung (Walstrom, 2000). Erste Untersuchungen zur Wirkung internetbasierter Interventionsangebote bei Essstörungen zeigen positive Effekte hinsichtlich der Reduktion emotionaler Belastungen und in Bezug auf Auswirkungen des Störungsbildes. Einen Überblick bisheriger Ergebnisse gibt Ott (2003). Gestützt auf diese theoretischen Grundannahmen zu Bedeutung, Nutzung und Akzeptanz internetbasierter Beratungsangebote im Bereich Essstörungen, werden nachfolgend die Qualitätskriterien für die Beratungsleistungen in Verbindung mit den Zielsetzungen der Online-Beratung des ab-server diskutiert.

In den Richtlinien der DFE e.V. wurden die Zielsetzungen für die Online-Beratung des ab-server in vier Hauptpunkten verankert:

- 9.) Die Online-Beratung stellt auf Anfrage Informationen zu Erscheinungsbild, Formen und Therapie von Essstörungen bereit.
- 10.) Die Online-Beratung ist nicht auf Langfristigkeit ausgerichtet, und sie kann und will keine therapeutische Intervention ersetzen.
- 11.) Die Online-Beratung will dazu beitragen, dass Ratsuchende ein Problembewusstsein hinsichtlich der Erkrankung ausbilden.
- 12.) Insbesondere Betroffene mit einer chronifizierten Essstörung sollen fallspezifisch zur Aufnahme therapeutischer Hilfe aktiviert werden.

Für den Beratungsabschnitt „Intervention“ konnten auf der Grundlage dieser in den Richtlinien festgelegten Zielsetzungen, drei zentrale Interventionsziele für die Online-

Beratung abgeleitet werden: 1.) Vermittlung von Informationen

2.) Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung

3.) Aktivierung ins professionelle Hilfesystem.

Zur Beantwortung der Fragestellung der Hypothese 2b, ob die in den Richtlinien verankerten zentralen Interventionsziele in den Antworttexten der Online-Berater an die Ratsuchenden umgesetzt werden und anhand der aufgestellten Kategorien überprüfbar sind, wird nachfolgend Stellung bezogen.

Das Interventionsziel 1: *Vermittlung von Informationen*, ist dadurch gekennzeichnet, dass die Online-Berater auf Anfragen der Betroffenen oder deren Angehörige in Bezug auf Symptome, Erkrankungsformen und Therapiemöglichkeiten, Informationen bereit stellen. Im Analyseprozess wurden alle Textbestandteile der Antworttexte identifiziert und extrahiert, deren Gegenstand durch die Vermittlung von Informationen zu Essstörungen durch die Online-Berater gekennzeichnet war. Auf diesem Weg konnten für das Interventionsziel 1: *Vermittlung von Informationen* insgesamt vier übergeordnete Kategorien aufgestellt werden, die wie folgt benannt wurden: „Informationen zu Essstörungen“, „Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten“, „richtige Ernährung“ und „allgemeiner Lebensrat“. Unter allen vier Oberkategorien wurden inhaltlich und thematisch ähnliche untergeordnete Kategorien subsumiert. Für das Interventionsziel 1: *Vermittlung von Informationen* kann anhand der Analyse der Textbestandteile und der daraus entwickelten Kategorien bestätigt werden, dass dieses Ziel der Online-Beratung im Beratungsprozess umgesetzt wird.

Das Interventionsziel 2: *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* beinhaltet alle in Verbindung mit der eigenen Erkrankung stehenden Erkenntnisprozesse des Betroffenen selbst. Zentrales Anliegen dieses Interventionszieles der Online-Beratung ist es, Veränderungs- und Bewältigungsprozesse bei den Betroffenen zu aktivieren. Auf der Grundlage der qualitativen Analyse der vorliegenden Antworttexte der Online-Berater, konnten innerhalb des Kategorienbereiches „intrapersonelle Aktivierung“ drei übergeordnete Kategorien: *Krankheitseinsicht*, *Krankheitsfaktoren/-ursachen* und *Krankheitsbewältigung* extrahiert werden. Der inhaltliche Schwerpunkt der extrahierten Textbestandteile, besteht bei allen drei übergeordneten, zusätzlich der darunter subsumierten Kategorien, aus der Aktivierung von Erkenntnis-, Veränderungs- und Bewältigungsprozessen beim Betroffenen selbst. Aufgrund der Ableitung der drei

Oberkategorien: *Krankheitseinsicht, Krankheitsfaktoren/-ursachen* und *Krankheitsbewältigung* und der darunter subsumierten Kategorien, kann bestätigt werden, dass auch das Interventionsziel 2 im Beratungsprozess von den Online-Beratern umgesetzt wird. Wie bereits beschrieben, umfasst der Kategorienbereich „intrapersonelle Aktivierung“ alle extrahierten Textbestandteile, die in Verbindung mit dem Interventionsziel 2: *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* stehen. Gleichzeitig ist dieser Kategorienbereich innerhalb des Interventionszieles 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* als Oberkategorie integriert.

Für das dritte Interventionsziel: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* konnten im Verlauf der Arbeit ebenfalls Textstellen innerhalb der Antworttexte der Online-Berater extrahiert und in Kategorien überführt werden. Inhalt dieser Textbestandteile waren vor allem Ratschläge und Hinweise der Online-Berater bezüglich therapeutischer Angebote und anderer möglicher Formen der Unterstützung an die Betroffenen. Unter diesem Gesichtspunkt konnten insgesamt fünf übergeordnete Kategorien: institutionelle, professionelle, intrapersonelle, interpersonelle und informelle Aktivierung aus den Textbestandteilen der vorliegenden Antworttexte der Online-Berater für das Interventionsziel 3 expliziert werden. Auf dieser Grundlage kann auch für das Interventionsziel 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem*, die Hypothese bestätigt werden, dass sich dieser Zielsetzung der Online-Beratung entsprechend, Textstellen aus den Antworttexten identifizieren und zu Kategorien zusammenfassen lassen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Zielsetzungen für die Online-Beratung des ab-server: *Vermittlung von Informationen, Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* und *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* im Beratungsprozess von den Online-Beratern umgesetzt werden. Auf der Grundlage der, in über – bzw. untergeordneten Kategorien überführten und aus den Antworttexten der Online-Berater extrahierten Textbestandteile, ist dies anhand des entwickelten Kategoriensystems nachprüfbar.

Um zu ermitteln, welche Effekte sich aus der Online-Beratung des ab-server für die Anfragenden ergeben, wurden in einer Untersuchung im Rahmen des Forschungsprojektes „ab-server“ zwei Fragebögen jeweils für Betroffene und Angehörige entwickelt und digital an diejenigen Nutzer verschickt, die das Beratungsangebot des ab-server seit 1999 in Anspruch genommen haben. In die Auswertung wurden insgesamt 325 Datensätze, 240 von

Betroffenen und 85 von Angehörigen, einbezogen. Auf der Grundlage dieser Untersuchung ist es möglich, einen Bezug zur Bedeutung der drei zentralen Interventionsziele und die praktische Umsetzung der Aufgabenstellung der Online-Beratung des ab-server, herzustellen. Die Untersuchungsergebnisse zu den Effekten der Online-Beratung und der Zusammenhang zu den Interventionszielen ist nachfolgend dargestellt:

- a) **Untersuchungseffekt: Wissenszuwachs**, steht in engem Zusammenhang mit dem Interventionsziel 1 der Online-Beratung: *Vermittlung von Informationen*: 22,5 % der Betroffenen und 49,4 % der Angehörigen gaben an, dass die Antwort der Online-Beratung des ab-server zu einem besseren Verständnis der Erkrankung bzw. des Betroffenen geführt habe. 27,9 % der Betroffenen und 30,6 % der Angehörigen wurden durch die Online-Beratung zu einer weiteren Informationssuche angeregt. Insbesondere für junge Betroffene und Angehörige mit wenig Erfahrung in Bezug auf Essstörungen, legen adäquate krankheitsspezifische Informationen die Grundlage für eine weitere Auseinandersetzung mit der Erkrankung.
 - b) **Untersuchungseffekt: Verstärkte Kommunikation**, hier ist die Verbindung zum Interventionsziel 2 *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* zu knüpfen. Für dieses Interventionsziel konnte im Rahmen der Analyse der Antworttexte der Online-Berater und der Entwicklung des Kategoriensystems, die Oberkategorie „intrapersonelle Aktivierung“ extrahiert werden, der eine weitere Unterteilung in Krankheitseinsicht, Krankheitsfaktoren/-ursachen und Krankheitsbewältigung zugrunde liegt. In der Oberkategorie „Krankheitseinsicht“ wurde die Subkategorie „offener Umgang mit Essstörung“ subsumiert. Die Auswertung der Daten zu Effekten der Online-Beratung ergab, dass infolge der Beratungsantwort der Online-Beratung des ab-server, 32,1 % der Betroffenen Gespräche mit Eltern, Freunden oder Angehörigen führten und 52,9 % der Angehörigen schätzten ein, dass die Online-Beratung zu verstärkten Gesprächen mit dem Betroffenen führte. Gerade Betroffene von Essstörungen sind oft von ihrem sozialen Umfeld isoliert. Deshalb ist die Stärkung der Motivation der Anfragenden, die Isolation zu durchbrechen, ein wichtiges Interventionsziel der Online-Beratung des ab-server.
 - c) **Untersuchungseffekt: Aktivierung zur professioneller Hilfe**, im Mittelpunkt steht hier der Bezug zum Interventionsziel 3 der Online-Beratung des ab-server: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem*. Aufgrund der Untersuchung konnte festgestellt werden,
-

dass die Online-Beratung bei 31,3 % der Betroffenen zur Einsicht, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe für sie selbst notwendig ist, beigetragen hat. 20 % der Betroffenen suchten infolge der Antwort der Online-Beratung einen Therapeuten oder eine Beratungsstelle auf. 21,7 % informierten sich über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, 2,1 % wechselten den Therapeuten und 3,8 % wechselten die Therapieform. Diese Zahlen belegen, die Bedeutung des Interventionszieles 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* in den Antworttexten der Online-Berater, da positive Effekte hinsichtlich des Aufsuchens professioneller Unterstützungsangebote bei den Betroffenen nachgewiesen werden konnten (Grunwald, Wesemann & Krause, 2006).

Die Fragestellung der Hypothese 2c, ob Beschränkungen und Grenzen der Online-Beratung, auf die im Rahmen der Richtlinien der DFE e.V. hingewiesen wird, auf der Grundlage der Textanalyse nachweisbar sind, wird nachfolgend diskutiert. Um eine hohe Qualität der Beratungsleistung zu gewährleisten, wurden die Zielsetzungen der Online-Beratung des ab-server, grundlegende Verhaltensweisen im Beratungsprozess sowie Beschränkungen der Möglichkeiten innerhalb der Online-Beratung des ab-server in den Richtlinien der Deutschen Initiative für Essstörungen e.V. verankert. Zu den beschriebenen Beschränkungen gehört zum Beispiel, dass die Online-Beratung ein anonymes, niederschwelliges Angebot ist und nur für eine umgrenzte Fragestellung dienlich sein kann. Therapeutische Angebote vor Ort können nicht ersetzt werden und die Online-Beratung kann keine längerfristige Beratung anbieten. Des Weiteren sind diagnostische Einschätzungen durch die Online-Berater aufgrund der Beschreibungen in den Anfragetexten, nicht gestattet. Es dürfen keine direktiven Anweisungen, sondern nur Handlungsempfehlungen an die Ratsuchenden erfolgen. Durch die Analyse der Antworttexte der Online-Berater des ab-server, wurde der Frage nachgegangen, ob diese festgelegten Grenzen von den Online-Beratern im Beratungsprozess umgesetzt und eingehalten werden und ob sich dies anhand spezieller extrahierter Kategorien prüfen lasse.

In diesem Zusammenhang konnten insgesamt vier Kategorien aus den Antworttexten der Online-Berater extrahiert werden: „Abgrenzung Möglichkeiten Online-Berater“, „wiederholter Kontakt“, „keine Info aus Anfrage“ und „Anfrage missverständlich“.

Vor diesem Hintergrund, konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nachgewiesen werden, dass ein weiteres in den Richtlinien der DFE e.V. verankertes Qualitätskriterium „Grenzen

der Online-Beratung des ab-server“, durch die Online-Berater umgesetzt wird.

Die Fragestellung der Hypothese 2d, ob quantitative Unterschiede innerhalb der aufgestellten Kategorien, Rückschlüsse auf die Wertigkeit bzw. Bedeutung der einzelnen Abschnitte der Beratungsstruktur bzw. der Beratungsziele zulassen, wird nachfolgend diskutiert. In Bezug auf den Beratungsabschnitt „Spiegelung“ lässt sich feststellen, dass vor allem eine „bewältigungsspezifische Spiegelung“ durch die Online-Berater vorgenommen wurde. Dafür können zwei mögliche Erklärungsansätze aufgezeigt werden. *Erstens* ist es möglich, dass Anfragende, die sich dazu entschieden haben, eine Online-Beratung in Anspruch zu nehmen, bereits erkannt haben, dass sie ihre Probleme mit dem Essen nicht alleine lösen können und externe Hilfe benötigen. Aufgrund dessen, steht bei den Anfragenden der Wunsch nach Bewältigung der Essstörung, zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zur Online-Beratung, im Vordergrund. Dieser Zusammenhang kann allerdings erst durch eine verknüpfte Auswertung der Anfragetexte der Betroffenen und der entsprechenden Beraterantworten bestätigt werden. *Zweitens* kann ein möglicher Grund für die überwiegend „bewältigungsspezifische Spiegelung“ im Selbstverständnis der Online-Berater liegen, mit ihrer Tätigkeit den Anfragenden helfen zu wollen und deshalb der Fokus auf die Bewältigung der Erkrankung gelenkt wird. An zweiter Stelle erfolgt die „krankheitsspezifische Spiegelung“ in der vor allem, die in den Anfragetexten der Betroffenen geschilderten pathologischen Aspekte des Essverhaltens zusammengefasst und gespiegelt werden. Wesemann (2008) stützt die Annahme der Bedeutung internetbasierter Beratungsangebote für Betroffene von Essstörungen im Wesentlichen durch drei Argumente: (1) dem besonderen Bedarf dieser Zielgruppe, (2) der Akzeptanz dieser Angebote durch die Zielgruppe und (3) den Spezifika der internetvermittelten Kommunikation.

Für das Interventionsziel 1: *Vermittlung von Informationen* ergab die quantitative Analyse der absoluten Häufigkeiten innerhalb der Oberkategorien, eine Gleichverteilung der Häufigkeiten für die Kategorie „Informationen Essstörungen“ und „Informationen Behandlungsmöglichkeiten“. Dieses Ergebnis bestätigt, dass die Zielgruppe der Online-Beratung des ab-server Betroffene von Essstörungen sind, die sich überwiegend über Erkrankungsformen, Symptome, Folgeerscheinungen und mögliche Behandlungsformen von Essstörungen informieren wollen. Das Qualitätskriterium der Online-Beratung des ab-server, umfangreiche Informationen zum Thema Essstörungen zur Verfügung zu stellen, wird also im Rahmen des Interventionszieles 1: *Vermittlung von Informationen* umgesetzt.

Für das Interventionsziel 2: *Entwicklung Problembewusstsein hinsichtlich Erkrankung* konnten im Rahmen der vorliegenden Arbeit drei Oberkategorien „Krankheitseinsicht“, „Krankheitsfaktoren/-ursachen“ und Krankheitsbewältigung extrahiert werden. Eine quantitative Auswertung der aus den Textbestandteilen der Antworttexte der Online-Berater abgeleiteten Kategorien ergab, dass innerhalb der „intrapersonellen Aktivierung“ die Kategorie „Krankheitsbewältigung“ im Vordergrund der Beratungstexte stand. Die Krankheitsbewältigung bzw. -verarbeitung wird in der Fachliteratur häufig mit dem englischsprachigen Begriff „coping“ umschrieben. Es handelt sich hierbei um eine Art Oberbegriff, unter welchem alle Reaktionen im Kontext belastender Situationen subsumiert werden können (Weis, 2002). „Coping“ also Krankheitsbewältigung ist vor allem prozessorientiert und kann von automatisiertem adaptiven Verhalten unterschieden werden. Krankheitsbewältigung subsumiert verschiedene Bewältigungsmechanismen auf kognitiver, emotionaler und behavioraler Ebene. Im deutschsprachigen Raum hat sich eine Definition nach Heim (1998) durchgesetzt, nach welcher Krankheitsbewältigung:

„...das Bemühen definiert, bereits bestehende oder erwartete Belastungen durch die Krankheit innerpsychisch (emotional/kognitiv) oder durch zielgerichtetes Handeln vorbeugend auszugleichen oder ihre Manifestation zu verarbeiten und zu meistern“ (S. 487).

Die relativen Häufigkeiten der Kategorien zur Aktivierung der Krankheitseinsicht bei den Betroffenen durch die Online-Berater und die Aufforderung an die Ratsuchenden, sich mit möglichen Krankheitsfaktoren bzw. -ursachen auseinanderzusetzen, waren gleich verteilt.

Für das dritte Interventionsziel: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* konnte ebenfalls eine quantitative Auswertung der Verteilung der absoluten Häufigkeiten für die fünf abgeleiteten Oberkategorien: *institutionelle, professionelle, intrapersonelle, interpersonelle* und *informelle Aktivierung* durchgeführt werden. Bei der Auswertung der Daten, konnten für die Oberkategorie „professionelle Aktivierung“ die meisten Zuordnungen aus den Textbestandteilen der Online-Berater registriert werden. Das bedeutet, dass die Online-Berater im Sinne des Interventionszieles 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* innerhalb des Beratungsprozesses in erster Linie versuchen, die Anfragenden zu motivieren, sich professionelle Unterstützung vor Ort zu suchen. Innerhalb der Oberkategorie „professionellen Aktivierung“ wurde zwischen verschiedenen therapeutischen Angeboten differenziert und den Betroffenen im Beratungsprozess am häufigsten empfohlen, sich an eine Beratungsstelle für Essstörungen zu wenden. An zweiter Stelle wurde geraten, eine

Therapie zu machen, wobei auch hier eine weitere Unterteilung in unterschiedliche Therapieformen vorgenommen wurde. An dritter Stelle folgte der allgemeine Rat, sich professionell bei der Bewältigung der Erkrankung unterstützen zu lassen und nachfolgend erteilten die Online-Berater den Ratschlag, einen Arzt zu konsultieren, um die medizinischen Aspekte der Erkrankung abklären zu lassen. Die geringsten Zuordnungen innerhalb der Oberkategorie „professionelle Aktivierung“ erhielten die Kategorien „stationäre Therapie“ und „Online-Beratung des ab-server“. Die Verteilung der Häufigkeiten innerhalb der „professionellen Aktivierung“, sind in diesem Fall nicht nach der Wertigkeit bzw. dem Nutzen des jeweiligen therapeutischen Angebotes zu verstehen, sondern im Sinne der Zielsetzung der Online-Beratung, hat die Vermittlung der Ratsuchenden an professionelle Hilfsangebote vor Ort oberste Priorität. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass vor allem das Interventionsziel 3: *Aktivierung ins professionelle Hilfesystem* zentrales Anliegen der Online-Beratung des ab-server ist. Das konnte anhand der quantitativen Auswertung der Verteilung der Häufigkeiten innerhalb der einzelnen Kategorien bewiesen werden. Damit ist auch das Qualitätskriterium der Richtlinien der DFE e.V. erfüllt, nachdem die Online-Beratung vor allem eine Vermittlungsposition einnimmt und der Anfragende über das anonyme, niederschwellige Interventionsangebot der Online-Beratung aktiviert werden soll, therapeutische Angebote des professionellen Hilfesystems vor Ort in Anspruch zu nehmen. Die letzte Fragestellung, ob durch die qualitative Analyse der Antworttexte der Online-Berater, interventionstheoretische Grundannahmen textbasierter Beratung identifiziert und nachgewiesen werden konnten, wird nachfolgend beantwortet.

Betrachtet man die Grundlagen der Online-Beratung, sind nicht nur die Bedingungen computervermittelter Kommunikation zu berücksichtigen, sondern ebenso die verschiedenen interventionstheoretischen Ansätze im Beratungsprozess. Folgt man einer gängigen Bestimmung, ist: *„Beratung zunächst eine Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratende Person die Ratsuchende – mit Einsatz von kommunikativen Mitteln – dabei unterstützt, in Bezug auf eine Frage oder auf ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen“* (Sieckendiek, Engel & Nestmann, 2002, S. 13)

Wichtig ist, dass auch in der computervermittelten Beratung der Beziehungsaspekt zwischen Online-Berater und Ratsuchendem von zentraler Bedeutung ist. Die *Beziehung* wird von zahlreichen Beratungs- und Therapieansätzen als wesentliches Medium der Beratungs- und Therapiearbeit gesehen.

„Die Beziehung zwischen BeraterInnen und KlientInnen ist eine bedeutsame, wenn nicht gar die wichtigste Dimension einer jeden Beratungskonstellation, eines jeden Beratungsprozesses“. (Sieckendiek, Engel & Nestmann, 2002, S. 129)

Die Fragestellung, ob interventionstheoretische Grundannahmen textbasierter Beratung im Analyseprozess der Antworttexte der Online-Berater identifiziert werden konnten, ist vor allem im Hinblick auf humanistische und systemische Ansätze der Psychologie zu beantworten. Die humanistische Psychologie wurde von Abraham Maslow begründet und insbesondere von Carl Rogers in seiner klientenzentrierten Psychotherapie aufgenommen und für die praktische Tätigkeit weiterentwickelt. Die Kernthese von Carl Rogers in der humanistischen Theorie lautet:

„Das Individuum verfügt potentiell über unerhörte Möglichkeiten, um sich selbst zu begreifen und seine Selbstkonzepte, seine Grundeinstellung und sein selbstgesteuertes Verhalten zu verändern; dieses Potential kann erschlossen werden, wenn es gelingt, ein klar definiertes Klima förderlicher psychologischer Einstellungen herzustellen“ (Stadelmann, 1998)

Damit eine psychologisch relevante Veränderung des Selbstkonzeptes einer Person stattfinden kann, müssen nach dem klientenzentrierten Ansatz von C. Rogers, vom Therapeuten die drei Grundhaltungen in der Beziehung zum Klienten umgesetzt werden:

1. *Bedingungslose positive Wertschätzung*: gegenüber der Person des Ratsuchenden mit ihren Schwierigkeiten und Eigenheiten. Das Bedürfnis nach bedingungsloser positiver Wertschätzung gehört auch zu den personzentrierten Grundannahmen über die Natur des Menschen. Die bedingungslose positive Wertschätzung gegenüber dem Klienten kann verschiedene konkrete Interaktionsformen annehmen. So gehört das vorbehaltlose Annehmen des vom Klienten Ausgedrückten dazu. Das Ermutigen der Ratsuchenden oder leidenden Person ist ebenso eine Grundform des bedingungslosen Wertschätzens wie das Ausdrücken von Solidarität mit dem Klienten (J. Finke, 2004).

2. *Empathie*: Einfühlsames Verstehen der Welt und der Probleme aus der Sicht des Klienten, und die Fähigkeit, diese Empathie dem Klienten zu kommunizieren. Bei der Empathie als generativem Prinzip von hilfreichen Therapeut-Klient-Interaktionen können verschiedene Formen unterschieden werden. Grundformen der Empathie sind beispielsweise die Wiederholung des Mitgeteilten, die Empathie als Konkretisierung des Gesagten, die

Empathie mit Bezug auf das Selbstkonzept des Klienten sowie auch Empathie mit Bezug auf das organismische (haltungsprägende) Erleben des Klienten (J. Finke, 2004).

3. *Kongruenz*: in seiner Haltung (Echtheit, Wahrhaftigkeit gegenüber dem Klienten): Offenes Wahrnehmen des eigenen Erlebens als Therapeut oder Berater, der mit dem Klienten in Beziehung steht. Dieses Offen-Sein schließt auch Echtheit in dem Sinn ein, dass Psychotherapeuten und Berater nicht nur als Fachpersonen in Erscheinung treten, sondern auch und besonders als Person sich dem Klienten in der Begegnung zu erkennen geben. Bei der Kongruenz als generativem Prinzip von hilfreichen Therapeut-Klient-Interaktionen können zum Beispiel verschiedene grundsätzliche Echtheitsformen des Therapeuten unterschieden werden. Echtheit im Sinne von Konfrontation mit dem Klienten, Echtheit im Sinne von Klärung des Beziehungsgehaltes mit dem Klienten und Echtheit/Kongruenz im Sinne einer Selbstmitteilung des Therapeutenerlebens zuhanden des Klienten (J. Finke, 2004).

Diese Grundhaltungen des Therapeuten, sind auch für den Beratungsprozess innerhalb einer Online-Beratung wichtig, wenn dieser einen positiven Effekt auf die Veränderungen des Selbstkonzeptes der Betroffenen haben soll.

Im Rahmen der Textanalyse der Antworttexte der Online-Berater konnten Textbestandteile extrahiert werden, die eine empathische Grundhaltung der Online-Berater gegenüber dem Ratsuchenden wieder spiegelten. Insgesamt konnten sieben unterschiedliche „Empathiekategorien“ aus den Antworttexten extrahiert werden. Eine quantitative Analyse der verteilten Häufigkeiten innerhalb dieser Kategorien ergab, dass am häufigsten eine positive Bestärkung in Bezug darauf, dass sich der Betroffene Hilfe gesucht hat, durch die Online-Berater erfolgte. An zweiter Stelle rangiert die Kategorie „Positive Bestärkung richtige Entwicklung“, gefolgt von der Kategorie „Positive Rückmeldung – Verständnis für Problem“. An vierter Stelle rangiert die Kategorie „Positive Rückmeldung Problembewusstsein“.

Durch die Extraktion der „Empathiekategorien“ ist es im Rahmen der vorliegenden Arbeit gelungen, klientenzentrierte Interventionsansätze innerhalb der Online-Beratung des abserver zu identifizieren.

Die systemische Therapie zeichnet sich besonders als lösungs- bzw. ressourcenorientierter Ansatz aus. Hier ist eine Verbindung zur Zielsetzung der Online-Beratung herzustellen. Ein

wichtiges Interventionsinstrument im Rahmen des Beratungsprozesses ist es, bei den Betroffenen vorhandene Ressourcen, Stärken und Problemlösestrategien aufzudecken bzw. zu aktivieren. In der systemischen Therapie werden dazu folgende Techniken, Methoden und Interventionsansätze eingesetzt (vgl. Schiepek, 1999):

- Zirkuläre Fragen, die auf den vermuteten Standpunkt Dritter abzielen
- Skalenfragen, zur Verdeutlichung von Unterschieden und Fortschritten
- Positives Konnotieren und Herausarbeiten der positiven Aspekte von problematischen Sachverhalten
- Reframing von Sachverhalten, um Bedeutungs- bzw. Interpretationsveränderungen anzuregen
- Paradoxe Intervention, i. d. R. Verschreibung des problematischen Verhaltens, um Automatismen zu verändern
- Hausaufgaben diverser und individuell angepasster Art zur Erledigung zwischen den Sitzungen
- Metaphernarbeit, Parabeln und Geschichten als Umgehungstechnik für potentielle „Widerstände“
- Ausnahmen zum beklagten Sachverhalt erfragen, um die Änderbarkeit von als statisch angenommenen Sachverhalten zu verdeutlichen
- Verwendung von Konjunktiven zu Fokussierung auf Optionen und Möglichkeiten
- Skulptur, Darstellen von Familienbeziehungen als Standbild aus Personen im Raum
- Soziogramm, die grafische Darstellung der sozialen Beziehungen
- Reflecting Team
- Einladung an Familienmitglieder oder Freunde, an einzelnen Sitzungen oder Therapiephasen teilzunehmen

Im Rahmen der qualitativen Textanalyse konnten in den Antworttexten der Online-Berater Textbestandteile identifiziert werden, die diese Techniken systemischer Therapie aufweisen. Im Vordergrund steht hierbei das systemische Fragen. Fragen zu stellen ist in diesem Zusammenhang nicht nur als eine Art der Informationsgewinnung zu betrachten, sondern es wird gleichzeitig auch eine Information geschaffen, generiert. Ein genauerer Blick auf die scheinbar harmlose Methode des Fragens zeigt, dass es sich um eine Form der Intervention handelt, die nicht unterschätzt werden sollte. Entsprechend dem

kommunikationstheoretischem Axiom, dass man „*nicht nicht kommunizieren*“ kann (Watzlawick et al., 1969), ist es unmöglich Fragen zu stellen, ohne damit bei der befragten Person, eigene Ideen anzustoßen. Durch die Textanalyse der Antworttexte der Online-Berater ist es gelungen, sogenannte „Rückfragen der Online-Berater“ zu extrahieren und in einer Kategorie zusammen zu fassen. Dabei war festzustellen, dass im überwiegenden Teil der Beratungstexte, diese Technik des systemischen Fragens von den Online-Beratern angewandt wurde. Leider konnte im Rahmen der vorliegenden Diplomarbeit aus Zeitgründen keine detaillierte Differenzierung der Inhalte der Rückfragen sowie eine quantitative Auswertung dieser, vorgenommen werden. Weitere Techniken systemischer Therapie wie Reframing, Metaphernarbeit und die Wunderfrage konnten in den Antworttexten identifiziert werden. Sie wurden aber aus den oben genannten Gründen ebenfalls nicht weiter differenziert bzw. kategorisiert.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass durch die Analyse der Antworttexte der Online-Berater des ab-server, Ansätze der humanistischen bzw. klientenzentrierten sowie der systemischen Therapie als interventionstheoretische Grundlagen für die Online-Beratung identifiziert werden konnten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die vorliegende Arbeit einen Beitrag zur Qualitätssicherung der Online-Beratung des ab-server leistet, da durch die Entwicklung des Kategoriensystems eine Überprüfung der Inhalte der Beraterantworten hinsichtlich der in den Richtlinien der DFE e.V. verankerten Qualitätskriterien möglich wird. Durch die qualitative Analyse der Textbestandteile, ist es mit Hilfe des Softwareprogrammes MAXqda gelungen, die Beraterantworten inhaltlich und strukturell so zu unterteilen, dass inhaltlich und thematisch ähnliche Textbestandteile extrahiert und zu Kategorien zusammengeführt werden konnten. Auf der Grundlage des entwickelten Kategoriensystems ist es nun möglich, konkrete Inhalte der Beratungsantworten zu erfassen und systematisch darzustellen. Insbesondere durch die Einführung einer höheren Abstraktionsebene und der Bildung von übergeordneten Kategorien, lassen sich nun zentrale Aspekte der Online-Beratung des ab-server hinsichtlich der Beratungsstruktur und der Beratungsziele aus dem Kategoriensystem ableiten. Weiterhin ist es im Rahmen der vorliegenden Arbeit gelungen, klientenzentrierte und systemische Therapieansätze als interventionstheoretische Grundlagen für den Beratungsprozess in der Online-Beratung zu identifizieren und anhand abgeleiteter

Kategorien darzustellen. Damit wurde ein Beitrag zur besseren theoretischen Fundierung der Online-Beratung geleistet.

Als Beschränkung der Arbeit ist der explorative Charakter der methodischen Vorgehensweise zu bewerten. Die Antworttexte der Online-Berater wurden induktiv in Textbestandteile unterteilt und daraus über- bzw. untergeordnete Kategorien abgeleitet und benannt. Es ist daher zu empfehlen, die qualitative Textanalyse der Antworttexte der Online-Berater des ab-server zu wiederholen und die vorgenommene Einteilung der Kategorien durch weitere Forscher bestätigen bzw. weiter differenzieren zu lassen. Als weitere Einschränkung der Arbeit ist die Vorgehensweise bei der quantitativen Datenauswertung zu betrachten. Aufgrund teilweiser doppelter Zuordnung von Kategorien zu Textbestandteilen, ist die quantitative Datenauswertung zu unpräzise. Die Kategorie „Rückfragen Online-Berater“ konnte im Rahmen der Arbeit nicht weiter differenziert bzw. quantitativ ausgewertet werden, auch hier besteht Nachholbedarf.

2 Ausblick

Die zunehmende Verbreitung des Mediums Internet unterstreicht die Notwendigkeit und Herausforderung internetbasierte Beratungsangebote im Rahmen der psychosozialen Gesundheitsversorgung für Patienten mit unterschiedlichen psychischen und/oder physische Erkrankungen zu entwickeln und zu etablieren. Die Online-Beratung stellt dabei neben den statischen Informationsangeboten, die wichtigste Form internetbasierter Intervention dar. Obwohl Vorteile und Wirkung der Online-Beratung speziell im Hinblick auf bestimmte Zielgruppen, wie zum Beispiel Betroffene von Essstörungen, bereits nachgewiesen werden konnten, ist die Verbreitung und Akzeptanz dieser Therapieform nur in geringem Maß vorhanden. Um die Vorteile der Online-Beratung, dass sie anonym, ortsunabhängig, relativ kostengünstig und zeitnah einen Kontakt zu professioneller Unterstützung erlaubt, weiter ausbauen zu können, ist eine theoretische Fundierung sowie die Qualitätssicherung solcher Beratungsangebote unerlässlich. Die Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit, leisten in diesem Sinn einen Beitrag zur Qualitätssicherung der Online-Beratung des ab-server im Besonderen und einen Beitrag zur besseren theoretischen Fundierung internetbasierter Interventionsangebote im Allgemeinen.

Zusätzlich wird durch die Arbeit eine Basis für nachfolgende Untersuchungen über die Wirksamkeit internetbasierter Interventionsmethoden bei Essstörungen geschaffen, die erst durch die Verknüpfung einer exakten Analyse der Kommunikationsmerkmale bzw. -strukturen der Antworttexte der Online-Beratung in Bezug auf Merkmale der Anfragetexte der Ratsuchenden, möglich wird. Im Rahmen zukünftiger Forschungsprojekte sollten spezielle Interventionsmethoden internetbasierter Beratungsangebote genauer untersucht werden, um auf dieser Grundlage eine bessere theoretische Fundierung und Professionalisierung der Online-Beratung zu erlangen.

Literaturverzeichnis

- Agras, W.S., Walsh, T. Fairburn, C.G., Wilson, G.T., & Kraemer, H. (2000). A multi-center comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57,459-66.
- Andersson, G. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187(5), 456-461.
- Bailer, U., de Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., El-Giamal, N., Hornik, K., & Kasper, S. (2004). Guided self-versus cognitive-behavioral group therapy in the Treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 522-537.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoyevsky's Poetics*. Minneapolis: University of Minneapolis Press.
- Barak, A. (1999). Psychological applications on the internet: A discipline on the threshold of a new millennium. *Applied and Preventive Psychology*, 8(4), 231-245.
- Bauer, S., Golkaramnay, V. & Kordy, H. (2005). E-Mental-Health - Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. *Psychotherapeut*, 50(1), 7-15.
- Bastine, R. (1992). *Klinische Psychologie – Intervention (Band 2)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ben-Tovim, D.I., Walzer, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Estermann, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *The Lancet*, 357, 1254-1257.
- Brunner, A. (2007). *Methoden des digitalen Lesens und Schreibens in der Online-Beratung*.
E-beratungsjournal.net – Fachzeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation, 2(2). Online-Dokument, verfügbar unter <http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe0206/brunner.pdf>, Zugriff 12/08/09.
- Bundesministerium für Justiz (1990). Gesetze im Internet. Bundesdatenschutzgesetz:§3a Datenvermeidung und Datensparsamkeit. Zugriff am 31.5.2009 unter http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/_3a.html
- Carrard, I., Rouget, P., Fernandez-Aranda, F., Volkart, A.-C., Damoiseau, M., & Lam, T. (2005). Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program for bulimia nervosa. *International Journal of Medical Informatics*, 75(1), 100-109.
- Carter, J.C., Olmstedt, M.P., Kaplan, A.S., McCabe, R.E., Mills, J.S. & Aime, A. (2003). Self-help for bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *American Journal of*
-

-
- Psychiatry*, 160,973-978.
- Celio, A.A., Winzelberg, A.J., Wilfey, D.E., Eppstein-Herald, D., Springer, E.A., Dev, P. & Taylor, C.B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders: comparison of an internet – and classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68,650-657.
- Channon, S., de Silva, P., Hemsley, D. & Perkins, R. (1989). A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 27,529-535.
- Colon, Y. (1999). Digital digging: group therapy online. In: J. Fink (Ed.), *How to use computers and cyberspace in clinical practice of psychotherapy*. New Jersey: Aronson.
- David, N. (2002). Online Therapie – Eine Einführung. Online-Dokument, verfügbar unter: <http://www.fob.uni-tuebingen.de/fachpublikum/forschung/uebersichtsartikel.php>. Zugriff 01/09/2009.
- Davison et al. (2002). Participation in aesthetic sports and girls weight concerns at ages 5 and 7 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, S. 312-317.
- Döring, N. (2003). *Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Döring, N. (2006). Beratung und Medien. In: C. Steinach (Hrsg.), *Handbuch psychologische Beratung* (S. 96-116). Stuttgart: Klett.
- Eichenberg, C. & Ott, R. (2002). *Klinische Psychologie im Internet*. Göttingen: Hogrefe.
- Eichenberg, C. (2003). Internetbasierte Hilfe für Betroffene psychischer Störungen. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Eichenberg, C. (2004a). Das Internet als therapeutisches Medium – Selbsthilfe und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt/Praxis Computer*, 2, 14-16.
- Eichenberg, C. (2004b). Essstörungen: Informations- und Interventionsangebote im Internet. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 82-85.
- Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20.
- Fairburn, C.G. & Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 261, 407-416.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1990). The assessment of eating disorders: Interview or self-Report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16,363-370.
-

-
- Favaro et al., 2003: The spectrum of eating disorders in young woman: A prevalence study in a general population sample. *Psychomatic Medicine*, 65, S. 701-708.
- Fichter, M. (2004). Anorektische und bulimische Essstörungen. In: Berger, M. (Hrsg.) *Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie* (S. 789-814). München: Urban & Fischer
- Fichter, M. & Quadflieg, N. (1998). *Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen nach DSM-IV und ICD-10 (SIAB)*. Göttingen: Hogrefe.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 462-471.
- Funke, J., Stumpf, M., Weichselgartner, E. & Wilkening, F. (2003). Qualitätssicherung neuer Medien durch Einführung von Qualitätskriterien. In: Ott, R. & Eichenberg, C. (Hrsg.) *Klinische Psychologie und Internet*, Göttingen: Hogrefe
- Gard, M.C.E. & Freeman, C.P. (1996): The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders* 20, S. 1-12
- Gokkaramnay, V. et al. (2003). Neue Brücken für Lücken in der psychotherapeutischen Versorgung durch das Internet: Hoffnungen, Herausforderungen und ein Lösungsansatz. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 53, 399-405.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grunwald, A. (2009). *Methodischer und empirischer Vergleich verschiedener Erhebungszeiträume bei Online-Befragungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Leipzig Fakultät Biowissenschaften, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie.
- Grunwald, M. (2003). Essstörungen: Wird das Internet als Informationsquelle von Betroffenen und Angehörigen genutzt? In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie im Internet*, S. 190-206, Göttingen: Hogrefe.
- Grunwald, M. & Busse, J.C. (2003). Online consulting service for eating disorders- Analysis and perspectives. *Computers in Human Behavior*, 19 (4), 469-477.
- Grunwald, M., & Wesemann, D. (2006a). Onlineberatung bei Essstörungen: Analysen zu Nutzergruppen und Inhalten. *Psychiatrische Praxis*, 33, 117-123.
- Grunwald, M., & Wesemann, D. (2007). Special online consulting for patients with eating disorders and their relatives - analysis of user characteristics and Email content. *Cyber Psychology & Behavior*, 10(1), 57-63.
-

-
- Hay Ph. J. & Bacaltchuk, J. (2001). *Bulimia nervosa*. Clinical Evidence, 323,33-37.
- Halmi, K.A., Casper, R.C. Eckert, E.D., Goldberg, S.C. & Davis, J.M. (1979). Unique features associated with age of onset of anorxia nervosa. *Psychiatry Research*, 1,209-215.
- Hänggi, Y. (2006). Kann web-basierte Stressprävention erfolgreich sein? Erfahrungen mit dem Online-Elterntraining zur Bewältigung von Familienstress. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapeut*, 35(3), 169-177.
- Heim, E. (1998). Krankheitsbewältigung. In: C. Buddeberg & J. Willi (Hrsg.), Psychosoziale Medizin (S. 483-504). Berlin: Springer-Verlag.
- Heinicke, B.E., Paxton, S.J., McLean, S.A., & Wertheim, E.H. (2007). Internet-delivered targeted group intervention for body dissatisfaction and disordered eating in adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 35 (3), 379-391.
- Heller, K. (2002). Psychosoziale Beratung im Internet - Spezifische Kommunikationsstrukturen, Emotionalität und Verbundenheit in einer Selbsthilfenewsgroup. *Kommunikation@gesellschaft*, Jg. 3, 2002, Beitrag 1.
Unter: www.soz.uni-frankfurt.de/K.G/B1_2002_Heller.pdf. Gesehen am: 07.02.2009.
- Hock et al., 1995 : Impact of urbanization on dedection rates of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1272-1278
- Hoek, H.W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in Psychiatry*, 19, 389-394.
- Hoek,H.W. & van Hoeken, D. (2003):Review of the prevalence and incidence of eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, S.383-396
- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A.J. & Taylor, C.B. (2005). Reduktion von Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten : Adaption und erste Ergebnisse eines internetgestützten Präventionsprogramms. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13(2), 92-101.
- Jacobi, C. & Neubert, S. (2005). Psychosoziale Risikofaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen von Essstörungen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Psychotherapie*, 10, 73-86.
- Jacobi, C. , Dahme B. & Rustenbach, S. (1997). Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47,346-364.
-

-
- Jähn, K. & Nagel, E. (2005). *E-Health*. Berlin: Springer.
- Kiesler, S., J. & McGuire, T.W. (1984). Social psychological aspects of computer-mediated Communication. *American Psychologist*, 39: 1123-1134.
- Knatz, B. (2009). Das Vier-Folien-Konzept. In: S. Kühne & G. Hintenberger (Hrsg.), *Handbuch Online-Beratung*. (S. 106-115). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Knatz, B. (2008). Zwischen den Zeilen. *e-beratungsjournal.net - Fachzeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation*, 4(1). Online-Dokument, verfügbar unter http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0108/knatz.pdf, Zugriff 16/08/09.
- Knatz, B. & Dodier, B. (2003). *Hilfe aus dem Netz*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Khorrami, E. (2002). E-Health und Cyberdoc – Gesundheitsportale im Blickfeld von Standesrecht und Qualitätssicherung. *Gesundheitswesen*, 64, 466-475.
- Kordy, H. (2004). Das Internet in der psychosozialen Versorgung: Neue Mode - Neues Glück? *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 54, 43-44.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis. An Introduction to its Methodology*. Beverly Hills: Sage.
- Kühne, S. & Hintenberger, G. (Hrsg.) (2009). *Handbuch Online-Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2003). *Leben in Metaphern – Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. 3. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Lang, J. (2001). Gut beraten mit Internet? Psychologische Online-Beratung heute. *Psychoscope*, 6, 9-13.
- Laszig, P. & Eichenberg, C. (2003). Onlineberatung und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 3, 193-198.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York. Springer.
- Leiberich, P., Nedoschill, J., Nickel, M., Loew, Th. & Tritt, K. (2004). *Selbsthilfe und Beratung im Internet. Mündige Benutzer können die Arzt-Patienten-Beziehung neu gestalten*. Medizinische Klinik Nr. 5, 263-268.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, P., Ramklint, M., & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of
-

-
- internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45, 645-661.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse*, Weinheim: Beltz.
- McLeod, J. (2004). *An introduction to counselling*. Maidenhead: Open University Press.
- Mettler -von Meibom, B. (1994). *Kommunikation in der Mediengesellschaft. Tendenzen-Gefährdungen -Orientierungen*. Berlin: Sigma.
- Mruck, K. & Mey, G. (2005). *Qualitative Forschung: Zur Einführung in einen prosperierenden Wissenschaftszweig*. *Historical Social Research* 30, 5–27.
- Niedermair, K. (2001). Metaphernanalyse. In: T. Hug (Hrsg.), *Wie kommt Wissenschaft zu Wissen ?*, Bd. 2.: *Einführung in die Forschungsmethodik und Forschungspraxis*. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren.
- Ott, R. (2003). Klinisch-psychologische Intervention im Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In R. Ott & Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Patten, S.B. (2003). Prevention of depressive symptoms through the use of distance technologies. *Psychiatric Services*, 54(3), 396-398.
- Petry, J. (2009). *Dysfunktionaler und pathologischer PC- und internet-Gebrauch*. Göttingen: Hogrefe
- Public Health & Prevention- (PHP-) Studie (2002). *Studie Marketing in der Medizin (MiM)*. Homepage der Arbeitsgruppe Marketing und Werbung in der Medizin, Universität Heidelberg. Online-Dokument, verfügbar unter:
<http://www.medizin-marketing.org/forschung/php.html>. Zugriff 25/02/09.
- Raymond, N., de Zwaan, M., Mitchell, J.E., Ackard, D. & Thuras, P. (2002). Effect of very low Calorie diet on the diagnostic category of individuals with binge -eating
- Rastam, M., Gillberg, C. van Hoecken, D. & Hoek, H.W. (2004). Epidemiology of eating disorders and disordered eating. In Brewerton, T.D. (2004) (Ed.), *Clinical handbook of eating disorders*. An integrated approach. New York: Dekker.
- Rober, P. (1999). The therapist's inner conversation. Some ideas about the self of the therapist, therapeutic impasse and the process of reflection. *Family Process*, 38, 209-228.
- Robinson, P.H. & Serfaty, M.A. (2003). Computers, e-mail and therapy in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 210-221.
-

-
- Robson, D. & Robson, M. (2000). Ethical issues in internet-counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 13, 249-257.
- Rochlen, A., Zack, J., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60(3), 269-283.
- Rogers, C.R. (1971/2001). *Die nicht -direktive Beratung*. Frankfurt/Main: Fischer
- Rogers, C.R. (1994). *Die nicht-direktive Beratung. Counseling and psychotherapy*. Frankfurt / Main: Fischer.
- Safer, D.L., Telch, C.F. & Agras, W.S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158,632-634.
- Saldern, v. M. (1992). *Qualitative Forschung - quantitative Forschung: Nekrolog auf einen Gegensatz*. Empirische Pädagogik 6, 377-399.
- Sampson, J.P., Kolodinsky, R.W. & Greeno, B.P. (1997). Counseling on the information highway: Future possibilities and potential problems. *Journal of Counselling and Development*, 75, 203-212..
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der systemischen Therapie*, Vandenhoeck & Ruprecht
- Shaw, H.E. & Shaw, S.F. (2006). Critical ethical issues in online counselling: assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counseling and Development*, 84, 41-53.
- Sieckendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (2002). *Beratung. Eine Einführung in sozial-pädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*, (2. überarbeitete und erweiterte Auflage). Weinheim und München:Juventa
- Stadelmann, J. (1998), *Führung unter Belastung*, Huber & Co Ag, Frauenfeld, ISBN 3-540-25074-3
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Steinke, I. (2000). *Gütekriterien qualitativer Forschung*. In Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Steudte, A. (2008). Krankheitsverarbeitungsverhalten und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Mammakarzinompatientinnen in einer allgemeinen Betrachtung und vor dem Hintergrund einer persönlichkeitspsychologischen Unterscheidung. *Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Leipzig*.
-

-
- Stice, E. (2002): Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, S. 825-848.
- Strack, F. & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8 (3), 220-247.
- Suler, J. (2004). The Psychology of Text Relationships. In R. Kraus, J. Zack, G. Stricker (Hrsg.), *Online Counseling. A Handbook for Mental Health Professionals*. Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Tautz, F. (1998). *E-Health und die Folgen. Wie das Internet die Arzt-Patient-Beziehung und das Gesundheitssystem verändert*. Frankfurt/Main: Campus.
- Te Wildt, B.T., Putzig, I., Zedler, M. & Ohlmeier, M.D. (2007). Internetabhängigkeit als ein Symptom depressiver Störungen. *Psychiatrische Praxis*, 34, S318-S322.
- Treasure, J.L., Katzmann, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G. & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a Sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive Behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37,405-418.
- Walstrom, M.K. (2000). You know, Who is the thinnest?: Combating surveillance and creating safety in coping with eating disorders online. *Cyber Psychology & Behavior*,3(5),761-783.
- Walther, J.B. (1992). Interspersal Effects in Computer-Mediated Interaction: A Relational Perspective. *Communication Research*, 19:52-90.
- Walther, J.B. (1996). Computer-mediated communication: Impersonal, interpersonal and Hyperpersonal Interaction. *Communication Research*, 23 (1),3-43.
- Warschburger, P. (Hrsg.), (2009). *Beratungspsychologie*. Berlin, Springer.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D. (1969). *Menschliche Kommunikation –Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- Weichert, T. (2005). Sensitive Internetberatung. In 27. Tätigkeitsbericht des Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Berichtszeitraum 2004, Datenschutzbericht, Kap. 7.5. Landtagsdrucksache 16/50.
- Wesemann, D. & Grunwald, M. (2008). Online-Beratung für Betroffene von Essstörungen und ihre Angehörige - Befragungsergebnisse zu Wirkung und Nutzen des Beratungsangebotes des ab-server. *Psychotherapeut*, 53, 284-289
- Wesemann, D. & Grunwald, M. (2008). Online Discussion Groups for Bulimia Nervosa. An
-

-
- inductive approach to Internet-based communication between patients. *International Journal of Eating Disorders*. 41, 527-534.
- Wetzstein, T.A. , Dahm, H., Steinmetz, L., Lentjes, A., Schampaul, S. & Eckert, R. (1995). *Datenreisende*. Die Kultur der Computernetze. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Weis, J.B. (2002). Leben nach Krebs – Belastung und Krankheitsverarbeitung im Verlauf einer Krebserkrankung. In Prof. Dr. med. Koch, U. (Hrsg.). *Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in der Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik – Band 4.*: Bern: Verlag Hans Huber.
- Weissenböck, S., Ivan, I. & Lachout, S. (2006). Standards in der Onlineberatung – erarbeitet von den Einrichtungen kids-online (D), Partypack (D) und ChEck iT (A). *e-beratungsjournal.net* - Fachzeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation, 2(1). Online-Dokument, verfügbar unter http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0106/lachout.pdf. Zugriff 21/08/09.
- Winzelberg, A.J., Eppstein, D., Eldredge, K.L., Wilfey, D.E., Dasmahapatra, R., Dev, P. & Taylor, C.B. (2000). Effectiveness of an internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346-350.
- Wittchen, H.U. & Hoyer, J. (Hrsg.). (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer
- Woodside, D. & Garfinkel, P.E. (1992). Age of onset of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 12,31-36.
- Wolf, M. et al. (2005). E-Mail in der Psychotherapie – ein Nachbehandlungsmodell via Electronic Mail für die stationäre Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 56, 138-146.
- Wolf, B. & Priebe, M. (2000). *Wissenschaftstheoretische Richtungen*. Landau: VEP.
- Yager, J. (2001). Email as therapeutic adjunct in the out patient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 125-138.
- Zabinski, M.F., Wilfey, D.E., Calfas, K.J., Winzelberg, A.J., Elredge, K.L., & Taylor, C.B. (2004). An interactive psychoeducational intervention for woman at risk of developing an eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 914-919.
- Zwaan, M. de (2002). Binge-Eating-Disorder und Adipositas. *Verhaltenstherapie*, 12,288-295.
-

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt in erster Linie der Betreuerin dieser Diplomarbeit, Frau Dr. Dorette Wesemann, deren konstruktive Kritik und Ratschläge eine große Unterstützung und Orientierungshilfe bei der Anfertigung der Arbeit darstellten.

Weiterhin danke ich Herrn PD Dr. Martin Grunwald, der mir die Möglichkeit eingeräumt hat, am Paul-Flehsig-Institut ein Teilzeitpraktikum zu absolvieren und im Anschluss daran, eine Diplomarbeit im Rahmen des Forschungsprojektes „ab-server“ anzufertigen. Danken möchte ich ihm sowohl für das Vertrauen und die fachliche Beratung, als auch für die menschliche Begleitung während der Fertigstellung der Arbeit.

Herrn Frank Krause danke ich für die Bereitstellung und Aufbereitung der Daten, die Unterstützung beim Foren-Monitoring und die zuverlässige Behebung technischer Probleme.

Meinen Kommilitoninnen Christine Kündiger und Bianca Becker danke ich sowohl für die fachliche als auch moralische Unterstützung.

Meiner Familie möchte ich dafür danken, dass sie an mich geglaubt hat und für die langjährige finanzielle Unterstützung während des Studiums. Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern für das „Korrekturlesen“ der Arbeit und die hilfreichen Anregungen.

Abschließend möchte ich meinem Lebensgefährten, Ulf Heinisch, für sein Verständnis und den emotionalen Rückhalt während der vergangenen „belastungsintensiven“ Jahre danken.

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, Susanne Fritsch, an Eides statt, die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet zu haben.

Leipzig, den 28.10.2009

Unterschrift
