

Eating Attitudes Test[©] (EAT-26)

Anweisungen: Dies ist eine Screening-Maßnahme, die Ihnen helfen soll festzustellen, ob Sie möglicherweise an einer Essstörung leiden, die professionelle Hilfe benötigt. Diese Screening-Maßnahme ist nicht dazu gedacht, eine Diagnose einer Essstörung zu stellen oder eine professionelle Beratung zu ersetzen. Bitte füllen Sie das untenstehende Formular so genau, ehrlich und vollständig wie möglich aus. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Alle Ihre Antworten sind vertraulich.

Teil A: Beantworten Sie die folgenden Fragen:

- 1) Geburtsdatum Monat: Tag: Jahr: 2) Geschlecht: M W
 3) Größe
 4) Aktuelles Gewicht: 5) Höchstes Gewicht (ohne Schwangerschaft):
 6) Geringstes Gewicht (im Erwachsenenalter) 7) Ideales Gewicht:

Teil B: Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen eine Antwort an:		Immer	Meistens	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1.	Ich habe Angst davor übergewichtig zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich ertappe mich dabei, dass ich mich mit dem Essen beschäftige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich habe Essattacken, bei denen ich das Gefühl habe, dass ich nicht aufhören kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich schneide mein Essen in kleine Stücke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich achte auf den Kaloriengehalt der Lebensmittel, die ich esse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich vermeide vor allem Lebensmittel mit einem hohen Kohlenhydratanteil (z.B. Brot, Reis, Kartoffeln,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich denke, dass es anderen lieber wäre, wenn ich mehr essen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich übergebe mich nach dem Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Ich fühle mich schuldig nach dem Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich bin von dem Wunsch schlanker zu sein wie besessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich denke daran, Kalorien zu verbrennen, wenn ich Sport treibe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Andere Menschen denken, dass ich zu dünn bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Der Gedanke, Fett an meinem Körper zu haben, beschäftigt mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich brauche länger als andere, um meine Mahlzeiten zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich vermeide Lebensmittel mit Zucker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Ich esse Diätkost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ich habe das Gefühl, Essen kontrolliert mein Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ich zeige Selbstbeherrschung beim Essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Ich habe das Gefühl, dass andere mich zum Essen zwingen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Ich widme dem Essen zu viel Zeit und Gedanken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ich fühle mich unwohl, nachdem ich Süßigkeiten gegessen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Ich mache Diäten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich mag es, wenn mein Magen leer ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Ich habe den Drang, mich nach den Mahlzeiten zu übergeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ich probiere gerne neue, reichhaltige Lebensmittel aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teil C: Verhaltensbezogene Fragen. Haben Sie in den letzten 6 Monaten:		Immer	Einmal im Monat oder weniger	2-3 mal im Monat	Einmal pro Woche	2-6 mal pro Woche	Einmal pro Tag oder mehr
A.	Essanfälle gehabt, bei denen Sie das Gefühl hatten, dass Sie nicht aufhören konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.	schon einmal übergeben, um Ihr Gewicht oder Ihre Form zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.	jemals Abführmittel, Diätpillen oder Diuretika (Wasserpillen) erwendet, um Ihr Gewicht oder Ihre Figur zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.	Mehr als 60 Minuten täglich trainiert, um abzunehmen oder Ihr Gewicht oder Ihre Form zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	In den letzten 6 Monaten 20 Pfund oder mehr verloren?	<input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein		
• Definiert als viel mehr essen, als die meisten Menschen unter den gleichen Umständen essen würden, und das Gefühl haben, dass das Essen außer Kontrolle gerät.							

EAT-26: Garner et al. 1982, Psychological Medicine, 12, (871-878); adapted/reproduced by D. Garner with permission.

Scoring the Eating Attitudes Test[©] (EAT-26)

Der Eating Attitudes Test (EAT-26) hat sich als äußerst zuverlässig und gültig erwiesen (Garner, Olmsted, Bohr, & Garfinkel, 1982; Lee et al., 2002; Mintz & O'Halloran, 2000). Der EAT-26 allein liefert jedoch keine eine spezifische Diagnose einer Essstörung.

Werte über 20 weisen darauf hin, dass eine weitere Untersuchung durch eine qualifizierte Fachkraft erforderlich ist.

Niedrige Werte (unter 20) können dennoch auf eine ernsthafte Essstörung hindeuten, da die Verleugnung der Symptome bei Essstörungen ein Problem darstellen kann.

Die Ergebnisse sollten zusammen mit der Gewichtsgeschichte, dem aktuellen BMI (Body Mass Index) und dem Prozentsatz des idealen Körpergewichts interpretiert werden. Positive Antworten auf die Fragen zum Verhalten bei Essstörungen (Fragen A bis E) können auf die Notwendigkeit einer Überweisung hinweisen.

EAT-26 Auswertung

Bewerten Sie die 26 Items des EAT-26 nach dem folgenden Punktesystem. Addieren Sie die Punktzahlen für alle Items.

Bewertung der Fragen 1-25:

Immer	=	3
Meistens	=	2
Oft	=	1
Manchmal	=	0
Selten	=	0
Nie	=	0

Bewertung für Frage 26:

Immer	=	0
Meistens	=	0
Oft	=	0
Manchmal	=	1
Selten	=	2
Nie	=	3