



Essenslust und Körperfrust – Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der Schule

Impressum



Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung,
SuchtPräventionsZentrum (SPZ)

Hohe Weide 16

20259 Hamburg

Tel. 040/42 88 42 - 911

Fax 040/42 88 42 - 902

www.li-hamburg.de/spz

E-Mail: spz@bsb.hamburg.de

Redaktion und Autorinnen:

Margrit Dietze-Cruse, Hildegard Fleischer, Nicola Vogel, Nina Kamp

Layout: Sibylle Bauhaus

2. Auflage

Hamburg, Juni 2011

Essenslust und Körperfrust – Leitfaden zur Prävention von Essstörungen in der Schule

Vorwort	4
----------------------	---

Hintergründe

1. Gesellschaft und Schönheitsideale	5
2. Überforderung in der Pubertät - Widersprüche im Frauenbild	7
3. Jungen und Essstörungen	8
4. Körperbewusstsein im Jugendalter	9
5. Bewegungsmangel und falsche Essgewohnheiten	10

Formen von Essstörungen und familiäre Einflüsse

1. Erscheinungsformen von Essstörungen (Dr. Dietrich Munz)	12
2. Ergänzende Informationen	22
3. Symptome im Überblick	23
4. Essstörungen und Familie	24

Prävention von Essstörungen in der Schule

1. Schulische Prävention	26
2. Das Thema Essstörungen im Fachunterricht	27
3. Angebote zur Unterrichtsgestaltung	28
4. Angebote des SPZ zur Prävention von Essstörungen	29

Unterrichtsvorschläge: Einheit und Übungen

1. Einführung	30
2. Unterrichtseinheit „Essstörungen“	31
3. Übungen	50

Umgang mit Betroffenen

1. Handlungsmöglichkeiten im Rahmen von Schule	68
2. Wenn Sie eine Essstörung vermuten...	70
3. Gesprächsbrücken	70
4. Beratungsangebote in Hamburg	71

Literatur und Medien

1. Literaturverzeichnis	73
2. Literatur und Medienempfehlungen	75
- Fachliteratur	
- Unterrichtsmaterial	
- Jugendbücher	
- Filme	
3. Internetadressen	78

Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Gestörtes Essverhalten von Kindern und Jugendlichen entwickelt sich in zunehmendem Maße zu einem Thema, das für alle große Bedeutung gewinnt, die im Bildungs- oder im Gesundheitsbereich an Erziehung und Entwicklung von Kindern beteiligt sind.

Dies belegen die Ergebnisse der europaweit größten Studie zur Gesundheit von Kindern, „KiGGS“, die vom Robert Koch Institut in Berlin durchgeführt und Ende September 2006 veröffentlicht wurde. Danach zeigt fast jedes 5. Kind, mit zunehmendem Alter ansteigend, Auffälligkeiten im Essverhalten. Die davon betroffenen Kinder und Jugendlichen sind mit ihrem Körper und mit sich selbst nicht zufrieden, fühlen sich oft einsam und ausgeschlossen.

Dies wiederum kann zu einer Verstärkung des gestörten Essverhaltens und damit zu Essstörungen, wie Magersucht, Ess-Brechsucht oder Esssucht führen.

Essstörungen gelten medizinisch als psychosomatische Störungen mit Suchtcharakter, d.h. die Betroffenen beschäftigen sich zwanghaft mit dem Thema Essen.

Frühzeitiges Erkennen und Behandeln erhöht die Heilungschancen. Deshalb sind Pädagoginnen und Pädagogen dazu aufgefordert, ihre Wahrnehmung für auffälliges Essverhalten und für die Erscheinungsbilder dieser Krankheiten bei ihren Schülerinnen und Schülern zu schärfen, Betroffene anzusprechen und an professionelle Hilfesysteme zu vermitteln.

Zum Aufgabenbereich von Schule, neben der Familie der wichtigste Ort der Sozialisation, gehört es jedoch vor allem, vorbeugend tätig zu werden und so einen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Vorfeld der Erkrankungen zu leisten.

Dies geschieht durch die Vermittlung von Kenntnissen, Einsichten und Fähigkeiten, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise unterstützen, wie zum Beispiel:

- ⊗ Stärkung der Persönlichkeit
- ⊗ Aufklärung und Information über gesundheitsspezifische Themen
- ⊗ Anregung zur kritischen Reflexion des gesellschaftlich anerkannten Schönheitsideals
- ⊗ Förderung von Freude und Lust an gesundem Essen und dessen Zubereitung

Die vorliegende Handreichung informiert Sie zunächst über gesellschaftliche Hintergründe von Essstörungen, deren Erscheinungsformen, die Bedeutung von familiären Einflüssen sowie über Möglichkeiten und Hilfen für schulische Prävention.

Im Kapitel Unterrichtsvorschläge wird dann eine Unterrichtseinheit vorgestellt, die drei Doppelstunden umfasst. Außerdem werden weitere Vorschläge für Übungen zu den Themen Essen, Körperwahrnehmung und Schönheit angeboten.

Darüber hinaus bietet die Handreichung Anregungen zum Umgang mit betroffenen Schülern und Schülerinnen. Abschließend finden Sie vielfältige Literatur und Medienempfehlungen für die Arbeit in der Schule.

Herzlicher Dank gebührt vor allem der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg, aber auch der Aktion Jugendschutz- Landesarbeitsstelle Bayern, dem Schneider-Verlag Hohengehren, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der AOK Rheinland-Hamburg, dem Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart, die alle Nachdruckgenehmigungen erteilten, sowie Frau Dr. Kubenz für überlassene Anregungen. Besonderer Dank aber gilt Margrit Dietze-Cruse, Hildegard Fleischer und Nicola Vogel, die als kreatives Autorinnenteam des SuchtPräventionsZentrums diese Handreichung erstellt haben, sowie der Grafikerin Sibylle Bauhaus.

Hermann Schlömer

Leiter der Abteilung Prävention, Intervention und Beratung des Landesinstituts

Hamburg; im Juli 2007

Hintergründe

1. Gesellschaft und Schönheitsideale

Ob Schönheitsideale als „Ursache“ von Essstörungen angesehen werden können, ist umstritten. Denn einen einfachen und zwingenden kausalen Zusammenhang gibt es nicht. Essstörungen sind grundsätzlich auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Im Zusammenwirken von biologischen, psychischen, familiären und anderen soziokulturellen Einflussfaktoren dürften Schönheitsideale jedoch eine sehr wichtige Rolle in der Entstehung von Essstörungen spielen.

Wirft man einen Blick zurück in die Geschichte, zeigt sich, dass Schönheitsideale einem kulturellen Wandel unterliegen. Je nach Zeitepoche waren völlig verschiedene Typen gefragt: In der Renaissance (15. Jahrhundert) zeichnete sich der weibliche Körper durch stämmige Körperformen aus, was als Symbol der Fruchtbarkeit galt. Auch im Barock (17. Jahrhundert) sollten Frauen eher korpulent sein mit großen Brüsten und stark ausladenden Hüften. Als Beispiel wären die wohlbeleibten Frauen in den Bildern von Rubens zu nennen. Dieses Schönheitsideal galt als Ausdruck von Reichtum.

Im Rokoko (18. Jahrhundert) veränderte sich dieses Schönheitsideal jedoch. Frauen sollten nun zerbrechlich, hilfsbedürftig und kindlich erscheinen. Dieses Ideal wurde sogar mit brutalen technischen Hilfsmitteln verfolgt: Um die in Mode gekommene Wespentaille zu erreichen, zwangen sich üppigere Frauen in eng verschnürte Korsetts.

Richtig in Mode kam das Schlanksein gegen Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts. Modern wurden nun androgyne Körperformen – auch in emanzipatorischer Ablehnung der traditionellen Frauenrolle. Kurz nach dem 2. Weltkrieg wurden weibliche Körperformen wieder vollschlanker und symbolisierten den wieder aufkommenden Wohlstand. Doch bereits in den 60er/70er Jahren war die schlanke Silhouette wieder en vogue. Verkörpert in dem geradezu dünnen Starmodell „Twiggy“, demonstrierte Schlankheit vordergründig die Emanzipiertheit junger Frauen.

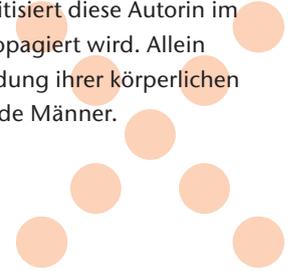
Die heutige Gesellschaft betreibt buchstäblich einen Kult um ein Körperideal, das sich mit den Schlagworten „schlank“, „sportlich“, „schön“ umschreiben lässt. Die Medien und die Werbung transportieren hierbei das immer gleiche Klischee, dass Schlankheit zu Attraktivität und Glück sowie beruflichem und privatem Erfolg ver helfe. Die Medien steigern damit immens den Druck, vor allem auf Mädchen und junge Frauen, diesem Schönheitsideal zu entsprechen.

Frauen stehen in westlichen Industrienationen unter einem erheblich höheren Schlankheitsdruck als Männer. Das Idealbild schöner Frauen in Medien und Werbung ist eine nahezu knabenhafte Figur: glatt, straff, haarlos. Weibliche Jugendliche in der Pubertät müssen versuchen ihre Entwicklung quasi abzustoppen, um diesem Ideal nahe zukommen: Es sind ja mädchenhafte und nicht erwachsene weibliche Figuren, die immer wieder als Idealtyp vorgeführt werden.

Das männliche Körperideal in Medien und Werbung hingegen ist ein muskulöser, männlicher Typ; d.h. hier werden die Körperformen eines erwachsenen sportlichen Mannes idealisiert. Oerter & Dreher (2002, S. 282f.) zeigen entsprechend in einem Forschungsüberblick, dass sich junge Frauen in der Pubertät eher eine „mädchenhafte“ als eine frauliche Figur wünschen. Ganz im Gegensatz hierzu wollen die Jungen eher ein männliches als ein „knabenhaftes“ Aussehen erlangen.

Die Pubertät macht es den Mädchen sehr schwer dem propagierten, unnatürlichen Ideal dauerhaft zu entsprechen. Geschlechtshormone nehmen sichtbaren Einfluss auf die Körperfettverteilung der Mädchen: Es wird mehr Fettgewebe in den Hüften und Oberschenkeln abgelagert und der Mädchenkörper bekommt rundere Formen (vgl. Buddeberg-Fischer 2002, S. 41). Eine Mehrzahl von Mädchen will diese Veränderung des Körpers nicht annehmen, da ihnen das heute gängige Schönheitsideal das Gegenteil als Maßstab vermittelt.

Dazu stellt Buddeberg-Fischer treffend fest: „Die Körperformen der Models entsprechen denjenigen eines vorpubertären Mädchens“ (Buddeberg-Fischer 2002, S. 41). Entsprechend kritisiert diese Autorin im Hinblick auf die Werbung, dass dort ein „entwicklungsinadäquates Frauenbild“ propagiert wird. Allein dies zeigt schon sehr deutlich, dass sich Mädchen und junge Frauen bei der Ausbildung ihrer körperlichen Geschlechtsidentität mit größeren Problemen konfrontiert sehen als heranwachsende Männer.



2. Überforderung in der Pubertät – Widersprüche im Frauenbild

Die Lebensphase der Jugend ist eine Umbruchsphase, in der sich hormonelle und physische Umstellungen abspielen, Autonomie und Selbstbestimmung geübt sowie vielfältige psychische Unsicherheiten erlebt werden (vgl. Hurrelmann & Bründel 1997, S. 40f.). Im Zentrum dieser turbulenten Phase steht die Bewältigung einer ganzen Reihe von Entwicklungsaufgaben, wie etwa der Ablösung vom Elternhaus und der Aufnahme von intimen Beziehungen. Eine zentrale Rolle in der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben spielt die Herausbildung der Geschlechtsidentität: die Auseinandersetzung mit den Veränderungen des Körpers und der eigenen Geschlechtsrolle. Mädchen und junge Frauen fühlen sich in der Pubertät oftmals damit überfordert. Die „strikte Reglementierung“ ihres Essverhaltens dient oft als ausweichendes Verhalten, in das sich die Mädchen flüchten.

Der Körper ist ein überaus zentrales Thema in der weiblichen Adoleszenz. Mädchen sind nicht nur von stärkeren körperlichen Veränderungen in der Pubertät betroffen, sie sind in ihrer Körperwahrnehmung auch wesentlich stärker von den bereits skizzierten gesellschaftlichen Normen beeinflusst als Jungen (vgl. etwa Flaake 1996, S. 10). Aufgrund zahlreicher äußerer Anforderungen wie Schönheits- und Schlankheitsideale und Modediktate erfahren Mädchen schon sehr früh Verunsicherungen in der Beziehung zu ihrem Körper. In dieser Phase hängt das Selbstwertgefühl wesentlich vom Körpergefühl ab.

Hagemann-White bemerkt (1992, S. 71), dass Mädchen vor der Pubertät ein wesentlich höheres Selbstbewusstsein haben als in der Pubertät. Mädchen entdecken, dass ihre Körperveränderungen von der Umwelt bemerkt und bewertet werden. Sie haben meist ein sehr kritisches Körperbild und oftmals einen übermäßigen Ehrgeiz dem Körperideal des sozialen Umfeldes entsprechen zu wollen. Infolgedessen befinden sich Mädchen in einem Dilemma: „(...) der Körper wird für sie zum zentralen Ort des Selbsterlebens, körperliche Attraktivität wird zu einem wichtigen Element des Selbstbewusstseins, zugleich aber ist gerade dieser Aspekt der Identität besonders labil und anfällig für Verunsicherung und Störungen“ (Flaake 1996, S. 11).

Neben den Unsicherheiten des eigenen Körperbildes kann auch die gesellschaftliche Rollenerwartung an Frauen als Risikofaktor für Essstörungen gewertet werden.

Gerade der Wandel des Frauenbildes kann bei Mädchen und jungen Frauen zur Überforderung führen. Auf der einen Seite eröffnet das moderne Weiblichkeitsbild viele Chancen für Mädchen, auf der anderen Seite aber auch Risiken. Die Risiken bestehen vor allem in den zum Teil widersprüchlichen Anforderungen, die an Mädchen gestellt werden. Einerseits sollen sie sich anpassen an männlich geprägte Werte der Gesellschaft: Leistung, Geld, Wettbewerb und Macht. Demgegenüber steht aber andererseits, dass sie immer noch den zentralen Part in den Lebensbereichen Familie und Versorgung (Mutter, Partnerin, Freundin, Geliebte, Haushalts-Managerin...) übernehmen sollen. Gefangen in diesem Widerspruch müssen Mädchen und junge Frauen ihre weibliche Identität herausbilden.

Deshalb haben Mädchen größere Schwierigkeiten Berufsperspektiven zu entwickeln, die sich mit ihren Partnerschafts- bzw. Familienvorstellungen vereinbaren lassen. Mädchen sind aus diesem Grund schon früh dazu gezwungen, sich Gedanken darüber zu machen, wie sie ihre beruflichen und familiären Vorstellungen miteinander verbinden wollen (vgl. Schmidt & Kolip 1999, S. 30). Die Lebensentwürfe von Mädchen und jungen Frauen sind somit notwendigerweise stärker durch eine aktive Doppelorientierung geprägt als die von Jungen und jungen Männern. Diese komplexe Doppelorientierung kann dann auch schnell zu einer großen Belastung werden.

Essstörungen können in dieser Situation insofern ein Ausdruck von Überforderung in der weiblichen Adoleszenz sein, als Mädchen durch die strenge Disziplinierung ihres Essverhaltens versuchen trotz aller Widersprüche ein Gefühl von „Stärke und Autonomie zu behalten“ (Stahr, Barb-Priebe & Schulz 1995, S. 27).

3. Jungen und Essstörungen

Männliche Jugendliche können an allen Essstörungen erkranken, also an Magersucht, Ess-Brechsucht, Binge Eating Disorder oder latenter Esssucht. Allerdings wird bei an Anorexie erkrankten Männern, der bulimische Typ mit selbstinduziertem Erbrechen häufiger beobachtet, ebenso wie das „Wiederkäuen“ und Ausspucken von Nahrung (vgl. DHS 2004, S. 40).

Bei weiblichen Jugendlichen steht die hormonell bedingte Gewichtszunahme und die damit einhergehende Veränderung ihres figürlichen Erscheinungsbildes im Widerspruch zu ihrem seit dem Kindheitsalter stabilen, körperlichen Idealbild, während sich bei männlichen Jugendlichen eher eine Verringerung dieser Diskrepanz feststellen lässt, denn die Zunahme an Muskelmasse bei gleichzeitiger Wachstumsbeschleunigung entspricht dem Ideal einer maskulinen, kräftigen Erscheinung (vgl. Rothe 1998, S. 152).

Nach Rothe sind Jungen in höherem Maße als Mädchen der Überzeugung körperliche Zustände aktiv beeinflussen und kontrollieren zu können. Das wird durch den pubertären Muskelzuwachs unterstützt. Männliche Jugendliche nehmen sich durch den kraftvolleren Umgang mit ihrem Körper sportlich kompetenter und leistungsfähiger wahr.

Die ersten Diäten werden von Jungen zum Zweck der Muskelausbildung und zum Erzielen besserer sportlicher Leistungen durchgeführt (vgl. DHS 2004, S. 40).

So entdecken beispielsweise magersüchtige Männer in der Muskeldysmorphie oder auch Biggerexie einen scheinbaren Ausweg aus ihrer Essstörung. Dabei spielt die Scham an einer in der Gesellschaft als „typische Frauenkrankheit“ bezeichnete Form einer Essstörung erkrankt zu sein, eine große Rolle.

Diese Männer sind zwanghaft auf ihren muskulösen Körper fixiert. Sie ernähren sich extrem fettarm und proteinreich und geben enorme Summen für Nahrungsergänzungsmittel aus (Meier 2001, VII).

Ein Beispiel:

„Ein Mann aus New Hampshire namens Steve erzählte uns, dass er sich mit siebzehn Jahren, als er 1,68 m groß war, auf 40 Kilo herunterhungerte. Um seinen 18. Geburtstag entdeckte Steve das Gewichtstraining für sich. Binnen sechs Monaten war er auf 65 Kilo, aber dann fand er, dass er zu schwächling wirkte. Er begann Anabolika zu nehmen und nahm weiter zu. Aber jetzt, so gestand uns Steve, machte er sich Sorgen, zu viel Fett und zu wenig Muskeln zu haben – so große Sorgen, dass er sich kürzlich eine Zeitlang geweigert habe, sich mit seiner Freundin außerhalb des Hauses sehen zu lassen“

(Meier 2001).

An dieser Aussage wird deutlich, dass alle Betroffenen das gleiche Problem haben: Ihre Sorge um das eigene Aussehen, die Figur und das Gewicht ist krankhaft übersteigert und wird meist geheimgehalten. Für die insgesamt geringere Verbreitung von Essstörungen bei Männern scheinen folgende Faktoren bedeutsam: In Illustrierten, die auf männliche Leser abgestimmt sind, erscheinen Artikel, die Diäten betreffen, 10 mal seltener als in Frauenzeitschriften.

Männer erleben sich mit 15% über dem Idealgewicht als etwas übergewichtig, Frauen dagegen bereits als adipös. Darüber hinaus wird Übergewicht bei Jungen in der Pubertät weniger gächet und die Jungen schätzen sich seltener als übergewichtig ein oder ziehen eine Diät in Betracht. Die Tatsache, dass die sexuelle Reife zwei Jahre später eintritt, könnte den Jungen helfen mit den Problemen in dieser Lebensphase besser fertig zu werden (vgl. DHS 2004, S. 41).

4. Körperbewusstsein im Jugendalter

Das subjektive Körperempfinden der Mädchen und Jungen im Alter von 11 bis 15 Jahren ist negativ verzerrt. Nach einer großen bundesweiten Studie ist fast die Hälfte der Mädchen mit ihrem Gewicht unzufrieden, obgleich ihr objektives Gewicht der Norm entspricht (vgl. Zubrägel & Settertobulte 2003, S. 177). Sogar in der Gruppe der Untergewichtigen gaben noch 18% der Mädchen und 11,6% der Jungen an, dass sie sich zu dick fühlen. Diese Aussage kann als Risikoindikator für Essstörungen gewertet werden.

Geschlechtsspezifische Differenzen zeigen sich auch im Diätverhalten:

10,2% der Jungen und 19,3% der Mädchen haben im Alter von 11 bis 15 Jahren bereits eine Diät durchgeführt (vgl. Zubrägel & Settertobulte 2003, S. 178).

Die genannten Daten zeigen, dass Mädchen in der Pubertät im Umgang mit ihrem Körper deutlich selbstkritischer sind als Jungen. Oftmals wird eine solche kritische Selbstsicht auch durch Eltern und Großeltern noch bestärkt: Häufig sind Töchter und Enkelinnen bereits dann beständig abwertenden Kommentaren und Ermahnungen ausgesetzt, wenn sie auch nur zeitweise einmal vom „gewünschten“ Schönheitsideal abweichen.

Die Folge ist, dass Mädchen oft jede Gewichtszunahme als äußerst negativ erleben; viele versuchen beständig ihr Gewicht zu reduzieren. In bestimmten Phasen kann das Diätverhalten unter Mädchen in Schulklassen regelrecht zu einem „Wettkampf“ ausarten, wie folgende typische Aussage verdeutlicht:

„Wenn ich daran denke, wie wichtig für uns damals das Thema Essen war. Wie viele Kalorien dies und das hat und dass es eine ganz neue Diät gibt, die ganz bestimmt hilft. ... Viele von uns waren ständig am Diät machen. Abnehmen, zunehmen. ...“ (Florence, 24 Jahre, in: Seeger 2001, S. 42).

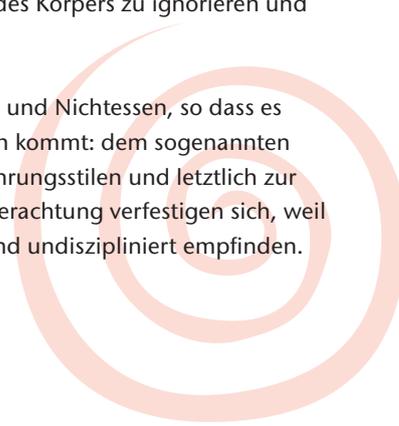
Das Thema Diät ist in unserer Mediengesellschaft allgegenwärtig: in jeder Modezeitschrift werden die neusten Schlankheitskuren vorgestellt, Fernsehshows beschäftigen sich mit Abnehmen, Figur und Aussehen und viele Stars und Prominente berichten ausführlich über ihre speziellen Diätpläne und Diäterfolge.

Der Diät-Kult ist auch Ausdruck eines funktionalen Körperbildes: Der Körper kann nach Wunsch verändert werden, durch Hungerkuren, Sport oder Operationen. Mädchen und junge Frauen bekommen also ständig vorgeführt, mit welchen Hilfsmitteln sie dem vorherrschenden Schönheitsideal entsprechen können.

„Dauer-diätende“ Mütter bilden oftmals das direkte Vorbild. Die beständige Diät-Verherrlichung blendet dabei die überwiegend negativen Effekte des Diäten-Wahns völlig aus:

Diät haltende zwingen sich oft dazu die natürlichen Bedürfnisse und Signale des Körpers zu ignorieren und zu verleugnen. Sie machen sich den eigenen Körper zum Feind.

Je öfter Diäten durchgeführt werden, desto mehr kreist das Denken um Essen und Nichtessen, so dass es zu einem ungesunden Wechsel schneller Gewichtsabnahmen und -zunahmen kommt: dem sogenannten Jojo-Effekt. Diäten führen damit zu hohen „Rückfallquoten“, einseitigen Ernährungsstilen und letztlich zur Zerstörung jeder Genussfähigkeit. Gefühle wie Selbstentwertung und Selbstverachtung verfestigen sich, weil sich viele Diät haltende trotz aller Anstrengungen oft als zu willensschwach und undiszipliniert empfinden.



5. Bewegungsmangel und falsche Essgewohnheiten

„Jedes 6. - 7. Kind ist übergewichtig. Die Häufigkeit von Übergewicht ist von 1985-1999 um die Hälfte gestiegen. Die Adipositasrate hat sich verdoppelt, bei Jugendlichen ab 14 Jahren nahezu verdreifacht“ (Schaffrath u.a. 2006, S. 10).

Übergewicht ist eine häufige ernährungsmitbedingte Gesundheitsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Als Hauptursache dafür gelten falsche Ernährung und Bewegungsmangel. (Vergl. Amann 2003, Seite 1) Kinder und Jugendliche haben von Natur aus Freude an der Bewegung, wollen sich austoben, laufen und spielen. Leider bietet gerade die Großstadt immer weniger Raum dafür. Abgesehen von einigen mehr oder weniger liebevoll und phantasie reich gestalteten Spielplätzen haben Kinder kaum mehr eine Chance gegen Verkehr, parkende Autos und zunehmende Bebauung ihrem Bewegungsbedürfnis nachzukommen. Statt herumzutoben und Neues zu entdecken, verbringen die Kinder immer mehr Freizeit, häufig nachmittags allein, vor dem Fernseher oder dem PC. Der Medienkonsum, sofern er nicht klaren Absprachen und Regeln unterliegt, steht oft in Konkurrenz zur bewegungs – orientierten Freizeitgestaltung (o. A. 2005 a, S. 2). Das bedeutet, dass Angebote von Bewegung und deren Organisation viel bewusster als früher in die Erziehung und das Leben von Kindern integriert werden müssen. Eine wichtige Rolle spielt das Vorbild der Eltern. Wenn Sport und Bewegung positiv bewertet werden und ein wichtiger Teil des Familienlebens sind, werden sie auch für die Kinder zu einem selbstverständlichen Bedürfnis.

Schule ist der Ort, an dem sich die Kinder bis zu 8 Stunden am Tag aufhalten und meist in viel zu kleinen Räumen, in großen Gruppen, an den Stuhl gefesselt, ruhig und konzentriert arbeiten sollen. Das wäre auch für Erwachsene eine kaum zu bewältigende Herausforderung.

Wie kann Schule dem begegnen?

Neben dem Sportunterricht oder der Einführung kleiner Bewegungspausen im Unterricht, sollte Schule verstärkt Raum, für Bewegung schaffen, z. B. durch entsprechende Schulhofgestaltung.

Das kann Felder mit Fußballtoren oder Basketballständer beinhalten. Freiflächen bieten Möglichkeiten für selbst erdachte Spiele, die besonders bei Mädchen beliebt sind. Einige Schulen verfügen über ein Angebot an kleinen Spielgeräten zur Gestaltung der „Aktiven Pause“, über Toberäume, eine Kletterwand oder bieten Psychomotorik-Kurse an.

Die meisten Angebote können ohne großen Aufwand in den Pausen, Freistunden und, wenn der Schulhof am Nachmittag geöffnet wird, genutzt werden.

Kinder und Jugendliche geben den Großteil ihres Taschengeldes am Kiosk, Imbissständen und bei Fast-Foodketten aus (o. A. 2005b, S. 1). Sie werden als Großkonsumenten entdeckt und die Werbung entsprechend auf sie ausgerichtet. Das Gesundheitsargument ist dabei nicht von Interesse. Bestimmter Lifestyle, vermittelt durch prominente Werbeträger, ist gefragt (o. A. 2005b, S. 1). Selten gibt es Identifikationsfiguren, die sich für gesundes Essen stark machen. Nie war Essen für so wenig Geld und in so reichem Überfluss zu haben. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass im Zuge des Überangebotes die Wertschätzung des Essens von Jugendlichen und Kindern verloren geht und alles, was nicht schmeckt, in den Mülleimer wandert, wie z. B. Pausenbrote.

Die gemeinsame Mahlzeit als soziales Ritual, frisch gekocht und gemeinsam eingenommen, gibt es oft nur noch am Sonntag (Vorpahl 2004, S.4).

Häufig müssen sich Kinder über den Tag hin allein mit einer bestimmten Summe oder zuhause mit Hilfe von wenig nahrhaften Fertiggerichten ernähren. Essen erfolgt häufig unbewusst und dient oft schon im Kleinkindalter als Trost, Belohnung oder Mittel gegen Langeweile. Mit dem unregelmäßigen Essen verlieren die Kinder das Gefühl für Sättigung und versuchen dann das Mangelgefühl durch Süßigkeiten und andere „Snacks“ zu kompensieren.

Neben dem Elternhaus kann und muss vor allem die Schule durch Aufklärung und Ernährungserziehung, Reflexion des eigenen Ess-Verhaltens, wie unkontrolliertes Essen und übermäßiger Konsum von fett- und zuckerhaltiger Nahrung gegensteuern. Ein erhobener Zeigefinger ist dabei genauso wenig nützlich wie ein Totalverbot. Es geht um kontrollierten Konsum, bewusstes Genießen und darum, Lust zu wecken an Obst, Gemüse und Vollkornprodukten durch gemeinsames Kochen und appetitanregende Zubereitung. Für Kinder, die sonst allein vor dem Fernseher Chips, häufig als Frustkiller, in sich hineinstopfen, ist das schön zubereitete, gemeinsame Essen sicher eine neue und bereichernde Erfahrung.

Das Angebot der Schulkantine und des Schulkiosk sollte sich nicht nur an den Vorlieben der Schüler, sondern auch an den Anforderungen einer abwechslungsreichen, ausgewogenen und vielseitigen Ernährung orientieren. Was nützt das gesunde Pausenfrühstück, wenn es am Schulkiosk ungesunde Naschereien zu kaufen gibt.

Sie erhalten Anregungen für die Einbindung von Themen der Ernährungsbildung in das Gesamtprofil „Gesunde Schule“ sowie Beratungen zu Angeboten im Themenfeld „Essverhalten“ im Kontext „seelische Gesundheit“ im Arbeitsbereich Gesundheitsförderung des Landesinstitutes für Lehrerbildung und Schulentwicklung.

Bei Bedarf können Ihnen auch Kontakte zu außerschulischen Kooperationspartnern vermittelt werden. Zur Prävention von Übergewicht und Adipositas im schulischen Bereich stehen Ihnen Programme und Projekte der Ernährungsbildung – bspw. der „aid-Ernährungsführerschein“ (Jg. 3/4) oder die „SchmExperten“ (Jg. 5/6) – zur Verfügung. Ein weiterer Ansatzpunkt sind von Krankenkassen finanzierte bzw. bezuschusste Maßnahmen zur Prävention von Adipositas wie „RALLYE ENERGY – Little“, die neben dem Essverhalten auch den Aspekt „Bewegung“ aufgreifen.

Für weitergehende Informationen wenden Sie sich bitte an das

Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung

– Arbeitsbereich Gesundheitsförderung –

Kontakt: dieter.wilde@li-hamburg.de

Tel. 040/428 842-741

www.li-hamburg.de/gesundheit



Formen von Essstörungen und familiäre Einflüsse

1. Erscheinungsformen von Essstörungen

Definition und Differenzierung der verschiedenen Ausformungen, psychische Auffälligkeiten und körperliche Konsequenzen.

Dr. Dietrich Munz

Wir unterscheiden klinisch grob drei Formen von essgestörtem Verhalten,

- ⊗ erstens ein abnorm restriktives Essverhalten, die Anorexie
- ⊗ zweitens ein Essverhalten, das durch anfallartiges Essen mit anschließenden Maßnahmen zur Gewichtskontrolle, in der Regel Erbrechen, verbunden ist, die Bulimie
- ⊗ drittens ein abnorm übersteigertes Essverhalten, entweder anfallsartig oder mit lange anhaltendem Essen, die Adipositas.

Die beiden erstgenannten Essstörungen findet man in der internationalen Klassifikation psychischer Störungen im ICD-10 (International Classification of Diseases; Hrsg: Dilling, Mombour, Schmidt), der internationalen Krankheitsbeschreibung der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die letztgenannte Essstörung taucht als psychische Erkrankung als „Essattacken bei anderen psychischen Störungen“ (F50.4) auf und bezieht sich mehr auf das anfallartige Essen größerer Mengen, das so genannte „binge-eating“ und weniger auf das häufige Essen, das dann zu Übergewicht führt. Die Adipositas wird im ICD-10 als internistische Erkrankung klassifiziert (E66) und somit weniger als psychische Erkrankung. Ich möchte nun, der ICD-10 folgend, zunächst die beiden erst genannten Essstörungen vorstellen und auf diese etwas näher eingehen:

Die Anorexia Nervosa wird mit folgenden diagnostischen Kriterien erfasst:

Beschreibung der Krankheit

Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0)

- ⊗ 1. Abnormes Untergewicht (**BMI < 17,5**) BMI (Body-Mass-Index): Körpergewicht <kg> / Körpergröße² <m²>
- ⊗ 2. Körperschema-Störung; überwertige Idee, zu dick zu sein, Drang dünner zu werden und nach niedrigerem Gewicht
- ⊗ 3. Amenorrhoe (bei Männern Libido- und Potenzverlust)
- ⊗ 4. Bei Krankheitsbeginn vor der Pubertät: Hemmung oder Verzögerung der pubertären Entwicklungsschritte (Brustentwicklung, bei Jungen: Genitalienentwicklung)

Nähere Kennzeichnung nach Art der Gewichtsreduktion:

- ⊗ a. durch Diät, niderkaloische Nahrung, starke Bewegung (ICD-10: F50.00; asketische Form; passive Form; restriktive Form)
- ⊗ b. durch aktive Maßnahmen (Erbrechen, Abführen) (ICD-10: F50.01; aktive Form, bulimische Form)

Prävalenz: 0,5 - 1,0 % junger Frauen (11 - 22 Jahre) zu differenzieren von

1. somatischer Verursachung (Hirntumor, Darmerkrankungen)
2. Psychose

Kriterien der Anorexia Nervosa

- ● ● ● ● Das Hauptkriterium der Anorexie ist das Untergewicht, verbunden mit einer Weigerung, ein für Alter und Körpergröße normales Körpergewicht zu halten. Hier wurde, was zwar sinnvoll, jedoch nicht ganz ohne Willkür ist, ein Grenzwert des so genannten Body-Mass-Index (BMI) festgelegt. Dieser errechnet sich folgendermaßen: Körpergewicht (in kg) dividiert durch das Quadrat Körpergröße (in Meter) ($\text{Gewicht} < \text{kg} > / \text{Körpergröße} < \text{m} >^2$). Als Grenzwert legten die WHO Experten einen BMI von 17,5 (kg/m^2) fest.
- ● ● ● ● Ein zweites wichtiges Kriterium, für uns als Kliniker in der Regel bedeutsamer, ist der Wunsch dünner zu werden, d. h. weiter abzunehmen. Dieser Wunsch kann verdeckt sein, indem die Betroffenen ihr Wunschgewicht nur wenig unter dem aktuellen Gewicht angeben und behaupten, dass sie mit diesem Gewicht zufrieden seien, dann jedoch, ohne dass sie dies zunächst offenzugeben, froh sind, wenn sie weniger wiegen und sich meist dann ein neues, noch tiefer liegendes Gewicht als Ziel festlegen. Die so genannte Körperschemastörung beschreibt die Tatsache, dass sich die betroffenen Frauen trotz des Untergewichts selbst als zu dick erleben. Genaueres Nachfragen ergibt in der Regel, dass sie meinen, einen dicken Bauch, zu breite Hüften, einen dicken Po und übermäßig dicke Schenkel zu haben. Kopf und Schulterbreite werden in der Regel als realitätsentsprechend beschrieben. Diese Überschätzung der weiblichen Proportionen ist bei manchen Betroffenen ichsynton, d. h. eine überwertige Idee, die sie als real ansehen, manche können sich hiervon distanzieren, d. h. sie wissen, dass Realität und Selbstwahrnehmung nicht übereinstimmen und ihr Drang zum dünner werden von ihrer Selbstwahrnehmung beherrscht wird.
- ● ● ● ● Das dritte Kriterium, das Ausbleiben der Menstruation ist eine Folge der hormonellen Regulationsveränderung. Neben psychogener Verursachung ist ein biologisch-endokriner Mechanismus nachgewiesen. Unterschreitet das Verhältnis von Fettgewebe zum restlichen Körpergewebe einen Grenzwert, d. h. unterhalb eines bestimmten, individuellen Grenzwertes, setzt bei Frauen unabhängig von der Art, wie diese Reduktion des Fettgewebes verursacht wird, z. B. durch intensiven Sport, die Menstruation aus. Es stellt sich ein präpubertärer Hormonregulationsstatus ein. Bei Anorektikerinnen ist dieser im Unterschied zu Sportlerinnen meist über längere Zeit auch bei Gewichtserhöhung nicht reversibel. Da viele der Anorektikerinnen ihr Grenzwert, bei dem die Menstruation unregelmäßig wurde bzw. aussetzte, kennen, stellt die Annäherung vom Untergewicht an dieses Grenzwert sehr häufig eine schwierige Angschwelle dar, die man behandlungstechnisch zu berücksichtigen hat.
- ● ● ● ● Das letzte diagnostische Kriterium, das einen Krankheitsbeginn vor der Pubertät betrifft, ist Folge des Ausbleibens der Umstellung der Hormonregulation, sodass Wachstumsstopp eintritt und Brustentwicklung verzögert ist. Nach Gewichtszunahme und oft trotz verzögerter erster Menstruation (Menarche) wird diese Entwicklung meist nachgeholt.

Formen der Anorexie

Diagnostisch unterscheiden wir zwei Formen der Anorexie,

- ⊗ Gewichtsreduktion durch Diät, d. h. geringe Nahrungszufuhr bzw. ausschließlich durch niederkalorische Nahrung wie Salat oder Gemüse. Auch durch übertriebene sportliche Betätigung versuchen die Betroffenen ihr Gewicht zu reduzieren. Hierbei ist jedoch häufig zu beobachten, dass die Betroffenen nicht nur zur Gewichtsreduktion viel Sport betreiben, sondern mit abnehmendem Gewicht einen stärker werdenden, abnormen, suchtartigen Bewegungsdrang entwickeln, den sie nur schwer eingrenzen können.
- ⊗ die bulimische Form, gekennzeichnet durch Episoden mit Fressanfällen und anschließendem Erbrechen, Laxantien- und Diuretikaabusus.

Der Beginn der Erkrankung liegt im Alter zwischen etwa 11 und 20 Jahren, wobei die Verteilung des Beginns in einigen Erhebungen zwei Gipfel, bei etwa 14 und 18 Jahren zeigen. Betroffen sind in den westlichen Industrieländern etwa 0,5 bis 1% der Frauen in der Pubertät und Adoleszenz. Differentialdiagnostisch ist eine organische Verursachung, beispielsweise ein Hirntumor oder eine Darmerkrankung auszuschließen, wobei hiervon Betroffene in der Regel die genannten Kriterien, vor allem den Drang, noch dünner zu werden und die Körperschemastörung nicht aufweisen.

Auch sollte eine Psychose als Verursachung einer Essstörung diagnostisch ausgeschlossen werden. Weiterhin sollte Gewichtsreduktion als Folge von wirklicher Appetitlosigkeit, wie sie bei schwereren Depressionen häufig zu beobachten ist, differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden. Hierbei, und dies ist diagnostisch oft nicht einfach, schließen sich die Diagnosen einer depressiven Störung und einer Anorexie nicht gegenseitig aus, sodass dann beide Diagnosen zu stellen sind. In beiden letztgenannten Fällen müssen auf dem Hintergrund der Diagnose in der Regel andere oder ergänzende Behandlungsschritte in die Wege geleitet werden.

Lassen Sie mich auf die organmedizinischen Befunde und Folgen der Anorexie eingehen.

Anorexia nervosa

Befunde und Medizinische Folgen der Erkrankung

- ⊗ Lanugobehaarung
- ⊗ Petechien
- ⊗ Akrozyanose
- ⊗ Hauttrockenheit
- ⊗ Hypothermie
- ⊗ Bradykardie
- ⊗ Ödeme
- ⊗ Exsikkose
- ⊗ Endokrine Veränderungen: Amenorrhoe
- ⊗ Elektrolytstörung Hypokaliämie, -chloridämie, -natriämie,
- ⊗ Störung des Eiweißkatabolismus (durch Metabolisierung von Muskelgewebe)
- ⊗ Osteoporose
- ⊗ Nierenschädigungen

Lanugobehaarung: eine flaumige Körperbehaarung

Petechien: kleine Haut- und Schleimhautblutungen

Akrozyanose: blaurote Verfärbung der Extremitäten, vor allem bei Kälte

Hauttrockenheit

Hypothermie: erniedrigte Temperatur (bis zu 35°C)

Bradykardie: erniedrigte Pulsfrequenz

Ödeme: Wassereinlagerung unter der Haut, häufig nach Absetzen von Diuretika und Laxantien und nach plötzlicher Nahrungszufuhr

Exsikkose: Abnahme des Gewebewassergehalts

Endokrine Veränderungen: Amenorrhoe, Ausbleiben der Menstruation

Elektrolytstörung Mangel an Kalium-, Chlorid-, Natriumionen in Blut und Gewebe
Störung des Eiweißkatabolismus durch Metabolisierung von Muskelgewebe mit starker Belastung der Nierenfunktion

Osteoporose: Abnahme der Knochendichte

Nierenschädigungen durch Flüssigkeitsmangel und Eiweißkatabolismus

Ich möchte jetzt wechseln zur Bulimie und deren diagnostische Kennzeichen beschreiben.

Beschreibung der Krankheit

Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2)

- ⊗ 1. Andauernde Beschäftigung mit Essen
Gier nach Nahrungsmitteln
Heißhungeranfälle mit Kontrollverlust beim Essen
- ⊗ 2. Gewichtskontrolle
(selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- und Diuretikaabusus, Diät- bzw. Fastenperioden u. a.)
- ⊗ 3. Übersteigerte Angst, dick zu werden; extreme Beachtung von Aussehen und Figur

Prävalenz: 1 - 3 % junger Frauen (13 - 25 Jahre)

Zu differenzieren von: Störungen des oberen Gastrointestinaltraktes mit Erbrechen

Verhalten der Betroffenen

Die Betroffenen beschreiben Fressattacken, d. h. eine phasenweise unbeherrschbare Gier nach Nahrungsmitteln und unbeherrschbare Essattacken, bei denen sie große Mengen von Nahrungsmengen zu sich nehmen, häufig vollkommen unkontrolliert und durcheinander. Hierbei verlieren die Betroffenen die Beherrschung über ihr Essverhalten, weder die Art noch Menge des Gegessenen bzw. Verschlungenen können kontrolliert werden.

Durch genaue Verhaltensanalyse kann man klinisch Untergruppen unterscheiden, die in den diagnostischen Manualen in der Regel nicht auftauchen: Ein Teil der Betroffenen erlebt die Essanfälle als eher genussvoll, befriedigend, versucht deren zeitlichen Ablauf auch vorherzuplanen, um ausreichend Zeit zur Verfügung zu haben. Andere, vermutlich die Mehrzahl, erleben den Essanfall von Anbeginn an, manche erst später, als beschämend, ekelerregend, was sich dann als Gesamtgefühl ausbreitet und zu Selbstablehnung und zu Selbsthass führt.

Deshalb erbricht der größte Teil der Bulimikerinnen nicht nur, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, sondern um die unerträgliche körperliche Spannung durch den vollkommen überdehnten Magen und das unerträgliche Völlegefühl und den Selbstekel bzw. Selbsthass loszuwerden.

Manche erbrechen hierbei mehrfach, bis Galle kommt, nachdem sie zwischendurch trinken, um so das subjektive Gefühl zu erhalten, alles wieder erbrochen zu haben. Hierbei wird deutlich, dass nicht allein die Angst vor der Gewichtszunahme Anlass zum Erbrechen ist, sondern weitergehende psychische Ängste, die mit der Nahrungsaufnahme verbunden sind.

Um das Gewicht unter Kontrolle zu behalten, werden von vielen Bulimikerinnen neben Erbrechen längere Diätphasen versucht, Abführmittel und Entwässerungsmittel in großen Mengen oder gelegentlich Schilddrüsenpräparate eingenommen. Diabetikerinnen mit Bulimie vernachlässigen häufig ihre Insulinbehandlung und geraten so in hyper- und hypoglykämische Zustände.

Diagnostisch sprechen wir von einer Bulimie, wenn diese Fressattacken und die gegen eine Gewichtserhöhung vorgenommenen Maßnahmen mindestens zwei mal wöchentlich vorkommen. Generell haben Bulimikerinnen Angst, dick zu werden, jedoch in der Regel nicht den bei Anorektikerinnen beobachteten Drang zum dünner werden. Die Betroffenen achten sehr streng auf ihre Figur und ihr Aussehen und wollen meist ein im leicht untergewichtigen Bereich liegendes Wunschgewicht nicht aufgeben, sie halten dieses oft über lange Zeiträume. Ihr Selbstwertgefühl ist sowohl vom Körpergewicht als auch ihrem Aussehen stark beeinflusst.

Im ICD-10 ist auffallend, dass Bulimie mit Untergewicht gekoppelt ist. Nach meiner Einschätzung sollte man genau hier, wenn man es schon versucht, diagnostisch genau unterscheiden zwischen Bulimie und bulimischer Anorexie, häufig auch Bulimarexie genannt.

Ich würde in diesem Fall, d. h. bei Fressattacken und Erbrechen und Untergewicht eine Doppeldiagnose bevorzugen, da beides, der Drang zum dünner werden, zur Gewichtsabnahme und die Fress-Brechattacken suchtartigen Charakter haben und die Betroffenen von beidem nur sehr schwer loskommen. Klinisch wichtig ist in diesem Zusammenhang, bei bulimischen Anorektikerinnen die Magersucht im Anschluss an das diagnostische Gespräch auch beim Namen zu nennen, denn die Betroffenen verleugnen meist ihren anorektischen Anteil und wollen als Therapieziel ihre Fressanfälle und das Erbrechen los werden ohne dass sie ihre anorektische Neigung therapeutisch verändern wollen. Differentialdiagnostisch sind Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes mit Erbrechen oder in seltenen Fällen Gehirntumore auszuschließen, wobei dann die charakteristischen psychopathologischen Auffälligkeiten fehlen.

Eine große Anzahl von Bulimikerinnen leidet auch an affektiver Störung, wobei hier oft schwer unterschieden werden kann, ob diese psychodiagnostisch voneinander unabhängig sind oder die Depression – vor allem bei Bulimikerinnen mit anorektisch – asketischem Ideal – durch das Gefühl der Insuffizienz und Unfähigkeit, die Essstörung zu beherrschen bzw. nur zu fasten, bedingt ist.

Betroffen sind etwa 1 - 3 % der Frauen in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter. Der Krankheitsbeginn liegt etwas später als bei der Anorexie, ungefähr bei 17 - 19 Jahren. Wegen häufiger Selbstheilungsversuche suchen die Betroffenen zunächst nur selten therapeutische Hilfe, da es ihnen oft zunächst gelingt, das Erbrechen längere Zeit einzugrenzen und da die Schamschwelle sehr hoch ist, über das gestörte Essverhalten zu reden.

Körperliche Befunde bei Bulimikerinnen sind vor allem durch das häufige Erbrechen sowie den häufig anzutreffenden Abführmittelabusus bedingt.

Bulimia nervosa

Medizinische Folgen der Erkrankung

- ⊗ Exsikkose
- ⊗ Störung der Serum-Elektrolyte (Brotman et al. 1985)
- ⊗ Endokrine Veränderungen:
anovulatorischer Zyklus; Amenorrhoe
- ⊗ Sialadenose, Zahnschäden, Speiseröhrenrisse, Nierenschädigungen, Störung der Darmflora, Haarausfall

soziale Folgen

- ⊗ finanzielle Belastung; Verschuldung

Durch Erbrechen wird Flüssigkeit nicht nur über Schweiß und Urin ausgeschieden, sodass die Betroffenen häufig auch Symptome von zu wenig Wasser im Gewebe (Exsikkose) aufweisen. Die Konzentration der Blutserumelektrolyte ist, abhängig von der Art der Gewichtskontrolle – durch Erbrechen, durch Abführmittel (Laxantien) oder Entwässerungsmittel (Diuretika)einnahme – oft verschoben, wobei Kalium- und Chloridmangel häufig zu beobachten und medizinisch zu kontrollieren sind.

Die Verursachung der Zyklusstörungen ist organmedizinisch-biologisch nicht erklärbar, neben der Gewichtsschwankung sind psychogene Verursachung anzunehmen. Abführmittelabusus kann zu Abführmittelabhängigkeit führen, da die Betroffenen ohne Laxantien unter Darmträgheit leiden. Jedoch ist auch hier eine psychische Komponente der suchtartigen Darmentleerung, der „inneren Reinigung“ anzunehmen.

Das Erbrechen führt bei vielen Bulimikerinnen zu Entzündung bzw. Schwellung der Speicheldrüsen (Sialadenose) und zu feinen Rissen in der Speiseröhre bzw. am Gaumen. Die bei vielen Bulimikerinnen beobachteten Zahnschädigungen sind Folge der Demineralisierung des Zahnschmelzes durch die erbrochene Magensäure.

Nierenschädigungen können bei Bulimikerinnen verschiedene Ursachen haben, vor allem bei Diuretikaabusus treten sie häufiger als medizinische Komplikation auf.

Bei Laxantienabusus verstärkt, jedoch auch wegen der Unregelmässigkeit der Verdauung, führen Darmflorastörungen zu Verdauungsbeschwerden und häufig zu heftigen Blähungen, wenn die Betroffenen ihre Essgewohnheiten verändern.

Bei Bulimikerinnen ist eine wichtige, häufige soziale Folge der Erkrankung deren finanzielle Belastung, die zu Verschuldung in höherem Ausmaß oder zu Ladendiebstahl führen kann.

Ich komme nun zur dritten Gruppe der Essstörungen, der hyperphagen Essstörungen, die diagnostisch in zwei Gruppen zu erfassen ist.

Essattacken bei sonstiger psychischer Störung

(ICD-10: F50.4) Adipositas (ICD-10: E66)

Übergewicht (BMI > 30)

Übermäßige suchtartige, nicht begrenzbar Nahrungsaufnahme

häufig einseitige Ernährung (Kohlenhydrate)

gestörte Sättigungsregulation

Nähere Kennzeichnung nach Art der Gewichtszunahme:

- Binge Eating Disorder (Wiederholte Fressanfälle mit Kontrollverlust)
- durch übermäßige und hochkalorische Nahrungszufuhr (ICD-10: E66.0);
- durch sonstige Erkrankung (ICD-10: E66.8);

Prävalenz: 10 - 25 % der Jungen und Mädchen, Beginn ab 2. Lebensjahr; bei Erwachsenen ca. 10 % der Bevölkerung, mit dem Alter zunehmend

Folgen der Erkrankung

- ⊗ Kreislaufbelastung / -überlastung
- ⊗ Skelettbelastung
- ⊗ Diabetes
- ⊗ Gallensteine

Merkmale der Adipositas

Die Adipositas, d. h. durch übermäßiges Essen bedingtes Übergewicht, kann als psychische Erkrankung nach dem ICD-10 nur als „Nicht Näher Bezeichnete Essstörung“ (F50.9) oder als „Essattacken bei anderen psychischen Störungen“ (F50.4) diagnostiziert werden, wobei hiermit die sog. „binge eating disorder“ beschrieben werden soll. Es wird also vor allem auf anfallartiges Essen hingewiesen, wobei vernachlässigt wird, dass bei vielen Menschen das Übergewicht durch regelmäßiges Zuvielessen, häufig einseitig durch Süßigkeiten bzw. kohlenhydratreiche Nahrung verursacht ist. Die Betroffenen sind mental stark auf Essen und Gewicht fixiert, fühlen sich dem Drang zu essen hilflos ausgeliefert.

Die „Binge-Eating Störung“ ist gekennzeichnet durch wiederholte Episoden von Fressanfällen mit dem Gefühl, diese nicht beherrschen zu können. Hierbei wird in der Regel schneller als normal gegessen, oft ohne vorangehenden Hunger, meist bis zu einem unangenehmen Völlegefühl. Hierbei sind sich die Betroffenen bewusst, dass sie zu viel gegessen haben und empfinden gegenüber sich selbst Ekel nach einem Essanfall.

Nach meiner Einschätzung ist hierdurch nur ein kleiner Teil der an Übergewicht leidenden Menschen erfasst, nämlich – auf einen kurzen Nenner gebracht – Bulimikerinnen, die keine gegensteuernden Maßnahmen unternehmen.

Die Adipositas fällt in mehrerlei Hinsicht aus dem bisherigen Muster der Essstörungen heraus: Zum ersten sind nicht mehrheitlich Frauen, sondern Frauen und Männer etwa im selben Umfang betroffen und zum zweiten handelt es sich um ein Essproblem, das nicht wie die bisher beschriebenen i. d. R. in der Pubertät bzw. Adoleszenz beginnen, sondern häufig in der Kindheit.

Die Adipositas, erfasst als internistische Erkrankung im Kapitel E der ICD-10 ist definiert durch ein starkes Übergewicht ab einem BMI von etwa 30, was bei einer Körpergröße von 1,70 m etwa 87 kg entspricht. Hierbei ist auffallend, dass ein derartiges Übergewicht weniger heftig erlebt wird als eine ähnliche Abweichung hin zum Untergewicht.

Adipöse nehmen oft einseitig übermäßig Kohlenhydrate in Form von Schokolade oder süßem Gebäck zu sich. Ihre Sättigungsregulation scheint weniger durch Hunger bzw. Sättigungsgefühle, d. h. über Selbstwahrnehmung, als vielmehr durch das Nahrungsangebot bzw. Reste, d. h. Wahrnehmung im Äußeren bestimmt zu sein.

Wie schon erwähnt beginnt im Unterschied zur Anorexie und Bulimie die Adipositas schon in der Kindheit, sie kann ab etwa dem zweiten Lebensjahr diagnostiziert werden.

Weiterhin besteht auch nicht die bei Anorexie und Bulimie vorherrschende Geschlechtsspezifität, sondern Jungen und Mädchen sind etwa gleich häufig betroffen.

Insgesamt sind etwa 10 - 25 % der Jungen und Mädchen übergewichtig, bei den Erwachsenen sind mindestens 10% der Bevölkerung übergewichtig.

Medizinisch leiden die Betroffenen unter Kreislaufbelastungen verschiedener Art sowie unter den Skelettbelastungen aufgrund des Übergewichts, vor allem erhöhter Gelenkverschleiß und dadurch verursachte Gelenkschmerzen. Diabetes und Gallensteine sind durch physiologische Überbelastung bedingte Folgeerkrankungen bei chronischem Übergewicht.

Psychologische Auffälligkeiten bei Essstörungen

Einleitend ist jedoch festzuhalten, dass sich hierbei zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen viele Gemeinsamkeiten zeigen und viele dieser Auffälligkeiten erst im Laufe von psychotherapeutischen Behandlungen deutlich werden, da sie über lange Zeit überspielt werden, denn für die Betroffenen sind sie oft beängstigend und beschämend. Ich möchte nun zu den psychologischen Auffälligkeiten bei Frauen mit Essstörungen kommen. Hierbei möchte ich wieder in derselben Abfolge vorgehen.

Psychologische Auffälligkeiten

Anorexia nervosa

- ⊗ Selbstbeherrschung
- ⊗ Selbstunsicherheit
- ⊗ Gefühl der Unzulänglichkeit
- ⊗ Verzerrte Körperwahrnehmung (innen und außen)
- ⊗ Mangelnde Wahrnehmung und geringes Verständnis für die innere Befindlichkeit
- ⊗ Verleugnung von Hunger
- ⊗ stolzes Fasten - verheimlichtes Essen
- ⊗ Häufige Beschäftigung mit Essen, andere bekochen
- ⊗ Erzeugung von Unzulänglichkeitsgefühlen im Gegenüber

Abwehrmechanismen

- ⊗ Projektion - projektive Identifikation
- ⊗ Rationalisierung
- ⊗ Verleugnung
- ⊗ Somatisierung



Merkmale der Anorexie

Ein psychologisches Hauptmerkmal der Anorexie, das sich auch im Esssymptom zeigt, ist die starke Selbstbeherrschung und das asketische Ideal. Dahinter verbirgt sich sehr häufig eine Unsicherheit in zwischenmenschlichem Kontakt, die durch mangelndes Selbstwertgefühl und Unzulänglichkeitsgefühl bedingt ist. Die Betroffenen haben selbst hohe, oft schwer oder nicht erfüllbare Ideale oder fürchten, den Ansprüchen anderer nicht gerecht zu werden. Sie scheuen vor Konkurrenz und Eifersucht zurück, tun sich sehr schwer, sich gegenüber anderen in sozialen Situationen durchzusetzen.

Anorektikerinnen und Bulimikerinnen können ihre innere Befindlichkeit, ihre Körpersignale oft nur schwer ihrer Befindlichkeit zuordnen und sind nur schwer in der Lage, diese in Worte zu fassen und näher zu beschreiben. Da Gefühlswahrnehmung und Gefühlsdifferenzierung immer ein somatisch – psychisches Wechselspiel darstellt, haben sie oft ein geringes Eigenverständnis für ihre Empfindungen und somit eine mangelnde Fähigkeit zur Affektdifferenzierung. So können körperlich bedingte Spannungen oder Missgefühle von affektbegleitenden Körperempfindungen oft nicht unterschieden werden. Somit können aufkommende Gefühle nur schwer wahrgenommen bzw. unterschieden werden, erst wenn diese heftig und spannungsreich geworden sind, können sie zum Ausdruck gebracht werden und sind dann oft beängstigend. Verstärkt durch den verleugneten Hunger und die kontinuierliche gedankliche Beschäftigung mit Essen bzw. Unterdrückung des Hungers und Essens oder durch Fress- Brechattacken können Gefühlswahrnehmung und Gefühlsausdruck psychisch verleugnet und verdrängt werden.

Vermutlich wird dieser Effekt bei Anorektikerinnen biologisch dadurch verstärkt, dass Fasten zu vermehrter Endorphinausschüttung führt, was die Selbstwahrnehmung (bis hin zur Schmerzwahrnehmung) mindert und die Konzentration auf äußere Reize erhöht.

Der bei Anorektikerinnen beobachtete und oben beschriebene suchartige Bewegungsdrang könnte diese Prozesse verstärken. Einerseits können so die feinen somato-psychischen Gefühlsregungen hinter der körperlichen Anstrengung verborgen bleiben, andererseits werden hierdurch ebenfalls vermehrt Endorphine ausgeschüttet.

Die meisten Anorektikerinnen behaupten, keinen Hunger zu haben. Erst mit gewachsenem Vertrauen können sie zugeben, dass sie unter ihrem Hunger leiden, fast den ganzen Tag mit Gedanken an Essen beschäftigt sind. Dieser Hunger und die Gedanken ans Essen werden dadurch erträglicher, dass sie einerseits verleugnet werden, andererseits indem sie projektiv abgewehrt werden und der Hunger anderen unterstellt wird und diese bekocht werden. So kann die eigene „Begierdelosigkeit“ demonstrativ gezeigt werden, die anderen werden als „schwach“, gierig, unbeherrscht erlebt.

Nicht nur bezüglich des Essens, sondern auch in vielen Alltagssituationen können Anorektikerinnen in ihrem Gegenüber Gefühle der Unzulänglichkeit und damit oft auch Hilflosigkeit hervorrufen.

So fühlt man sich oft auch als Therapeut nicht genügend, als unfähig, im richtigen Moment richtig und hilfreich zu reagieren, ohne Angst, „alles falsch zu machen“.

Die bei Anorektikerinnen dominierenden psychischen Abwehrmechanismen habe ich teilweise schon erwähnt, möchte sie jedoch nochmals explizit benennen:

Über Projektion eigener Bedürfnisse und Affekte werden intrapsychische Konflikte abgewehrt – „wenn meine Freundin nicht so pingelig wäre, dann wäre es ein schöner Nachmittag geworden“ – und behindern auch die Einsicht in die eigene Erkrankung – „ich weiß auch nicht, warum die sich alle daran stören, dass ich so schlank bin, ich finde mich so toll“. Eigene Bedürfnisse, sowohl oral – „ich habe keinen Hunger, aber für Euch koche ich gerne, denn ihr habt sicher Lust auf ein gutes Essen“ – als auch unbewußt bedrohliche sexuelle Wünsche – „die Männer wollen doch nur das Eine, ich möchte aber nur kuscheln“ – werden projektiv abgewehrt.

Sehr rasch wird im Umgang mit Betroffenen deren starke Neigung zu Rationalisierung deutlich. Sie sind, abgesehen von den Essproblemen, äußerst vernünftig und „guten“ Argumenten zugänglich, möchten alles „ausdiskutieren“ ohne dass hierbei heftigere Affekte entstehen dürfen.

Verleugnung und Verdrängung habe ich schon mehrfach erwähnt. Hierdurch ist ein Zugang zu den psychischen Hintergründen der Erkrankung häufig erschwert, was die oft langen Behandlungszeiten verständlicher werden lässt.

Psychologische Auffälligkeiten

Bulimia nervosa



- ⊗ Mangelnde Fähigkeit, Spannungen auszuhalten
- ⊗ Entweder - Oder Denken
- ⊗ Scheitern an eigenen Ansprüchen
- ⊗ Verringertes Selbstwertgefühl und Ineffektivitätserleben
- ⊗ Verzerrte Körperwahrnehmung
- ⊗ Depression mit Hilflosigkeit und Angst
- ⊗ Sozialer Rückzug

Abwehrmechanismen

- ⊗ Verdrängung
- ⊗ Verleugnung
- ⊗ Identifikation mit dem Aggressor
- ⊗ Wendung von Aggression gegen das eigene Selbst

Bulimikerinnen zeichnen sich aus durch eine mangelnde Fähigkeit, psychische und soziale Spannungen auszuhalten. Dies führt zu bulimischen Impulsdurchbrüchen, häufig jedoch auch zu Affektdurchbrüchen oder zu weiterem Suchtmittelabusus, um psychische Spannungen zu dämpfen. Extremes „Entweder - Oder Denken“ bzw. Schwarz - Weiß - Denken, z. B. „wenn ich ein Stück Pizza esse, dann kann ich doch gleich weitermachen“ führt zu Versagensängsten, und das nicht nur auf die Essstörung bezogen, sondern auch in vielen anderen Bereichen.

Dies kann im Weiteren zu Hilflosigkeitsgefühlen und Angst und Depression führen, was sowohl zu sozialem Rückzug als auch zu generalisiertem Vermeidungsverhalten führt.

Viele Bulimikerinnen erleben ihren Körper als ekelerregend, hässlich, abstoßend. Häufig werden dann eigene Wünsche nach körperlicher Nähe und sexuelle Wünsche als bedrohlich und unerfüllbar erlebt, was depressive Verstimmungen hervorruft und sozialen Rückzug verstärkt.

Ein bei Bulimikerinnen häufig dominierender psychischer Abwehrmechanismus ist Verdrängung und Verleugnung. Vergangene, oft traumatisierende Erlebnisse können nicht oder nur partiell erinnert werden, häufig können sie kaum Erinnerungen an ihre Kindheit wachrufen. Unangenehme Gefühle und aktuelle Erlebnisse fallen rasch dem Vergessen anheim, so können Konflikte vermieden und psychische Spannungen reduziert werden.

Wegen aufkommender Schuldgefühle versuchen Bulimikerinnen anderen gegenüber jede Form von Aggression zu vermeiden, können sich kaum selbstschützend oder selbstbehauptend zeigen. Gleichzeitig identifizieren sie sich sehr schnell mit Menschen, die ihnen gegenüber aggressiv sind und entschuldigen deren aggressives Verhalten mit stereotyp klingenden Sätzen wie „ich bin doch selbst schuld“ oder in Rückerinnerung an traumatisierende Situationen „ich habe mich ja nicht gewehrt“. In diesen Formulierungen taucht hintergründig schon die Wendung der Aggression gegen das Selbst auf, die nach solchen Aussagen zu Selbstbeschimpfungen bis hin zu Selbsthass eskalieren können.

Bei Menschen mit **hyperphagen Essstörungen** sind die psychologischen Auffälligkeiten wesentlich weniger systematisch untersucht und beschrieben.

Der wichtigste Grund dürfte sein, dass, von der binge eating disorder abgesehen, die Adipositas in der medizinischen Literatur mehr als ein alltägliches gewohnheitsmäßiges Fehlverhalten betrachtet und dass sich die Psychotherapie bisher, von stark verhaltensorientierten Programmen abgesehen, wenig mit diesem Essproblem befasst hat.

Psychologische Auffälligkeiten Hyperphage Essstörungen

- ⊗ Passives Vermeidungsverhalten bei Konflikten
- ⊗ „Stresser“ in Konfliktsituationen
- ⊗ Selbstekel, Selbst- und Identitätskonflikte
- ⊗ Depression mit Hilflosigkeit und Angst
- ⊗ Sozialer Rückzug
- ⊗ Prävalenz abhängig von sozioökonomischer Schichtzugehörigkeit

Sekundäre psychische Folgen:

- ⊗ Spott, Kontaktstörungen

Abwehrmechanismen

- ⊗ Verleugnung
- ⊗ Regression

Merkmale der Hyperphagen Essstörungen

Die starke Neigung zu Konfliktverleugnung bei adipösen Menschen birgt zwei Probleme. Zum ersten kommen Betroffene selten in medizinische oder psychotherapeutische Behandlung, was bedeutet, dass sie, um sich Hilfe holen zu können, ein sehr niederschwelliges Hilfsangebot brauchen und nicht „pathologisiert“ werden wollen. Weiterhin sind die Betroffenen für einen psychotherapeutischen Zugang zu ihrer Erkrankung wegen ihrer niederen Frustrations- und Konflikttoleranz nur schwer zu motivieren bzw. sie brechen Psychotherapien in Belastungssituationen rasch ab.

Deshalb erfordert die Therapie dieser Patientinnen meist besondere Therapietechnik, die den Erwartungen der Betroffenen nahe kommt und erst dann langsam eine Konfliktfähigkeit und mehr Frustrationstoleranz, d. h. umgangssprachlich formuliert, mehr psychische Belastbarkeit ohne sofortigen Rückfall in das gewohnte Essverhalten als Reaktion auf die Belastung bedarf.

Das Selbsterleben der Betroffenen ist häufig geprägt von Selbstekel, heftiger Selbstablehnung und schweren Identitätskrisen. Diese haben häufig Depressionen mit Hilflosigkeit und Ängsten zur Folge, die dann zu sozialem und emotionalem Rückzug führen. So sind die Betroffenen in einem Teufelskreis zwischen Selbstablehnung und Depression, die wiederum die Neigung zu vermehrtem Essen verstärken usw.

Die Häufigkeit der Erkrankung in der Bevölkerung unterscheidet sich wiederum deutlich von den beiden anderen Essstörungen. Sind dort leichte, meist statistisch nicht signifikante Häufungen in sozial höheren Schichten anzutreffen, ist bei der Adipositas ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Erkrankung und sozialer Herkunft dergestalt, dass in niederen sozialen Schichten Adipositas sehr viel wahrscheinlicher ist als in höheren.

Die sekundären psychischen Folgen wirken bei der Adipositas eher krankheitsaufrechterhaltend, denn vor allem bei Kindern und Jugendlichen führt der Spott, dem sie häufig ausgesetzt sind zu weiterer sozialer Irritation und zu depressivem Rückzug, oft verbunden mit hilflosen Diätversuchen oder resignativ vermehrtem Essen in der Einsamkeit.

Die unter den Abwehrmechanismen beschriebene Verleugnung bezieht sich sowohl auf die eigene Erkrankung, d. h. anzuerkennen, dass das Übergewicht Folge psychischer Konflikte und deren Verarbeitung darstellt und nicht (nur) eine Störung des Fettstoffwechsels oder eine schlechte Gewohnheit ist. Die Neigung zu Regression bedeutet, dass die Betroffenen in psychischen Belastungssituationen eher zu passiver, kindlicher Konfliktlösung neigen, hoffen, dass andere die Probleme schon lösen werden oder diese sich von allein lösen, zum „Abwarten und Tee trinken“ bzw. besser gesagt etwas essen neigen.

Dr. Dietrich Munz

Psychotherapeutische Klinik Stuttgart, Christian Belser Str. 79, 70597 Stuttgart

Vortrag bei der Fachtagung Essstörungen der Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Kooperation mit der Stadt Freiburg

2. Ergänzende Informationen

Binge Eating Disorder

Neben Anorexie, Bulimie und Adipositas gibt es noch das Krankheitsbild Binge Eating Disorder. Für diese Krankheit gibt es bisher noch keinen deutschen Begriff. Binge bedeutet „schlingen“. Betroffene haben Essanfälle wie bei einer Bulimie, aber sie unternehmen keine gewichtsregulierende Maßnahmen, wie Erbrechen, Abführmittel oder extremen Sport. Somit ist diese Störung auch meist mit Übergewicht oder Adipositas verbunden (vgl. BZgA, 2004b).

Mischformen

Die klassischen Formen von Essstörungen wie Anorexie und Bulimie treten auch als Mischformen auf. Häufig gibt es fließende Übergänge gestörten Essverhaltens: Phasen des extremen Hungerns, durchbrochen von Essanfällen oder strikte Hungerphasen nach einigen Tagen vieler Essanfälle.

Essstörungen und psychische Erkrankungen

Neben einer Essstörung treten oftmals weitere psychische Erkrankungen auf. Dazu gehören zum Beispiel Depressionen, Alkoholmissbrauch, Angststörungen, Suizidgedanken und selbstverletzendes Verhalten. Selbstverletzendes Verhalten tritt häufig im Zusammenhang mit Anorexie und Bulimie auf (vgl. Rüscher 2004, S. 75). Magersüchtige oder Bulimikerinnen versuchen sich mit Hilfe von Ritzen, Kratzen oder Stechen zu spüren, was wiederum zeigt, wie wenig Überwindung es die Betroffenen kostet, ihren Körper zu zerstören. Spannungen und Gefühle wie Wut und Trauer können Selbstverletzendes Verhalten auslösen.

Essstörungen und sexueller Missbrauch

Eine Ursache von Essstörungen kann sexueller Missbrauch sein. Hierbei geht es um psychische und / oder körperliche Gewaltanwendungen und Machtausübungen mittels sexueller Handlungen. Essstörungen sind häufig Überlebensstrategien für Betroffene. Abspaltung, Verdrängung und Verinnerlichung helfen ihnen, den Schmerz zu ertragen, „handhabbar“ zu machen (BZgA, 2004b).

Die Verweigerung von Essen, zuviel essen oder essen und kotzen ist als Widerstand zu sehen, als Ablehnung der erwarteten weiblichen Rollenerfüllung/Sexualität, als Schutz, um sich körperlich zu entziehen, bzw. endlich ein Stück Macht zu empfinden und wenn es über die Manipulation des eigenen Körpers ist (vgl. Stahr et al. 1995, S. 90).

Essstörungen sind somit für Mädchen und junge Frauen, die sexuell missbraucht werden ein Ersatz- bzw. Schutzverhalten gegenüber den tiefgreifenden Verletzungen ihrer psychischen und körperlichen Integrität und Identität (vgl. Stahr 1999, S. 106).

3. Symptome im Überblick

Typisch für Anorexie...

- ⊗ Verbergen des Körpers durch verhüllende Kleidung
- ⊗ Blaue Hände, Füße, Lippen sehr kälteempfindlich
- ⊗ Verdauungsprobleme
- ⊗ Unregelmäßige oder fehlende Menstruation
- ⊗ Schwächeanfälle werden heruntergespielt
- ⊗ Starke Gewichtsschwankungen, starke Gewichtsabnahme
- ⊗ Ständiges Kaugummikauen
- ⊗ Sehr Leistungsorientiert
- ⊗ früher eher angepasst jetzt eher aggressiv
- ⊗ sportlicher Einsatz bis zur Erschöpfung
- ⊗ Häufige Stimmungsschwankungen bis hin zu Heulphasen
- ⊗ Definieren des Selbstwertes über das Gewicht
- ⊗ häufige und zwanghafte Diäten, ständige Beschäftigung mit Kochen und Nahrungsmitteln
- ⊗ Macht oft abfällige Bemerkungen über die eigene Figur, vergleicht sich mit anderen

Typisch für Bulimie...

- ⊗ Zahnprobleme
- ⊗ Einnahme von Abführmitteln oder Entwässerungsmitteln
- ⊗ Stehlen und Horten von Nahrungsmitteln
- ⊗ Einteilung des Essens in verbotene und erlaubte Speisen
- ⊗ Überessen in Stresssituationen
- ⊗ Verschuldung aufgrund der großen Mengen von Lebensmitteln die für die „Fressanfälle“ benötigt werden
- ⊗ Keine geregelten Mahlzeiten
- ⊗ Viele sportliche Aktivitäten
- ⊗ Soziale Isolation, depressive Verstimmungen
- ⊗ Hamsterbacken durch geschwollene Speicheldrüsen
- ⊗ Verdauungsprobleme

Typisch für Binge Eating Disorder...

- ⊗ Verbergen des Körpers durch verhüllende Kleidung
- ⊗ Unkontrolliertes Essverhalten
- ⊗ Kein Gefühl für Hunger und Sättigung
- ⊗ Essen ist mit schlechtem Gewissen, Scham und Isolation verbunden
- ⊗ Überessen in Stresssituationen
- ⊗ Häufige Beschäftigung mit zwanghaften Diäten
- ⊗ Anlegen von Essvorräten und heimliches Essen
- ⊗ Kontinuierliche Gewichtszunahme

4. Essstörungen und Familie

Bulimie und Anorexie haben viele Parallelen zu Suchterkrankungen: Die Betroffenen beschäftigen sich gedanklich sehr mit dem Essen. Wie bei allen Abhängigkeiten dreht sich auch bei Essstörungen das Leben der Betroffenen zwanghaft um das Essen oder Nichtessen (vgl. Lawrence 1990, S. 83).

Freiwilliges exzessives Hungern ist nach Angaben von Betroffenen in der Wirkung dem Alkoholrausch sehr ähnlich.

Belastende Gefühle werden weggehungert oder weggegessen und ausgekotzt.

Ein grundlegender Unterschied zwischen anorektischem und bulimischem Essverhalten liegt darin, dass die Bulimikerinnen ständig auf der Suche sind etwas in sich aufzunehmen, während Anorektikerinnen darum bemüht sind etwas außerhalb ihrer selbst zu lassen.

Bei Bulimikerinnen besteht vor und während des Essanfalls das Gefühl des Kontrollverlustes und es kommt zu Scham- und Reuegefühlen. Der Essanfall als solches wird als Rausch erlebt.

Eine Bulimikerin beschreibt die Situation folgendermaßen: „...vor dem Essanfall bin ich total nervös und stopfe gierig alles in mich hinein, um dann den Finger in den Hals zu stecken, um zu erbrechen – danach bin ich ganz ruhig und entspannt“ (Aussage einer Betroffenen).

Nach empirischen Untersuchungen erscheinen Familien anorektischer Patientinnen eher durch wenig direkte Konflikte und zurückgenommene Affektivität sowie starke Kohäsion geprägt. Im Unterschied dazu zeichnen sich Familien bulimischer Patientinnen eher durch heftigere Konflikte, stärkeren Affektausdruck und geringeren Zusammenhalt aus.

Essstörungen sind in Familien von Anorektikerinnen und Bulimikerinnen häufiger zu finden als in Vergleichsgruppen.

In diesen Familien, insbesondere bei Bulimikerinnen, werden Aussehen und Schlankheit häufig von den Müttern betont. In essgestörten Familien unterliegen, häufiger als in anderen Familien, speziell die Figur, das Gewicht sowie Menge und Art des Essens der elterlichen Kontrolle. Wir wissen, dass viele Mütter und sogar Großmütter von Magersüchtigen und Bulimikerinnen selbst Probleme mit dem Essen haben oder hatten“ (Wardetzki 2000, S. 56). Familienmitglieder entwickeln eine Ähnlichkeit in der Einstellung zu Nahrungsmitteln.

So gibt es starke Hinweise auf die erbliche Veranlagung durch die Zwillingsforschung. Es konnte nachgewiesen werden, dass bei eineiigen Zwillingen, die getrennt aufwuchsen, in 80 Prozent der Fälle beide an Magersucht erkrankten, bei den zweieiigen Zwillingen waren es 25 . Auch dass abgehungerte Mädchen sich beim Blick in den Spiegel immer noch als zu dick empfinden, geht möglicherweise auf Veränderungen im Gehirn zurück. Nach einer Studie der Ruhr- Universität Bochum fand sich bei Frauen mit Magersucht eine deutlich reduzierte Dichte grauer Zellen in Hirnregionen, die mit der Verarbeitung von Körperbildern zu tun haben. Diese Erkenntnisse machen deutlich, dass die Entstehung von Magersucht aus einem komplexen Geflecht aus Veranlagung, den Folgen längerer Hungerphasen und psychischen Veränderungen zu suchen ist. Dazu, dass die Krankheit ausbricht, tragen Umweltbedingungen bei. „Oft sind es Mädchen in der Pubertät, die ein paar Kilo abnehmen wollen. Doch dann verselbstständigt sich das und sie geraten immer tiefer in den Teufelskreis der Magersucht hinein“, sagt Prof. Dr. Schulte-Markwort. Psychische Probleme wie Konflikte zwischen Mutter und Tochter oder die Trennung der Eltern können Auslöser sein und die Erkrankung verstärken. Darüber hinaus fördert der hohe Leistungs- und Perfektionsanspruch in den Familien die Selbstwertprobleme der betroffenen Mädchen.

Die Autonomieentwicklung wird entweder durch einen kontrollierenden Stil begrenzt oder aber durch einen vernachlässigenden Stil zu sehr forciert. Bestimmte Gefühlsbereiche werden aus dem emotionalen Erleben ausgegrenzt und werden so über Essen bzw. Nichtessen reguliert (vgl. Wardetzki 2000).

Ein wesentliches Merkmal ist die Konfliktunfähigkeit dieser Familiensysteme. Probleme werden runtergeschluckt, weggehungert und unverdaut erbrochen. Es findet sehr viel indirekte Kommunikation statt. Unterschiedliche Haltungen und Meinungen werden vom Familiensystem als Trennendes und somit als bedrohlich empfunden.

Unterschied funktionaler und dysfunktionaler Familiensysteme

Dysfunktionale Systeme sind geprägt durch Extreme sowohl im Verhalten als auch in der Einstellung. Die Welt und die Menschen werden in Schwarz-Weiß-Muster gezeichnet, entweder gut oder schlecht. Es gibt kein Sowohl als Auch. Diese Systeme funktionieren weitgehend aufgrund rigider starrer Regeln oder besitzen gar keine und sind chaotisch.

Darüber hinaus lässt sich häufig eine Verwischung der Generationengrenzen und der hierarchischen Ordnung feststellen.

In funktionalen Systemen gibt es eine klare hierarchische Organisation mit eindeutigen jedoch nicht undurchlässigen Generations-Grenzen (vgl. Minuchin 1988). Die Kinder erfahren drei wesentliche Grundlagen des Umgangs mit sich und anderen:

sie übernehmen Verantwortung für sich und ihre Beziehungen, sie werden beziehungsfähig und sind in der Lage ihre innere Realität (Einstellungen, Gefühle, Bedürfnisse etc.) und die äußere Realität (die soziale Situation in der Sie sich befinden Erwartungen und Bedürfnisse anderer etc.) getrennt voneinander wahrzunehmen und miteinander in Einklang zu bringen.

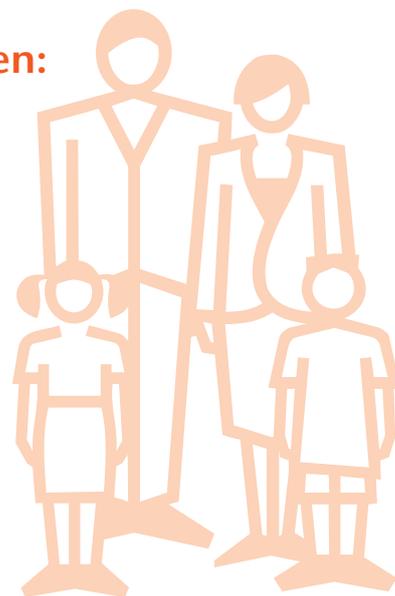
Das heißt zum einen, dass nicht alles, was außen passiert, mit ihrer Person zusammenhängt. Zum anderen, dass sie als Person das Recht und die Verantwortung haben, ihre eigenen Vorstellungen und Bedürfnisse im Kontakt mit anderen Menschen zu verwirklichen.

- ● ● ● ● Ich darf leben.
- Ich habe ein Recht auf meine Gefühle und Bedürfnisse.
- Ich bin ich.
- Ich bin liebenswert, so wie ich bin.
- Ich bin gut genug, auch wenn ich Fehler mache.
- Ich brauche nicht perfekt zu sein, ich darf aus Fehlern lernen.
- Es darf mir gut gehen auch wenn es anderen schlecht geht.
- Meine Liebe ist ein Geschenk.
- Ich brauche für Beziehungen keinen Preis zahlen.
- (Wardetzki 2000, S. 114)

Der Aufbau intakter Grenzen erfolgt in funktionalen Systemen unter Wahrung der physischen, psychischen und sexuellen Integrität des Kindes. Intimräume werden respektiert und eigene Grenzen deutlich benannt. So lernt ein Kind sowohl auf die eigenen Grenzen als auch auf die anderer zu achten (vgl. Wardetzki 2000).

Charakteristika in Familien mit Essstörungen:

- ⊗ Grenzüberschreitungen, Verhinderung von Autonomie
- ⊗ Leistungsideal und Askese
- ⊗ Missachtung von Bedürfnissen
- ⊗ Mangel an bedingungsloser Wertschätzung
- ⊗ Belastende Gefühle dürfen nicht gezeigt werden.



Prävention von Essstörungen in der Schule

1. Schulische Prävention

Wenn Jugendliche motiviert werden sollen ein gesundes Essverhalten zu praktizieren, verlangt das von ihnen, ein eigenständiges von der gesellschaftlich statuierten Norm abweichendes Körperbild zu entwickeln und zu akzeptieren.

Damit dies gelingt, gilt es auch in der schulischen Suchtprävention, wichtige Lebenskompetenzen von Mädchen und Jungen zu fördern und sie bei der Bearbeitung ihrer Entwicklungsaufgaben sowie der Bewältigung ihrer Entwicklungsprobleme zu unterstützen. Das beinhaltet :

- ⊗ die generelle Stärkung des Selbst-Vertrauens
- ⊗ die Förderung des konstruktiven Umgangs mit Konflikten, z. B. Nein-Sagen-Lernen in Selbstbehauptungstrainings
- ⊗ durch Qualifizierungen, mit positivem Feedback und Anerkennung sowie mit Kritik und Versagen angemessen umzugehen
- ⊗ Angebot von Übungen zum Verhaltensmanagement
- ⊗ die Befähigung zum Umgang mit Gefühlen wie Frustration, Schmerz und Kränkung
- ⊗ Kritische Reflexion perfektionistischer Leistungsantriebe
- ⊗ die Ermutigung zur Kommunikation
- ⊗ die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität
- ⊗ das Erlernen, Üben und Praktizieren von Entspannungsübungen und Selbstverteidigungsübungen (Tai Chi, Yoga, Autogenes Training, Wendo, Aikido u.a.)

Langzeitstudien haben gezeigt, dass zwar die Magersucht in fast 16% der Fälle tödlich verlaufen kann, aber 50% der Erkrankten wieder genesen, wenn es gelingt, die Betroffenen möglichst frühzeitig in professionelle Hilfesysteme zu überführen.

Frühzeitige Behandlung verbessert die Heilungschancen deutlich. Um dies zu gewährleisten, kann die Prävention von Essstörungen in der Schule einen wichtigen Beitrag leisten.

Im Folgenden werden Unterrichtsinhalte vorgestellt, die sich zur Prävention von Essstörungen eignen und sich in vielen verschiedenen Unterrichtszusammenhängen realisieren lassen.

Dann wird auf Unterrichtsprogramme zur Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung verwiesen, die sich mit der Entwicklung grundlegender Lebenskompetenzen befassen und dadurch auch der Prävention von Essstörungen dienen.

2. Das Thema Essstörungen im Fachunterricht

Häufig wird noch davon ausgegangen, dass Gesundheitsförderung oder Suchtprävention vornehmlich im Fach Biologie angesiedelt ist. Sie kann aber auch Unterrichtsgegenstand in vielen anderen Fächern sein. So kann zum Beispiel das Thema Essen und Essstörungen im naturwissenschaftlichen Bereich im Zusammenhang mit dem Thema Körper und Ernährung, Energieumsatz, Bewegung usw. behandelt werden. Der Einfluss der Medien auf das Schönheitsbild, Schönheitskult, Idole und kulturelle Prägung könnte im Fach Gesellschaft thematisiert werden.

Inhaltliche Schwerpunkte der künstlerischen Fächer sind Körperdarstellung, Körperausdruck und Körperwahrnehmung, was auch Selbstwahrnehmung und eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper impliziert.

Sie erhalten Anregungen für die Einbindung von Themen der Ernährungsbildung in das Gesamtprofil „Gesunde Schule“ sowie Beratungen zu Angeboten im Themenfeld „Essverhalten“ im Kontext „seelische Gesundheit“ im Arbeitsbereich Gesundheitsförderung, des Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung.

Bei Bedarf können Ihnen auch Kontakte zu außerschulischen Kooperationspartnern vermittelt werden. Zur Prävention von Übergewicht und Adipositas im schulischen Bereich stehen Ihnen Programme und Projekte der Ernährungsbildung – bspw. der „aid-Ernährungsführerschein“ (Jg. 3/4) oder die „SchmExperten“ (Jg. 5/6) – zur Verfügung. Ein weiterer Ansatzpunkt sind von Krankenkassen finanzierte bzw. bezuschusste Maßnahmen zur Prävention von Adipositas wie „RALLYE ENERGY – Little“, die neben dem Essverhalten auch den Aspekt „Bewegung“ aufgreifen.

Für weitergehende Informationen wenden Sie sich bitte an das
Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung
– Arbeitsbereich Gesundheitsförderung –
Kontakt: dieter.wilde@li-hamburg.de
Tel. 040/428 842-741
www.li-hamburg.de/gesundheit

3. Angebote zur Unterrichtsgestaltung

In den hier beispielhaft genannten Unterrichtsprogrammen haben wir Einheiten hervorgehoben, die sich direkt mit den Themen Körper, Essen, Schönheit und Geschlechtsidentität befassen.

Grundschule

Programm	Einheiten	erhältlich
Fit und Stark fürs Leben 1/2 und 3/4	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Das ist mein Körper ⊗ Körperteile unterscheiden ⊗ Mit dem Körper sprechen ⊗ Gefühle mit dem Körper ausdrücken (1/2) ⊗ Mein Körper und ich verändern sich ⊗ In meinem Körper (3/4) 	beim Klett-Verlag zu kaufen Fortbildung durch SPZ im von Schule gewünschtem Umfang
Eigenständig werden 1-4	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Mein Körper braucht Pflege ⊗ Mein Körper kann sprechen (1/2) ⊗ Meine Gesundheit ist mir wichtig ⊗ Über Werbung (3/4) 	Fortbildung im SPZ erhältlich (schulintern oder ausgeschrieben)

Sekundarstufe I

Programm	Einheiten	erhältlich
Selbständig werden – Eigenständig bleiben 7-10	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Essstörungen ⊗ Mädchen ⊗ Jungen ⊗ Körperwelten 	im SPZ erhältlich

Darüber hinaus haben wir eine Unterrichtswerkstatt zum Thema „Essenslust und Körperfrust“ entwickelt, die kompetenzorientierte und individualisierte Unterrichtsprinzipien im zeitlichen Umfang von drei Doppelstunden berücksichtigt.

Der mögliche Verlauf einer Unterrichtseinheit zum Thema Essstörungen umfasst Beschreibungen von Übungen im Klassenverband und die Werkstatt oder alternativ für die Werkstatt den Parcours, der ähnlich wie die Werkstatt vier Themenbereiche Essen, Schönheit, Körperwahrnehmung und Schutzfaktoren umfasst. Die Unterrichtseinheit soll Schüler und Schülerinnen anregen sich auf anschauliche Weise mit dem Thema zu beschäftigen. Erhältlich bei Unterrichtsberatung durch das SWPZ und richtet sich an Schüler und Schülerinnen ab Jg.8.

Alternativ zur Werkstatt bietet das SPZ einen Stationenparcours zur Prävention von Essstörungen.

Die Durchführung erfolgt durch Mitarbeiterinnen des SPZ. Zur Durchführung des Parcours bedarf es einer Aula oder auch zwei nebeneinanderliegender Klassenräume sowie eine Planungszeit von 2-3 Monaten.

4. Angebote des SPZ zur Prävention von Essstörungen

Das SPZ bietet Einzelberatung und Fortbildungen für Lehrer und Lehrerinnen zum Thema Essstörungen bezüglich der:

- ⊗ präventiven Arbeit in Schule und Unterricht
- ⊗ Früherkennung von Essstörungen
- ⊗ Ansprache bei Vermutung einer Essstörung
- ⊗ Hilfestellung für Betroffene
- ⊗ Form und Inhalte eines Elterngesprächs
- ⊗ Gestaltung von Elternabenden
- ⊗ Durchführung von Klassengesprächen

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des SPZ stehen zur Verfügung:

- ⊗ für Beratung und Kurzintervention einzelner Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien und Bezugspersonen

- ⊗ als Experten bei der Gestaltung eines Elternabends
Sie können hierbei über Fakten, Zahlen und Hintergründe von Essstörungen berichten, mit den Eltern über präventive Aspekte, wie Problematisierung des Schönheitskults und des Umgangs mit Essen diskutieren. Außerdem geht es darum, den Eltern Tipps und Sicherheit im Umgang mit Problemfällen zu geben sowie diese von eigenen Schuldzuweisungen zu entlasten.

- ⊗ als Experten bei der Durchführung von Klassengesprächen
Essstörungen sind Krankheiten, die für alle Klassenmitglieder die Klassensituation sehr beeinflussen kann. Im Gespräch können die Experten auf Sorgen und Ängste der Mitschüler und Mitschülerinnen eingehen und über Erscheinungsformen und Hintergründe von Essstörungen sowie über Möglichkeiten von Hilfestellungen informieren.
Auch hier können Themen wie Schönheit, Essen, geschlechtsspezifische Rollenerwartungen etc. angesprochen werden.

Unterrichtsvorschläge: Einheit und Übungen

Einführung

Die in diesem Leitfaden vorgestellte Unterrichtseinheit, die drei Doppelstunden umfasst, ist in etwas abgewandelter Form auch im Unterrichtsprogramm „Selbstständig werden – Eigenständig bleiben“ zu finden. Sie unterscheidet sich lediglich in der zweiten und dritten Einheit in der Auswahl der Methoden.

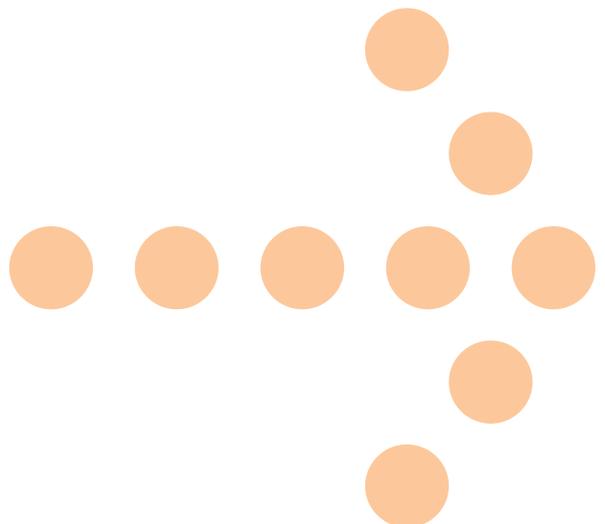
Bei der Entscheidung thematisch mit Schönheit zu beginnen, spielt der Stellenwert von Schlanksein und Schönheit in unserer Gesellschaft eine bedeutende Rolle, da diese mit Erfolg verknüpft werden. Um sich nicht so abhängig vom Modediktat zu machen (vgl. Auseinandersetzung in der Modewelt „Wie mager dürfen Models sein?“) wird Jungen und Mädchen hier die Möglichkeit zur Reflexion geboten.

Sehr hilfreich sind Werbekampagnen wie die von Dove, die auf ihren Plakaten mit einer Vielfalt von unterschiedlichen Frauenfiguren für Lotionen werben und darüber hinaus Unterstützung für Präventionsarbeit leisten.

Die Unterrichtseinheit bietet Schülern und Schülerinnen die Möglichkeit sich mit ihrem Körper, Genuss, Entspannung und ihrem Essverhalten auseinanderzusetzen, um so möglicherweise eine andere Einstellung dazu zu entwickeln. Im letzten Teil der Einheit geht es dann um die Auseinandersetzung mit den „Störungen“, um auftretende Symptome zu erkennen und anzusprechen.

Darüber hinaus finden Sie Übungen zu den Themen

Essen mit Genuss
Körperwahrnehmung und
Schönheit.



Essstörungen

1. Teil: „Körper und Schönheit“

- ⊗ ab Jahrgang 8
- ⊗ Jungen und Mädchen getrennt

Hintergrund

Essstörungen sind typisch weibliche Suchtformen, die eng mit der Rolle der Frau verbunden sind; wenn gleich die Zahl der betroffenen Jungen und Männer im Trend eines zunehmenden Körperkults steigt.

95% der Magersüchtigen und 90% der BulimikerInnen sind weiblich; Adipositas findet sich bei Mädchen und Frauen geringfügig häufiger als bei Jungen und Männern.

Essstörungen können ein Versuch sein, das Selbstwertgefühl zu verbessern, gängigen Schönheitsidealen zu entsprechen und /oder intensive Gefühle und Wünsche zu unterdrücken, „verbotene Gefühle“, wie z. B. bei Mädchen und Frauen Aggression und Neid, nicht zu spüren, während Jungen und Männer eher Trauer unterdrücken.

Die Mädchen und Frauen signalisieren die Ablehnung des eigenen Körpers, der zugleich Austragungsort für Konflikte wird und zeigen eine ambivalente Haltung zur eigenen Weiblichkeit. Dabei kommt den weiblichen Identifikationsmodellen eine nicht unerhebliche Bedeutung zu, denn das Rollenverständnis der Mütter, Lehrerin, der besten Freundin, der großen Schwester trägt entscheidend zur Übernahme bestimmter Verhaltensweisen, Konfliktlösungsmodelle und der Identitätsbildung bei.

Die gesellschaftlichen Anforderungen, die an Mädchen und Frauen gestellt werden, sind vielfältig und zum Teil gegensätzlich.

So sollen sie:

- ⊗ soziale Verhaltensweisen, Rücksichtnahme und Fürsorglichkeit entwickeln
- ⊗ das emotionale Klima in der Umgebung positiv beeinflussen
- ⊗ dem gängigen weiblichen Schönheitsideal entsprechen
- ⊗ für das Wohl der späteren Familie zuständig sein
- ⊗ schulisch, beruflich erfolgreich sein, d.h. rational, selbstständig und eigenverantwortlich denken und handeln;
- ⊗ sich den jeweiligen Erfordernissen anpassen und möglichst allen (widersprechenden) Anforderungen gerecht werden
- ⊗ selbstbewusst und emanzipiert sein

Kurz: Mädchen und Frauen sollen perfekt funktionieren!

Die erste Doppelstunde sollte möglichst getrennt nach Mädchen und Jungen durchgeführt werden.

Ziele/Kompetenzen

Die Schülerinnen und Schüler haben...

- ⊗ ...ihre Vorlieben für Models/Stars benannt
- ⊗ ...den Einfluss der Medien auf Schönheitsideale und ihr Körperbild bewertet
- ⊗ ...die Bedeutung von Körperregionen für sich selbst formuliert
- ⊗ ...persönlich Position bezogen zum Einsatz von Schönheitsmaßnahmen.

Material/Vorbereitung

- ⊗ Tennisbälle
- ⊗ Fragebogen zum Thema Schönheit
- ⊗ Phantasiereise bereit legen
- ⊗ von jedem Schüler Werbefotos zum Thema Körper und Schönheit vorher sammeln lassen; ggf. Auswahl bereit halten
- ⊗ evtl. ruhige Musik für die Abschlussübung

Auf einen Blick



Einstieg

Schönheitsideal – Körperwahrnehmung geschlechtsspezifisch

Hauptteil:

1. Körperwahrnehmungsübung (Anlage 1)
2. Körpersilhouette zeichnen und werten
Alternativ zu 2: Foto-shooting „So sehe ich mich“ (Anlage 2)
3. Fragebogen zum Thema Schönheit (Anlage 3)

Abschluss

Tennisballmassage

Ablauf

Einstieg

Zur Einführung in das Thema Schönheitsideal – Körperwahrnehmung werden Werbefotos oder Bilder von Stars ausgelegt. Jeder Schüler, jede Schülerin wählt spontan ein Foto aus und äußert sich in der anschließenden Runde zu folgenden Fragen:

Was gefällt mir?

Weshalb spricht es mich an?

Wie dünn oder dick sind diese Models/Stars

Hauptteil

1. Nach der Körperwahrnehmung: „Wahrnehmung nach innen“, (siehe Anlage 1) erfolgt der Erfahrungsaustausch mit folgenden Fragen: „Wie hat dir die Übung gefallen? Wie fühlst du dich jetzt? Hast du etwas Neues erfahren? Wie und wann beachte ich meinen Körper im Alltag? Welche Teile beachte ich am meisten? Welche Teile vergesse ich gewöhnlich?“ Die Fragen können in der Gruppe oder in Partnerarbeit erörtert werden.

2. Die Schülerinnen und Schüler zeichnen sich selbst mit Bleistift. Sie haben dafür ca. 5 Min. Zeit. Anschließend sollen sie mindestens drei Körperteile oder -stellen markieren, die sie an sich selbst mögen. Wichtig ist, dass die Schülerinnen und Schüler wissen, dass sie diese Bilder niemandem zeigen müssen! Im Anschluss findet ein kurzes Gespräch statt:
„War es leicht oder schwer, Körperteile zu finden, die ich an mir mag?“
Hierbei wird sich vermutlich zeigen, dass es vielen leichter fällt, nicht gemochte Stellen an sich zu benennen. Bezug zu den Werbefotos: „Sind solche Figuren denn „normal“? Sehe ich in Werbung, in TV-Shows o.ä. denn Menschen, die etwas „molliger“ sind?“
Motto: „There are 3 billion women who don't look like supermodels and only 8 who do“.

3. Fragebogen „Was würdest du dafür tun?“ (siehe Anlage 3) wird von den Schülerinnen und Schülern in Einzelarbeit anonym beantwortet. Er wird daraufhin eingesammelt und bis zur Folgestunde ausgewertet (und dann wieder aufgegriffen und kritisch betrachtet).

Abschluss

Zwei Partner massieren sich abwechselnd gegenseitig den Rücken mit einem Tennisball (evtl. zu Musik).

Körperwahrnehmung nach innen

Ihr habt nun Gelegenheit, euren Körper genauer wahrzunehmen.

Wir vernachlässigen unseren Körper häufig. Er ist manchmal wie eine nützliche Maschine. Wir sollten auf die Sprache unseres Körpers hören. Dann wissen wir besser, was wir wirklich wollen und wo unsere Grenzen und Möglichkeiten sind.

Zieht, wenn ihr wollt, eure Schuhe aus, stellt euch bequem hin und achtet darauf, dass ihr genügend Abstand zu den Anderen habt. Wenn ihr die Arme ausstreckt, dürft ihr niemanden berühren.

Sprecht jetzt bitte nicht mehr.

Konzentriert euch.

Nimm wahr, wie groß dein Körper ist, welchen Raum er einnimmt. (kleine Pause ...)

Konzentriere dich jetzt auf dein Gewicht und die Schwere der einzelnen Körperteile. (kleine Pause ...)

Atme jetzt tief aus.

Fühle deine Beine und Arme.

Konzentriere dich dann auf deinen Nacken und auf deinen Kopf. (kleine Pause ...)

Atme wieder einmal tief aus.

Konzentriere dich jetzt auf Brust, Rücken, Bauch und Becken. (kleine Pause ...)

Atme wieder einmal tief aus.

Massiere jetzt deine Hände, jeden einzelnen Finger, die Handflächen ... (Zeit lassen ...)

Konzentriere dich jetzt auf deine Füße und Zehen. Rolle den Fuß ab, bewege die Zehen ...

(Zeit lassen ...)

Atme tief durch.

Denke jetzt an dein Gesicht. Schließe die Augen. Betaste vorsichtig die Stirn, die Augen, die Nase, den Mund, das Kinn, die Wangen. Gehe über zu Ohren und Haaren.

(Pause ...)

Konzentriere dich jetzt wieder auf den ganzen Körper.

Welchen Teil spürst du besonders deutlich?

Welche Teile hast du besonders beachtet?

Welche Teile hast du nicht so gern wahrgenommen?

Schenke jetzt den Teilen Aufmerksamkeit, die du noch nicht so gut beachtet hast. (Pause ...)

Atme wieder tief durch.

Stelle dich darauf ein, diese Reise durch den Körper zu beenden. Öffne die Augen, schüttle die Hände, recke und strecke dich und sei wieder ganz hier im Raum.

Ziehe deine Schuhe an und setze dich auf deinen Platz.

(Vopel 1991, S.37ff)

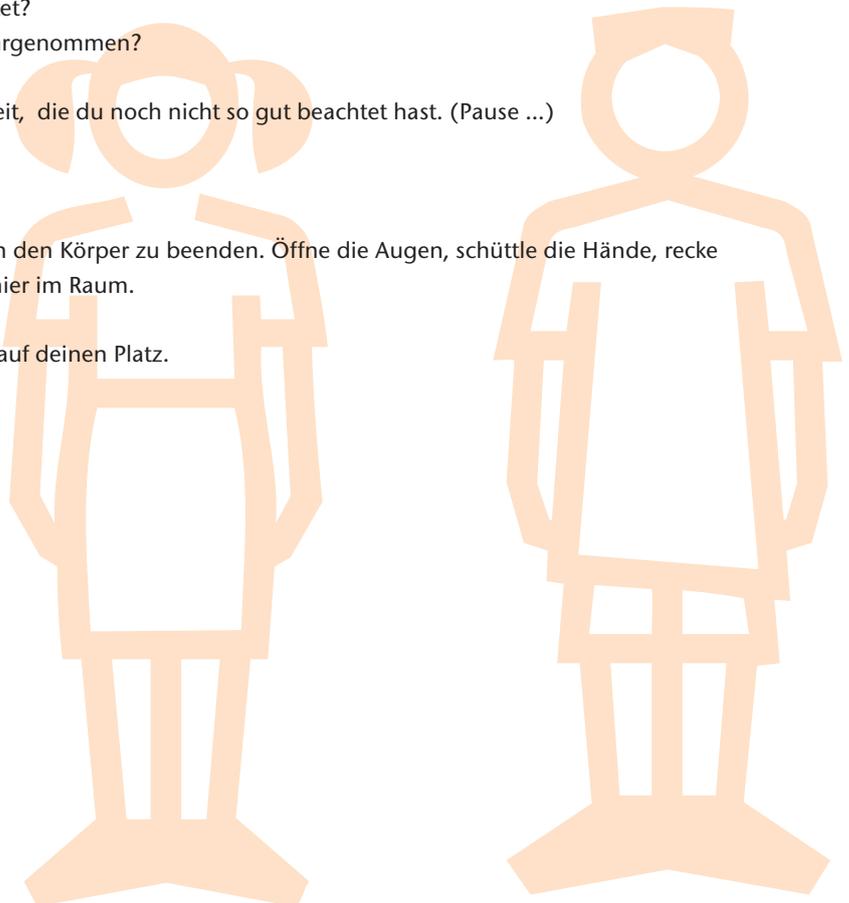


Foto-shooting: So sehe ich mich!



Ziele/ Kompetenzen:

Die SuS haben

- ⊗ ... ihre Vorlieben für Models/Stars benannt
- ⊗ ... den Einfluss der Medien auf Schönheitsideale und ihr Körperbild bewertet
- ⊗ ... die Bedeutung von Körperregionen für sich selbst formuliert
- ⊗ ... persönlich Position bezogen zum Einsatz von Schönheitsmaßnahmen.

Beschreibung:

Die Mädchen und Jungen nehmen sich gegenseitig nacheinander mit dem Handy/Kamera auf. Sie sollen sich so darstellen, zeigen (Haltung, Gestik etc.), wie sie gerne sind, sich gut fühlen, sich zeigen wollen und gesehen werden möchten. Die Fotos werden gemeinsam angesehen; jeder hat die Gelegenheit, wenn er möchte, etwas dazu zu sagen, was für ihn diese Haltung bedeutet, an was er dabei denkt, wie er „rüberkommen“ möchte. Nach jedem Jungen und Mädchen können die anderen aus der Gruppe ihre Eindrücke und Assoziationen

äußern. Die Gruppenleitung hat die Aufgabe, offene Äußerungen zu unterstützen und abwertende Äußerungen zu stoppen.

Dies kann zu einer „Ausstellung“ erweitert werden (mit Unterschrift, Motto...) oder den Gruppenraum schmücken.

Auswertung:

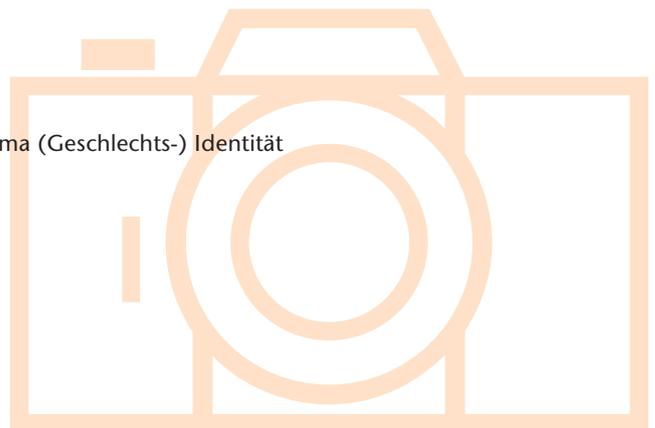
- ⊗ Wie habe ich ausgewählt/entschieden, wie ich mich zeigen will?
- ⊗ Wie ist es, mich zu sehen?
- ⊗ Wie fühle und mag ich als Mädchen/Junge meine Erscheinung, meinen Körper?
- ⊗ Wie sehen mich die anderen, weicht das von meinem Bild ab?

Material:

Fotohandy, Digitalkamera

Querverweis: Ebenfalls gut geeignet für das Thema (Geschlechts-) Identität

(vgl. Vogel 1999, S. 85)



Essstörungen

2. Teil: Körper und Schönheit

 Jungen und Mädchen gemeinsam

Hintergrund

siehe 1. Einheit zu Essstörungen

Ziele/Kompetenzen

Die Schülerinnen und Schüler haben...

- ⊗ ...ihre Essgewohnheiten bewertet
- ⊗ ...unterschieden zwischen Essen als Befriedigung von Hunger und als Mittel zu Regulierung von Gefühlen.
- ⊗ ...Unterschiede der Schönheitsideale zwischen den Geschlechtern benannt.
- ⊗ ...die Vielfältigkeit des Geschmacksinns erprobt und benannt.

Material/Vorbereitung

- ⊗ Körpersilhouetten für alle Schülerinnen und Schüler kopieren
- ⊗ zwei Beispiele zum Bepunkten vergrößern
- ⊗ rote und grüne Klebepunkte
- ⊗ Chips
- ⊗ Film

Auf einen Blick

Einstieg

Körpersilhouetten bewerten

Hauptteil

Auswertung der Fragebögen zum Thema Schönheit
 Gegenseitiges Einschätzen der Mädchen und Jungen
 Risiken des „Schönseinwollens“
 Film: „Zu Dick? Zu Dünn?“,
 Teil 2: „Essen- aber wie?“, BZgA und Begleitheft

Abschluss

Experiment mit Kartoffelchips



Ablauf

Einstieg

Körpersilhouetten bewerten

Die Schülerinnen und Schüler erhalten je ein Arbeitsblatt mit acht weiblichen und acht männlichen Körpersilhouetten (Anlage 1a, 1b) mit folgendem Arbeitsauftrag: „Schau dir die Bilder genau an. Wie möchtest du gern aussehen? Kennzeichne die Figur rot.“

Die Schülerinnen und Schüler malen auf ihrem Arbeitsblatt einen roten Punkt an die entsprechende Figur. „Welche Figur findest du (als Mädchen) bei einem Jungen oder (als Junge) bei einem Mädchen am schönsten? Kennzeichne die Figur grün.“ Die Schülerinnen und Schüler malen einen grünen Punkt auf ihrem AB. Nach ihrer Entscheidung erhalten alle Schülerinnen und Schüler einen grünen und einen roten Klebepunkt. Sie werden gebeten, ihre Wahl auf die vorbereitete Wandzeitung mit den beiden groß kopierten Körpersilhouetten zu übertragen. Anschließend erfolgt ein kurzer Austausch über das Ergebnis. (Häufig gibt es Überraschungen, weil die Erwartungen an die Körper des anderen Geschlechts nicht mit den Erwartungen an sich selbst übereinstimmen.)

1 Hauptteil

1. Auswertung der Fragebögen „Was würdest du dafür tun?“

(siehe Anlage 3, der 1. Einheit).

Bevor die Lehrkraft die Ergebnisse der Fragebogenauswertung bekannt gibt, stellen die Mädchen Vermutungen über die folgende Frage an: „Was sind die drei am häufigsten genannten Dinge, die Jungen für ihre Schönheit tun?“

Die Jungen stellen ebenfalls Vermutungen über folgende Frage an: „Was sind die drei am häufigsten genannten Dinge, die Mädchen für ihre Schönheit tun.“

Jungen und Mädchen nennen sich gegenseitig ihre Vermutungen.

Die Lehrkraft hängt die Auswertungsergebnisse der Fragen 1-2 aus. Vergleich der Vermutungen und Ergebnisse.

2. Pro und Contra

Die SuS beziehen Stellung zu den Thesen zum Thema: „Essen, Körper und Schönheit“
(Übungsbeschreibung: Anlage 2)

3. Film: Zu Dick? Zu Dünn? Teil 2 Essen – aber wie?

Dieser Film eignet sich als Überleitung zum Schwerpunkt Essen und den damit verbundenen Schwierigkeiten. Das Begleitheft bietet Anregungen zur Auswertung des Films und weiterführenden Diskussionen. Fragen zur Auswertung des Films Anlage 3 (Hinweis: Film ist über die BZgA zu beziehen).

Abschluss

Experiment mit Kartoffelchips

Alle Schülerinnen und Schüler erhalten ein Schälchen mit Kartoffelchips und einen leeren Becher, stellen beides vor sich auf den Tisch. Die Lehrkraft lädt nun zu einem Experiment ein:

„Du kannst jetzt ausprobieren, wie du Geschmacks- und Geruchseindrücke wahrnimmst: Nimm einen Chip in die Hand und rieche daran. Spüre, wie wichtig die Nase für den vollen Genuss ist. Wie oft riechst du sonst bewusst an Nahrungsmitteln? Erinnerung: Wenn du erkältet bist, wenn deine Nase verstopft ist, schmeckst du kaum etwas vom Essen. Wenn du dir die Nase zuhältst, kannst du kaum unterscheiden, ob du z. B. eine rohe Kartoffel isst oder einen Apfel.“

Lecke nun an deinem Chip ... rieche an der feuchten Stelle. Hat sich der Geruch verändert?
Lecke noch mal an deinem Chip. Wie gefällt dir die Würzmischung? ... Jetzt wirf den Chip bitte in den Becher.

Nimm dir einen 2. Chip. Und beiße ein Stück davon ab... Kauge aber nicht. Lass den Chip im Mund feucht werden (30 Sek) ... Jetzt presse ihn mit der Zunge gegen den Gaumen, damit du den Brei schmecken kannst. Drehe den Brei solange im Mund herum, bis er den Geschmack verloren hat. Schlucke ihn dann oder spucke ihn in den Becher.

Nimm nun den 3. Chip, kauge ihn langsam und gründlich. ... Schlucke ihn noch nicht ...
Wie schmeckt der zerkleinerte Chip? Was ist anders als beim Kauen oder Lecken?
Schlucke ihn jetzt oder spucke den Rest in den Becher.

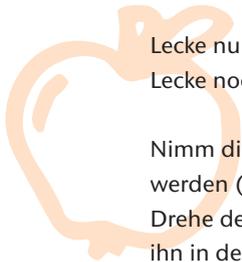
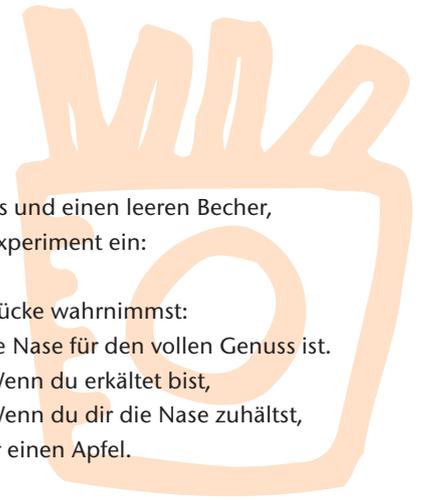
Nimm jetzt den letzten Chip, kauge ihn so schnell wie möglich ... schlucke noch nicht ...
Überlege: „Isst du normalerweise in diesem Tempo? Wann kannst du am meisten vom Chip schmecken?“
Schlucke jetzt den Chip oder spucke ihn wieder in den Becher.“

Die Auswertung erfolgt nach folgenden Leitfragen:

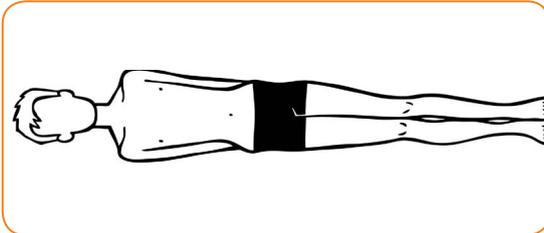
- ⊗ Wie hat mir diese Experiment gefallen
 - ⊗ Was fand ich an den Chips am leckersten? Die knackige Struktur, die Würze, speziell das Salz?
 - ⊗ Welche anderen Speisen bieten mir ähnlichen Genuss, sind aber gesünder?
 - ⊗ Was sind meine drei Lieblingsgerüche bei Nahrungsmitteln?
 - ⊗ Was sind meine drei Lieblingsgeschmäcker?
 - ⊗ Wann und wo nehme ich mir Zeit, den Geschmack von Speisen wirklich zu genießen?
- (Vopel, Klaus W., 1995, S. 81)

Hausaufgabe:

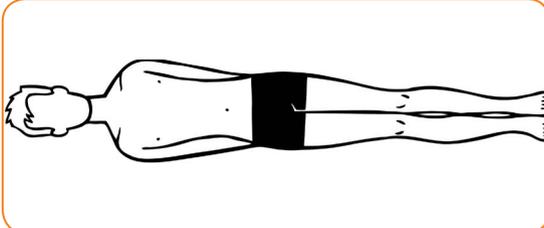
Die Schülerinnen und Schüler wählen eine Form der Essstörung und informieren sich darüber bis zur nächsten Stunde über Internet, Material von Beratungsstellen usw.



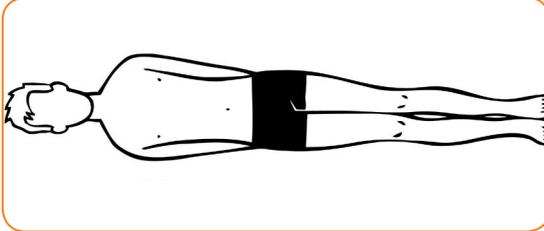
M.1



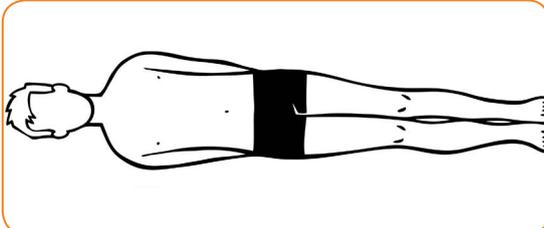
M.2



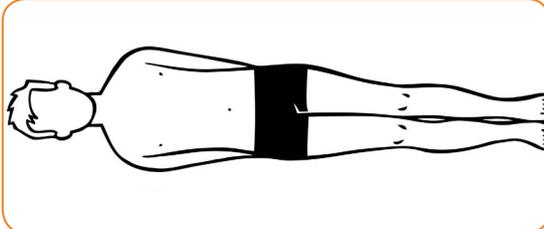
M.3



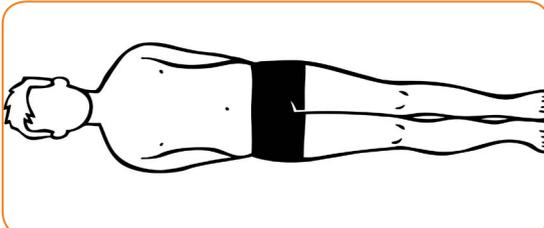
M.4



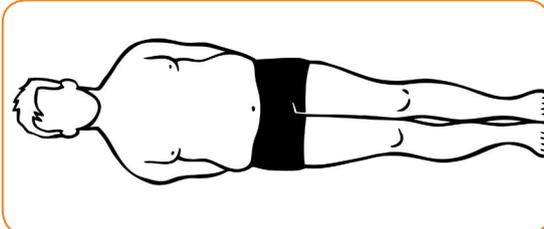
M.5



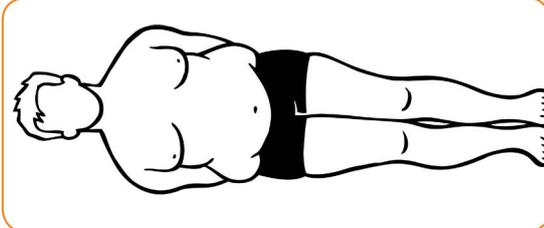
M.6



M.7



M.8



✘ In welcher Körpergestalt würdest du dich gerne sehen?

✘ In welcher Körpergestalt siehst du dich im Moment?

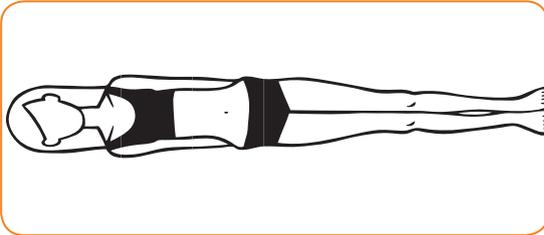
✘ Welche Körpergestalt finden deine Freunde am besten?

✘ Welche Körpergestalt würden deine Eltern am besten finden?

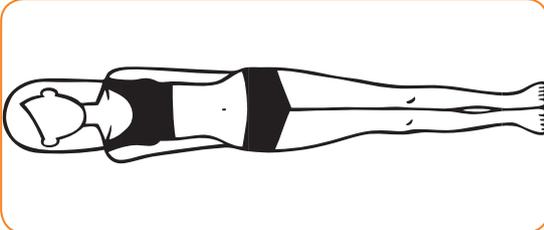




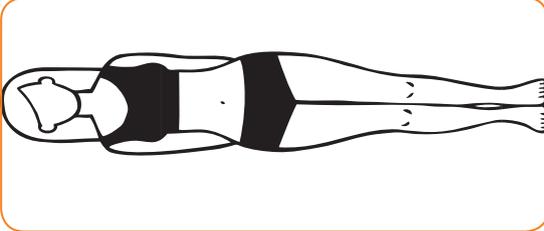
F.1



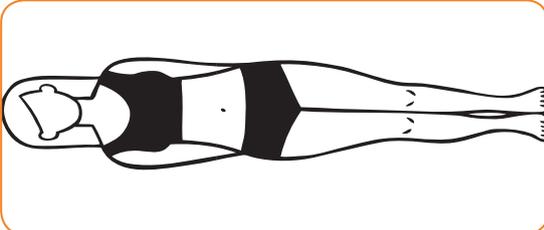
F.2



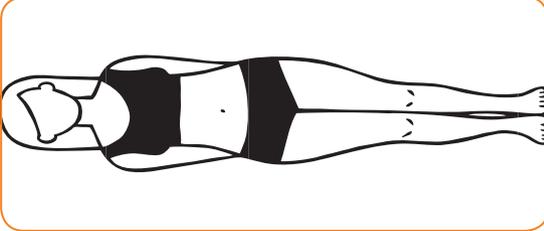
F.3



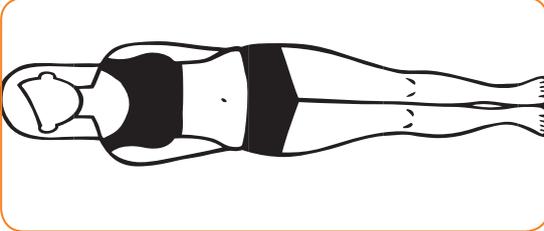
F.4



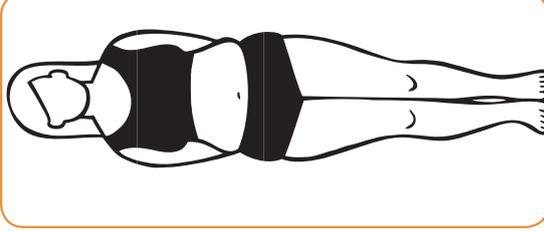
F.5



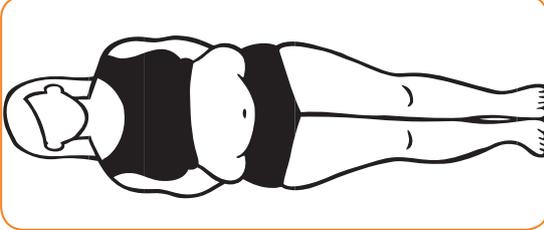
F.6



F.7



F.8



✘ In welcher Körpergestalt würdest du dich gerne sehen?

✘ In welcher Körpergestalt siehst du dich im Moment?

✘ Welche Körpergestalt finden deine Freundinnen am besten?

✘ Welche Körpergestalt würden deine Eltern am besten finden?

Pro und Contra

Auf der einen Seite des Raumes wird ein Schild mit der Aufschrift „ich stimme zu“, auf der gegenüberliegenden Seite eins mit der Aufschrift „ich stimme nicht zu“ befestigt. Die SuS stellen sich zwischen die Schilder in die Mitte des Raumes. Die Lehrkraft liest eine der Thesen laut vor und die SuS positionieren sich ihrer Meinung entsprechend zu einem der beiden Schilder. Die Lehrkraft bittet dann einige der SuS um ein Statement zu ihrer Positionierung und moderiert einen kurzen Austausch. Danach stellen die SuS sich zurück in die Mitte zwischen die Schilder und die Lehrkraft liest jeweils eine weitere These vor.



Variante:

Die SuS können sich darüber hinaus auf einer imaginären Skala von 1-10 zwischen den Schildern positionieren und so eine Meinungstendenz oder eine ambivalente Meinung ausdrücken.

Hinweis

Eine große Fläche ist notwendig. Eventuell die Mitte markieren.

Thesen zum Thema: „Essen, Körper und Schönheit“

- Dünn sein zu wollen, ist normal.
- Die meisten Frauen und Männer sind schlank und haben eine Super-Figur.
- Wenn man dünn ist, ist man glücklich.
- Ich esse, worauf ich Appetit habe.
- Ich nehme regelmäßige Mahlzeiten zu mir.
- Ich frühstücke jeden Tag.
- Schlank sein ist sexy.
- Es macht mir nichts aus, auch mal mehr zu wiegen.
- Dünne Menschen werden bevorzugt behandelt.
- Gut trainierte Jungen sind für Mädchen attraktiver... etc.



Mögliche Fragen zur Nachbesprechung des Films „Zu Dick? Zu Dünn?“ der BZgA

- ● ● ● ● ● 🗣️ Was spricht für ein gemeinsames Essen zuhause mit der Familie?
- ● ● ● ● ● 🗣️ Welche Gründe nennt Kati im Film?
- ● ● ● ● ● 🗣️ Wie begründen die Jugendlichen im Film ihre Vorliebe für Fast Food?
- ● ● ● ● ● 🗣️ Welche Gründe fallen euch noch ein?
- ● ● ● ● ● 🗣️ Was spricht gegen Fast Food?
- ● ● ● ● ● 🗣️ Einige Jugendliche im Film nennen Langeweile als Grund dafür, Süßigkeiten und Chips zu naschen.
Was macht ihr bei Langeweile? Welche guten Strategien gegen Langeweile kennt ihr?
In welchen Situationen fällt es euch schwer, Süßigkeiten zu widerstehen?
- ● ● ● ● ● 🗣️ Was machen die Jugendlichen im Film, um zu entspannen?
Was macht ihr, um zu entspannen?
Was davon tut euch besonders gut?



Essstörungen

3. Teil: „Hungern, Fressen, Kotzen“

 Jungen und Mädchen gemeinsam

Hintergrund

siehe 1. Einheit: Essstörungen

Ziele / Kompetenzen

Die Schüler und Schülerinnen haben...

- ⊗ ...Erscheinungsformen von auffälligem Essverhalten benannt und sie den Störungen zugeordnet
- ⊗ ...ihre Essgewohnheiten benannt
- ⊗ ...formuliert, was ihnen gut tut, wenn es ihnen schlecht geht

Material / Vorbereitung

- ⊗ Fallbeispiele als Lesetexte
- ⊗ Flip-Chart-Bögen
- ⊗ Kleine „Kreditkarten“
- ⊗ Stifte

Auf einen Blick

Einstieg

„Stille Post“ durch Rückenzeichnen (Anlage 1)

Hauptteil

3 Formen der Essstörungen anhand von Fallbeispielen bearbeiten und vorstellen
Aussagen zu Essstörungen den 3 Formen zuordnen

Abschluss:

Vorrat an Vergnüglichem

Vorrat an Vergnüglichem

Überlegt mit eurem Partner oder eurer Partnerin, auf welche vergnüglichen Dinge / Aktivitäten (Ressourcen) ihr zurückgreifen könnt, wenn es euch schlecht geht.

Sammelt Vorschläge. Jeder und jede entscheidet für sich, welche euch entsprechen und notiert oder zeichnet diese auf einer kleinen Karte in der Größe einer Kredit- oder Visitenkarte, die ihr gestaltet oder verzieren könnt und die ihr für den „Notfall“ bei euch tragt.



Ablauf

Einstieg

1. „Stille Post“* mit Rückenzeichnungen:

Die Klasse wird in 2 Gruppen eingeteilt; jede Gruppe setzt sich mit gleicher Blickrichtung dicht hintereinander. Für den vordersten Spieler liegt ein Stapel Papier und ein dicker Filzstift bereit.

Die hinterste Person bekommt von der Lehrkraft eine Zeichnung gezeigt (Beispiele siehe Anlage 1) und zeichnet diese dann mit dem Finger auf den Rücken der Person, die vor ihr sitzt. Diese gibt die Zeichnung ohne Rückfrage auf den Rücken der vor ihr sitzenden Person weiter usw. Die Vorderste überträgt das, was ihr auf den Rücken gezeichnet wurde auf ein Blatt Papier, legt dieses zur Seite und rennt auf den hintersten Platz. Hier bekommt sie nun von der Lehrkraft eine neue Zeichnung gezeigt, die sie wiederum weiter gibt usw. Ende ist, wenn eine der beiden Gruppen alle Zeichenvorlagen über die Rücken nach vorn auf das Papier „transportiert“ hat. Insofern lebt die Übung auch von Schnelligkeit.

Am Schluss werden die Zeichnungen der beiden Gruppen mit den Vorlagen der Lehrkraft verglichen...

Hauptteil

2. In Kleingruppen beschäftigen sich die Schülerinnen und Schüler mit einem Fallbeispiel für die Form der Essstörungen, der sie sich in der voran gegangenen Stunde zugeordnet und über die sie weitere Informationen (Internet, Beratungsstellen usw.) zusammengetragen haben. Die Fallbeispiele (siehe Anlage 2a, 2b und 2c) dienen als Aufhänger für die Präsentation und Einordnung des erworbenen Wissens. Zunächst findet ein Austausch in der Gruppe statt (gegenseitige Information, Beseitigung von Unklarheiten etc.). Auf der Basis des Hintergrundwissens sollen die Schülerinnen und Schüler dann einen Vortrag von 5-10 Minuten vorbereiten, in dem sie die Klasse über eine Form der Essstörung informieren. Dabei sollen sie sich auf Merkmale und Folgen der Krankheit im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich konzentrieren: Als Präsentationshilfe können diese drei Schwerpunkte evtl. schon auf einem Flipchart vortnotiert werden. Abschließend kontrollieren die Schülerinnen und Schüler anhand eines Fragebogens ihr Wissen über Essstörungen (Anlage 3).

Abschluss

3. „Vorrat an Vergnüglichen“

Die Schülerinnen und Schüler überlegen mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin, auf welche vergnüglichen Dinge / Aktivitäten (Ressourcen) sie zurückgreifen können, wenn es ihnen schlecht geht. Die Vorschläge werden gesammelt. Jeder und jede entscheidet für sich, welche ihr oder ihm entsprechen und notiert oder zeichnet diese auf einer kleinen Karte in der Größe einer Kredit- oder Visitenkarte, die gestaltet oder verziert werden kann und die jeder und jede für den „Notfall“ bei sich trägt.

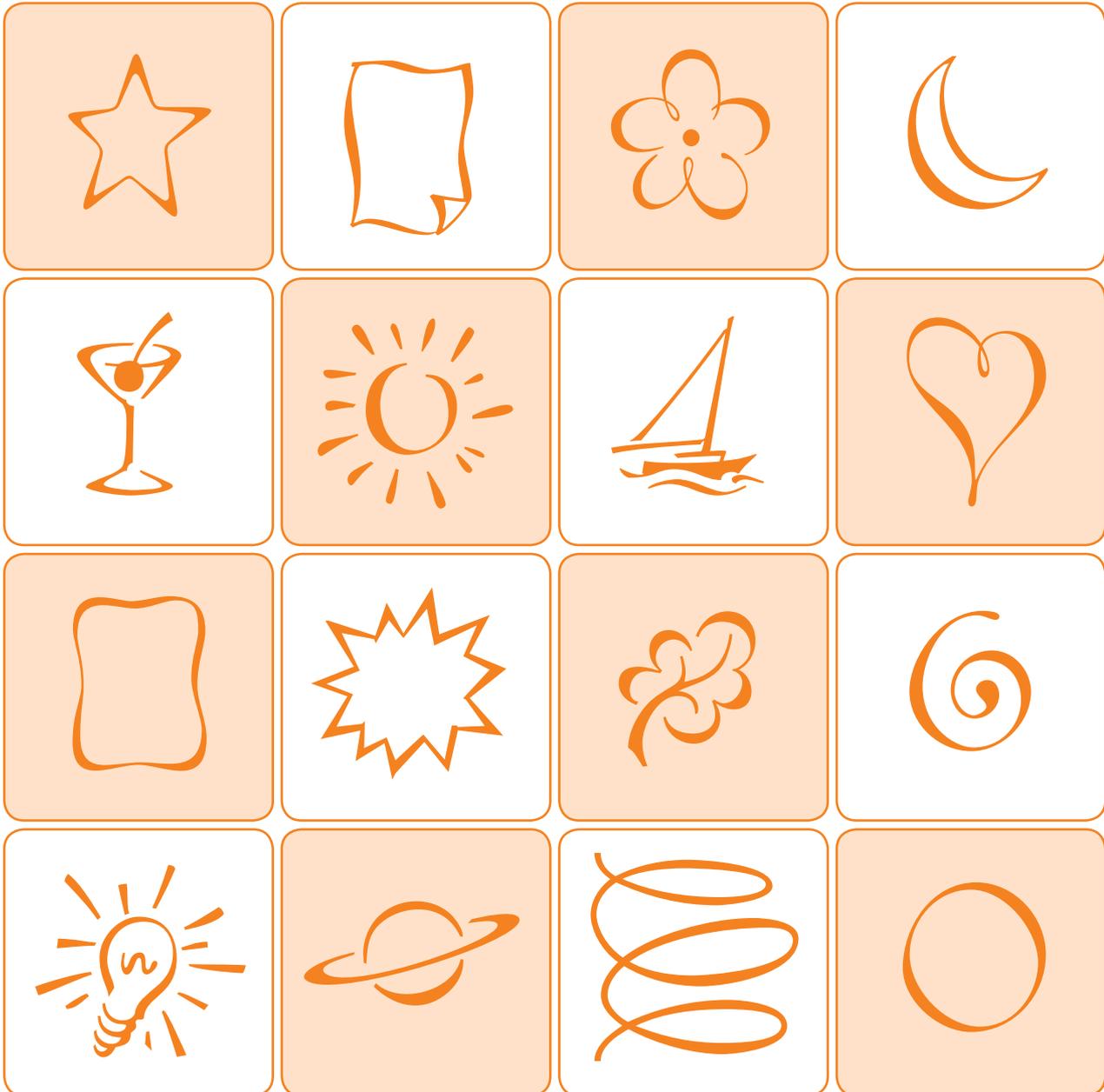
Zusatz:

4. Eventuell ein kleines Verwöhnbüfett als gemeinsamer Abschluss für die Pause. Die Schülerinnen und Schüler decken einen Tisch als Überraschungsbüfett und genießen das gemeinsame Abschlussessen.

*Quelle: Bear, 1997.

Anlage 1

Bilder mit Beispielen für die Rückenzeichnungen



Fallbeispiel Magersucht



Beate, 14 Jahre alt – stammt aus einer äußerlich intakten und heilen Familie. Es ist eine Familie, in der Werte wie Pflichtbewusstsein, Leistung und Ordnung gelten.

Konflikte werden selten direkt ausgetragen, sondern um des Familienfriedens willen lieber totgeschwiegen.

Die Rollen sind in Beates Familie eindeutig verteilt. Der Vater sorgt als Ernährer für die finanzielle Sicherheit der Familie. Beates Mutter hat auf ihre eigene Berufskarriere verzichtet und managt das Familienleben.

Sie weiß oft besser, was den einzelnen Familienmitgliedern gut tut, als diese selbst. Beate merkt die

Unzufriedenheit der Mutter. Einerseits bewundert sie ihre Mutter, andererseits hat sie Angst vor soviel Arbeit und Pflichten.

Eines Tages während des Sportunterrichts macht Beates Lehrer ihr gegenüber die Bemerkung „Hast Du zugelegt?“. Beate läuft in die Umkleidekabine und schämt sich fürchterlich. Sie geht vor den Spiegel und schaut sich an. Sie beschließt, sofort etwas gegen ihre Rundungen zu unternehmen. Sie plant, eine Diät zu machen.

Beate will unbedingt und sofort abnehmen, damit ihr Lehrer nie wieder einen Kommentar über ihre Figur/ihr Aussehen macht. Von diesem Tag an, fängt sie an weniger zu essen – immer weniger.

Als Beate ihr ursprünglich gesetztes Wunschgewicht erreicht hat, hört sie jedoch mit dem Hungern nicht auf. Sie nimmt ab und bekommt viele Komplimente von ihren Freundinnen und ihrer Familie, wie gut sie aussähe.

Das macht sie stolz und spornt sie an, noch dünner zu werden. Beate kann nicht aufhören zu hungern. Sie hungert immer weiter.

Auch vor dem Ausbruch ihrer Störung war sie schon sportlich aktiv, jetzt aber treibt sie stundenlang Sport, um Kalorien zu verbrennen.

Beate ist sehr ehrgeizig und wird für ihre schulischen Leistungen von ihren Eltern gelobt. Nach einiger Zeit hat Beate sehr viel Gewicht verloren und sieht trotzdem nicht, wie dünn sie geworden ist.

Seit mehr als drei Monaten hat Beate ihre Menstruation nicht mehr. Sie ist den ganzen Tag nur noch mit Gedanken an Essen und Nichtessen beschäftigt. Die Waage entscheidet, ob sie zufrieden oder unzufrieden ist; andere Gefühle nimmt Beate nicht mehr wahr.

Die Fähigkeit zu Hungern vermittelt Beate ein Gefühl von Unabhängigkeit und Stärke.

Obwohl sie jämmerlich und schutzbedürftig aussieht, lehnt sie jede Hilfe ab. Ihr Ehrgeiz, stets die Beste und perfekt zu sein, führt sie zu den besten Leistungen. Doch das kostet sie in zunehmendem Maße große Anstrengung. Woher soll sie auch die Energie schöpfen?

Vgl.: Zentralstelle für Suchtvorbeugung LSSH 1994, S. 68

Aufgabenstellung zu Magersucht

Magersucht – Beschreibe den Weg, wie Beate magersüchtig wird!

- ⊗ Woran erkennt man Beates Krankheit?
- ⊗ Welche Folgen hat die Krankheit für Beate?(Körperlich und seelisch)

Vorgehen:

- ⊗ 1. Finde 3 Gruppenmitglieder.
- ⊗ 2. Lest euch die Aufgabenstellung durch und überlegt mögliche Antworten.
- ⊗ 3. Gestaltet ein Poster, mit den wichtigsten Ergebnissen eurer Gruppenarbeit.
(evtl. vorher in Kladde schreiben)
- ⊗ 4. Tragt die Ergebnisse eurer Gruppenarbeit mit Hilfe des Posters euren Mitschülern/innen vor.

Fallbeispiel Bulimie

Ich war gerade 14 Jahre alt, als alles anfing. Meine Eltern hatten sich im Jahr zuvor scheiden lassen, mein Vater wohnte allerdings noch bei uns, da sich meine Eltern nicht einig werden konnten, wer wem wie viel Geld für das Haus schuldet, in dem wir alle wohnten. Es war auch ein Jahr, nachdem die Mauer gefallen war. Da ich in Ostdeutschland lebte, brachte das natürlich große Veränderungen mit sich.

In der Schule herrschte Chaos, weil es so schnell keine neuen Lehrpläne gab und die Lehrer, die, die noch da waren nach der Wende, sollten neuen Lehrstoff unterrichten, wussten aber nicht so richtig, wie. Es fühlte sich an, als ob mir der Boden unter den Füßen weggerissen würde – nirgendwo Stabilität: zu Hause Streit und Chaos, in der Schule Chaos, im Land Chaos, in mir drin Chaos, was ja für ein mitten in der Pubertät steckendes Mädchen nicht untypisch ist.

So fing das schleichend an. Zum Beispiel ärgerte ich mich darüber, dass ich zugenommen hatte und meine jugendhafte Figur verlor. Ich wollte keinen Busen und keine runden Hüften. Eigentlich wollte ich die Zeit zurückdrehen, als alles friedlich war, und wieder klein sein.

So ging das los mit ein paar Diäten. Ich fing an die Kalorientabellen, die meine Mutter hatte, zu studieren, rechnete also nur noch, wie viel ich zu mir nahm, und bekam Angst, wenn es mehr war als am Vortag.

Als ich gut 7 Kg abgenommen hatte, fing meine Mutter an mich zum Essen zu zwingen. Wir stritten uns viel, aber es brachte nichts, ich musste essen. Also erbrach ich heimlich. So kam die Bulimie.

Ich fing wieder an zu essen, denn es gab schließlich eine Lösung – das Klo. Und bald kamen Fressanfälle, heimlich natürlich, soweit es ging, denn meine Mutter war wie ein Detektiv hinter mir her.

Bald gab ich auf und lebte die Essstörung aus. Kaufte ein, kam kaum mit dem Geld aus, kochte Unmengen an Essen, aß, erbrach, aß den Rest, erbrach.

Manchmal versuchte ich, kontrolliert zu essen und nicht zu erbrechen, aber es gelang nur selten. Ich nahm ab und ich fühlte mich körperlich sehr schlecht. Mein Gesicht war geschwollen, ich hatte aufgerissene Mundwinkel, mein Hals und mein Bauch taten permanent weh. Ich war so erschöpft und ekelte mich vor mir selbst.

Als ich nicht mal mehr ohne Pause ein paar Treppenabsätze steigen konnte und Schwächeanfälle mit Zittern, Schweißausbrüchen und Ohnmachtsanfällen bekam, täglich unter starken Kopfschmerzen litt, die mich wahn-sinnig machten, ging ich zum Arzt... erstmal wegen der Kopfschmerzen. Nach drei oder vier Arztbesuchen legte ich dann die Karten auf den Tisch. Das war schwer, denn es fühlte sich an, als ob ich mich offiziell als Verlierer im Krieg gegen meinen Körper erklärte.

Aber es war auch der Beginn der Heilung. Manchmal denke ich, dass es erst so weit kommen musste, bis ich mich entschied so nicht weiterleben zu wollen. Dadurch hatte ich ganz viel Willen, wieder gesund zu werden. Wenn man eine Essstörung hat, braucht man viel Willenskraft, die Therapie durchzuziehen. Ich habe 2 1/2 Jahre lang eine ambulante Therapie gemacht. Es kostete viel Energie, war harte Arbeit, viel Geduld auf beiden Seiten und viel Vertrauen zum Therapeuten (vgl. Raabe 2004, S. 135).

Aufgabenstellung zu Bulimie

Bulimie – Beschreibe den Weg, wie die Betroffene bulimisch wird:

- ⊗ Woran erkennt man die Krankheit?
- ⊗ Welche Folgen hat die Krankheit?(Körperlich und seelisch)

Vorgehen:

- ⊗ 1. Finde 3 Gruppenmitglieder.
- ⊗ 2. Lest euch die Aufgabenstellung durch und überlegt mögliche Antworten. Anlage 2b
- ⊗ 3. Gestaltet ein Poster mit den wichtigsten Ergebnissen eurer Gruppenarbeit.
(evtl. vorher in Kladder schreiben)
- ⊗ 4. Tragt die Ergebnisse eurer Gruppenarbeit mit Hilfe des Posters euren Mitschülern/innen vor.

Fallbeispiel Binge Eating Störung



Paul ist 15 Jahre und essüchtig. Als er 6 Jahre alt war, haben sich seine Eltern getrennt. Seitdem lebt er mit seiner Mutter alleine. Er fühlt sich für sie verantwortlich, tröstet sie und berät sie in vielen Fragen. Die Mutter zeigt ihm, dass sie ihn braucht. Sie überschüttet ihn mit Fürsorge und möchte ihn mit übermäßigem Essen verwöhnen. Als Trost oder zur Belohnung gab es schon immer Süßigkeiten. Früher hat er sich mit seinen Freunden auf dem Fußballplatz getroffen oder ist mit ihnen ins Schwimmbad gegangen. Irgendwann einmal hat ihn ein Klassenkamerad wegen seiner Speckröllchen über der Badehose gehänselt. Seitdem will er nicht mehr schwimmen gehen und bleibt auch sonst oft allein zu Hause. Er wird immer dicker und unbeweglicher. Er versucht seinen Körper mit weiten T-Shirts zu verdecken. Dennoch merkt er, dass die Mitschüler und Mitschülerinnen über ihn reden und über ihn lachen. Besonders im Sport fühlt er sich ausgegrenzt. Keiner möchte ihn mehr in der Mannschaft haben. Der Lehrer kritisiert seine Lustlosigkeit und mangelnden Einsatz. Er ist wütend und traurig darüber und geht seinen früheren Freunden immer mehr aus dem Weg. Wenn er allein zuhause ist, lockt der Kühlschrank. Wie er es gewohnt ist, tröstet er sich mit Essen. Er isst hastig und unkontrolliert, häufig im Stehen, so aus der Hand. Pappsatt lässt er sich auf das Sofa fallen, schaltet den Fernseher an und greift wie selbstverständlich nach der Gummibärchentüte. Er möchte sich ablenken, doch langsam kommen unangenehm Gefühle hoch. Er ärgert sich über die anderen, ist traurig und fühlt sich einsam. Vor allem schämt er sich für sein Aussehen, für sein Verhalten und ist wütend auf sich selbst, dass er sich nicht beherrschen kann.

Manchmal isst er heimlich, vor allem große Mengen Süßigkeiten. Er isst auch, wenn er keinen Hunger hat und auch, wenn er schon längst satt ist. Hunger und Sättigung kann er kaum noch wahrnehmen.

Mit seiner Mutter kann er über seine Probleme nicht sprechen. Sie meint, das wäre eben manchmal so in dem Alter und „die Rundlichkeit“ würde sich wieder auswachsen.

Mit 14 hatte er sich in ein Mädchen aus seiner Klasse verliebt. Er merkte, dass sie ihn auch nett fand. Als aber die Hänseleien und Bemerkungen der anderen Mitschüler über Paul und der Spott, was sie denn mit dem wolle, lauter wurden, zog sie sich zurück.

Darauffhin hatte Paul zum ersten Mal versucht eine Diät zu machen. Seine Gedanken drehten sich von da an nur noch ums Essen und Abnehmen. Er stellt sich vor, dass er alle Probleme los wäre, wenn er nur wieder dünn wäre. Heimlich fängt er an wieder etwas Sport zu machen, aber alleine macht es ihm nicht so richtig Spaß. Er hasst seinen Körper, macht sein Übergewicht für alles verantwortlich.

In seinen Tagträumen malt er sich aus, wie er in schicken Klamotten und sportlicher Figur von den Mädchen bewundert wird. Umso härter trifft es ihn, als sein Gewicht nach einer gewissen Zeit trotz seiner Bemühungen stagniert. In seinem Frust fängt er wieder an zu essen. Wenn er nicht abnimmt, könne er auch wieder essen, denkt er. So beginnt der Teufelskreis von Diäten, Hungern, Essen und Nichtessen. Bald bringt er das doppelte Gewicht auf die Waage.

Aufgabenstellung zur Binge Eating Störung

Binge Eating Störung – beschreibe den Weg, wie Paul essüchtig wird!

- ⊗ Welche Folgen hat die Adipositas für Paul?(körperlich und seelisch)
- ⊗ Woran erkennt man Pauls Krankheit?

Vorgehen:

- ⊗ 1. Finde 3 Gruppenmitglieder.
- ⊗ 2. Lest euch das Fallbeispiel durch und tauscht euch darüber aus.
- ⊗ 3. Gestaltet ein Poster mit den wichtigsten Ergebnissen eurer Gruppenarbeit.
(evtl. vorher in Kladde schreiben)
- ⊗ 4. Tragt die Ergebnisse eurer Gruppenarbeit mit Hilfe des Posters euren Mitschülern vor.

Aussagen zu Essstörungen



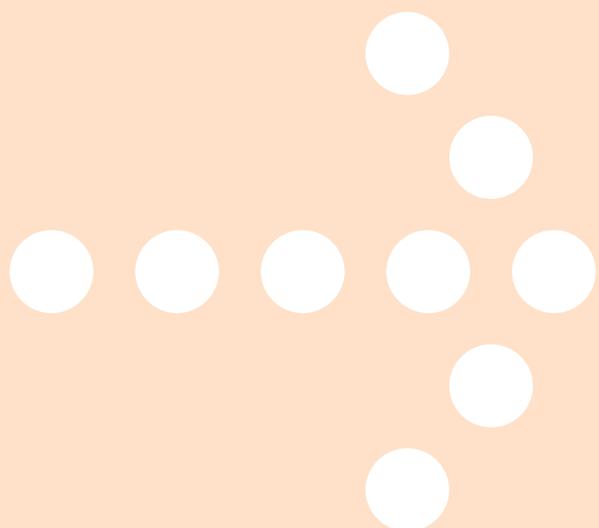
Aussagen	Anorexie „Magersucht“	Bulimie „Ess-Brechsucht“	Binge Eating Störung
Fühlen sich immer zu dick, auch wenn sie ganz dünn sind			
Fühlen sich als Außenseiter, weil sie dick sind			
Treiben oft stundenlang Sport			
Sie haben „Fressanfälle“ und verschlingen in kurzer Zeit sehr viel Essen			
Sie sind sehr dick und unbeweglich			
Komplimente machen stolz und spornen an, noch mehr abzunehmen			
Sie hassen ihren Körper, machen das Übergewicht für alles verantwortlich			
Sie sind oft weder dick noch dünn. Deshalb sieht man ihnen die Krankheit nicht an			
Sie essen, um ihren Frust zu vergessen			
Sie erbrechen das Essen und schämen sich hinterher dafür			
Sie sind oft ehrgeizig und leistungsorientiert			
Sie ziehen sich von ihren Freunden und Freundinnen zurück, um die Krankheit geheim zu halten			
Sie werden einsam und traurig			
Gedanken kreisen nur ums Essen und das Gewicht			
Das Hungern gibt ihnen ein Gefühl von Stärke und Macht. Sie fühlen sich dann glücklich			
Sie machen viele Diäten und nehmen schnell wieder zu			
Mund und Zähne leiden durch das häufige Erbrechen			
Kontrollieren sich und wollen unabhängig sein			
Sie essen oft heimlich und schämen sich dafür			
Die Regelblutung bleibt aus			

Aufgabe: Ordne die Aussagen den jeweiligen Erscheinungsformen von Essstörungen zu und kreuze sie an.

Übungen



- Essen mit Genuss
- Körperwahrnehmung
- Schönheit



„Schlaraffenland“



Alter:	Unbegrenzt
Gruppengröße:	Klassenstärke
Dauer:	90 Minuten
Ziele:	Die SuS haben Vorstellung von ihrer „Lieblingsmalzeit“ entwickelt und diese als Gemälde zu Papier gebracht.
Material:	Papier und Stifte

Anleitung

Bitte beschreibt, zeichnet mit
wem Ihr
wann,
was,
wo und
wie genießen wollt?

- ⊗ Wie würde für mich eine besonders schöne Mahlzeit beschaffen sein?
- ⊗ Wie viele Gänge hätte Ich gern?
- ⊗ In welchem Ambiente würde ich die Mahlzeit mit wem genießen wollen?

Die Schokoladenübung



Alter:	ab 5. Klasse auch in Grundschule möglich (altersgemäße Anleitung überprüfen!)
Gruppengröße:	beliebig
Dauer:	15 Minuten
Ziele:	Die SuS haben in einer Phantasiereise die Differenziertheit ihrer Geschmacks- und Geruchswahrnehmung als eine Voraussetzung von bewusstem Essensgenuss kennen gelernt.
Material:	pro Person zwei Stückchen Schokolade. Jeder Teilnehmer bekommt 2 Stückchen Schokolade auf einer Serviette. Ruhige, vertrauensvolle und entspannte Atmosphäre schaffen. Ablauf und Spielregeln (Ruhe, nicht miteinander reden etc.) kurz erklären.

Anleitung

Evtl. kurze inhaltliche Einführung über bewusstes Essen, Genießen.

Die Lehrkraft liest den folgenden Text langsam vor. Wenn eine Klammer kommt, heißt das: Lesepause – In dieser Zeit zählt er leise vor sich hin.

Text

Lege ein Stück Schokolade direkt vor Dich hin. Setze Dich bequem auf einen Stuhl und suche mit den Augen einen Punkt auf dem Boden vor Dir. Hör Dir die Geräusche im Raum an (bis 20 zählen!).

Atme zweimal tief ein und aus (bis 20 zählen!). Versuche jetzt die Augen zu schließen.

Träum vor Dich hin! Du bist auf einer Schokoladeninsel. Sieh sie Dir an. Auf dieser Insel ist alles aus Schokolade - und man darf alles essen - aber nur ganz langsam (bis 40 zählen!).

Nimm Dir jetzt Dein Stück Schokolade und rieche daran. Überlege Dir: „Wie riecht es?“ (bis 30 zählen!).

Leck etwas an dem Stück. Überlege: „Wie schmeckt es?“ (bis 30 zählen!).

Nimm die Schokolade jetzt in den Mund. Beiß nicht auf das Stück, sondern leg es unter die Zunge (bis 20 zählen!).

Schieb das Stück mit der Zunge in die linke Wange (bis 20 zählen!).

Und jetzt in die rechte Wange (bis 20 zählen!).

Den Rest Schokolade lass' im Mund langsam schmelzen wie ein Bonbon (bis 30 zählen!).

Zum Schluss geh noch einmal mit der Zunge den Weg des Schokoladenstückchens.

Überlege: „Wo ist Deine Lieblingsecke?“ (bis 30 zählen!).

Komme langsam wieder von der Schokoladeninsel zurück. Öffne die Augen! Räkel und streck Dich, als wenn Du gerade aufgestanden wärst. Lass Dir Zeit! (Zurückholen)

Zum Schluss könnt Ihr noch gemeinsam ein Stück Schokolade essen, so schnell Ihr wollt.

Auswertung

1. Erfahrungsaustausch mit dem Partner/in
2. Plenum: Erfahrungsaustausch zum Thema Essgenuss. Einstieg mit folgenden Fragen:
 - ⊗ Wie riecht Schokolade?
 - ⊗ War es schwer oder leicht, die Schokolade so langsam zu essen?
 - ⊗ Wer hat eine „Lieblingsecke“?
 - ⊗ Schmeckte die Schokolade anders als sonst?



Quelle: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (2003), S. 71.

Fragebogen zum eigenen Essverhalten



Alter:	8-10 Jahre
Dauer:	ca. 15 Minuten
Ziele:	Die SuS haben Fragen zu ihrem Essverhalten beantwortet. Sie haben Situationen, in denen sie essen, und Gründe für das Essen genannt.
Material:	Fragebogen, Stifte

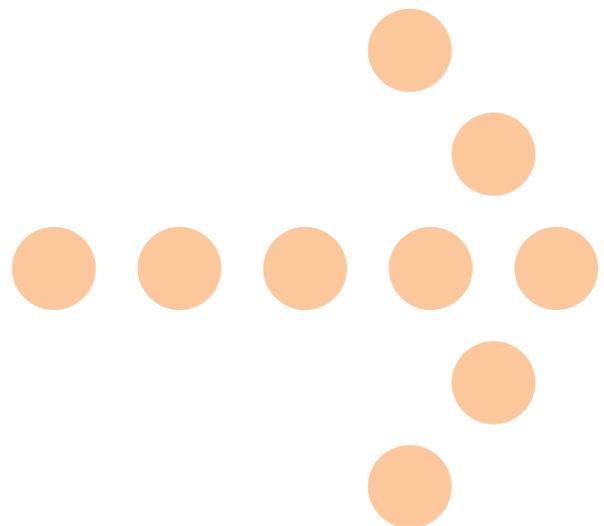
Anleitung

Jeder Schüler und jede Schülerin füllt für sich alleine den Fragebogen aus.

Auswertung

Anschließend kann ein Austausch zu zweit oder im Plenum stattfinden über folgende möglichen Fragen:

- ⊗ Wie ist es mir mit der Beantwortung der Fragen ergangen?
- ⊗ Was fiel mir leicht/schwer?
- ⊗ Was habe ich über mich erfahren?
- ⊗ Was war neu? Was war mir vorher schon bewusst?



Fragebogen zum eigenen Essverhalten

Ich esse, wenn ich...

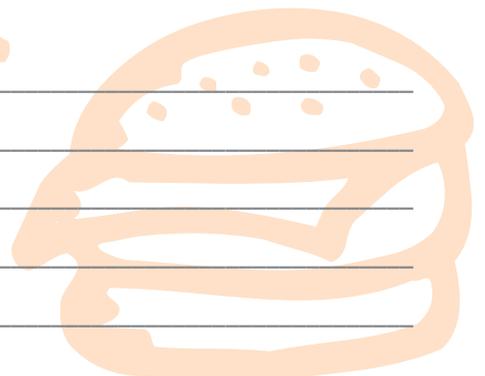
- | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> fernsehe | <input type="radio"/> hungrig bin | <input type="radio"/> müde bin |
| <input type="radio"/> in der Schule | <input type="radio"/> Appetit habe | <input type="radio"/> gut drauf bin |
| <input type="radio"/> Freunde treffe | <input type="radio"/> traurig bin | <input type="radio"/> ausgeruht bin |
| <input type="radio"/> Besuch habe | <input type="radio"/> wütend bin | <input type="radio"/> Langeweile habe |
| <input type="radio"/> fröhlich bin | <input type="radio"/> enttäuscht bin | <input type="radio"/> Probleme habe |
| <input type="radio"/> angespannt bin | <input type="radio"/> wenn Erwachsene es wollen | |

In welchen Situationen isst du sonst noch?

Ich esse nicht, wenn ich...

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> fernsehe | <input type="radio"/> hungrig bin | <input type="radio"/> müde bin |
| <input type="radio"/> in der Schule | <input type="radio"/> Appetit habe | <input type="radio"/> gut drauf bin |
| <input type="radio"/> Freunde treffe | <input type="radio"/> traurig bin | <input type="radio"/> ausgeruht bin |
| <input type="radio"/> Besuch habe | <input type="radio"/> wütend bin | <input type="radio"/> Langeweile habe |
| <input type="radio"/> fröhlich bin | <input type="radio"/> enttäuscht bin | <input type="radio"/> Probleme habe |

In welchen Situationen isst du sonst nicht?



Bewegung und Begegnung



Alter:	unbegrenzt
Dauer:	5 Minuten und mehr
Gruppengröße:	Klassenstärke
Ziel:	Die SuS haben ihre Befindlichkeit in Bewegung, Gestik und Mimik umgesetzt.
Material:	Diese Übung erfordert einen unverstellten Raum mit Bewegungsmöglichkeiten für Schülerinnen und Schüler.

Anleitung

Die Schülerinnen und Schüler werden aufgefordert aufzustehen, umherzugehen und stehenzubleiben. Sie achten auf ihr Körperempfinden („Wie stehe ich da, wie fühlt sich mein Körper an?“), auf ihre Atmung (wie der Atem geht und wiederkommt und auf den Punkt zwischen Ein- und Ausatmen) und auf ihr Befinden. Danach werden verschiedene Bewegungsmöglichkeiten ausprobiert:

- ⊗ unbemerkt durch den Raum schleichen (wie Indianer),
- ⊗ laut und trampelnd gehen (wie Elefanten),
- ⊗ ziellos durch den Raum schlendern,
- ⊗ durch den Raum hetzen (hektisch, nervös),
- ⊗ aggressiv, wütend gehen,
- ⊗ Zeitraffer (Slapstick),
- ⊗ langsamer werden bis zur Zeitlupe,
- ⊗ ruhiges und entspanntes Gehen ... auf Moos ... auf Sand, durch Wasser waten,
- ⊗ unbeschwert wie ein Kind auf einer Wiese hüpfen,
- ⊗ normal gehen.

Danach steht im 2. Teil die Begegnung im Vordergrund, es wird bei der Übung nicht gesprochen und bewusst auf den Kontakt zum Gegenüber geachtet:

- ⊗ zufälliges Sich begegnen mit kurzem Begrüßungsritual,
- ⊗ sich in Eile und unter Zeitdruck begegnen,
- ⊗ bewusste Begegnung mit Augenkontakt.

Auswertung

In der Auswertung der Übung wird das Erleben der Teilnehmer besprochen und Bezüge zum Alltagserleben werden hergestellt:

Welche Bewegungsformen sind mir vertraut/unvertraut?

Wie drückt sich das innere Erleben über die Körpersprache aus?

Wie nehme ich den anderen wahr, worauf achte ich zu Beginn des Kontaktes besonders? etc.

Quelle: AOK-Medienpaket (1994), S. 119.

Genusskarussell



- Alter:** ab Grundschule
- Gruppengröße:** beliebig (bei größeren Gruppen zwei Untergruppen parallel)
- Ziele:** Die SuS haben mit „wohltuende“ Bewegungen Körperkontakt zu einem Partner, einer Partnerin hergestellt.
- Material, Raum:** ausreichend großer und gemütlicher Raum, mit der Möglichkeit sich auf den Boden oder entsprechende Unterlagen zu legen! Ruhige Hintergrundmusik ist hilfreich (CD-Player)

Anleitung

Zwei gleich große Halbgruppen bilden – die eine Halbgruppe legt sich sternförmig mit den Rücken nach innen auf den Boden und schließt die Augen – die Personen der zweiten Halbgruppe knieen sich jeweils hinter die Köpfe der am Boden Liegenden – jede und jeder überlegt sich eine freundliche, wohltuende Bewegung (über die Haare streichen; Kopfhaut massieren wie beim Haare waschen; Stirn austreichen; Gesicht massieren; Schultern massieren; Oberarme austreichen etc.) und macht diese Bewegung bei seiner vor ihm/ihr liegenden Partnerin oder Partner –, nach ein bis zwei Minuten gibt die Spielleitung das Signal zum Wechsel, woraufhin alle Knieenden im Uhrzeigersinn um eine liegende Person weiterrutschen und dort ihre Bewegung wiederholen. Die Reihe wird so lange fortgesetzt, bis alle Knienden alle Liegenden „bearbeitet“ haben – anschließend Rollenwechsel zwischen Liegenden und Massierenden!

Auswertung

Im anschließenden Gespräch tauschen sich die Schüler und Schülerinnen über ihre Erfahrungen aus.

Quelle: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (2003), S. 71.

Light-Show



Alter:	ab 6 Jahre
Gruppengröße:	beliebig, nur Mädchen
Dauer:	20 Min.
Ziele:	Die Sus haben die Wirkung raumgreifender Bewegungen kennen gelernt und diese in einer Bewegungsfolge umgesetzt und präsentiert.
Material:	Taschenlampen oder phosphoreszierende Gegenstände Musikanlage, abgedunkelter Raum (die Übung ist auch bei Dunkelheit im Freien möglich)

Anleitung

Die Mädchen haben in jeder Hand eine Taschenlampe oder einen phosphoreszierenden Gegenstand und zeichnen damit „Lichtbilder“ in einem abgedunkelten Raum. Die Mädchen werden dabei die Erfahrung machen, dass große, schwungvolle und raumgreifende Bewegungen am wirkungsvollsten sind. Dieses Experimentieren wird durch geeignete Musik unterstützt. Nun gehen die Mädchen paarweise zusammen und „erfinden“ eine einfache Bewegungsfolge, die sie dann gemeinsam einüben. Nach dieser Vorbereitung präsentieren die Paare ihre „Light-Show“ auf der „Bühne“.

Quelle: Fomm/Proissl (1998), S. 37.

Phantasiereise

„ Dick und dünn auf einer Party“



Alter:	ab 14 Jahre
Gruppengröße:	beliebig
Ziele:	Die Sus haben ihre Befindlichkeit als „Dicke“ und als „Dünne“ mit Hilfe einer Phantasiereise nachvollzogen und im Anschluss ihre Erfahrungen benannt.
Material:	Phantasieisentext

Anleitung

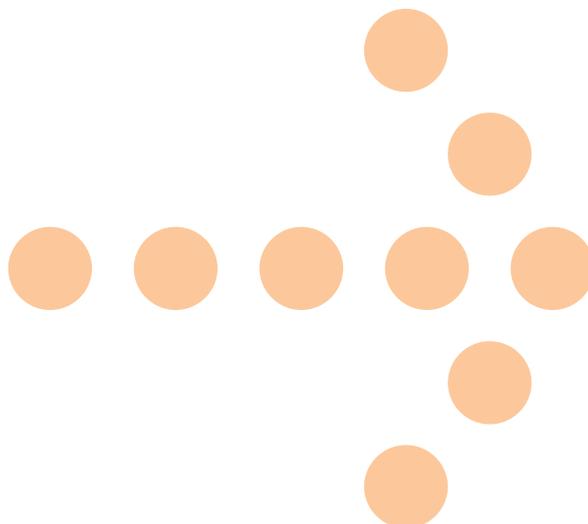
Auswertung nach der Phantasiereise:

Austausch in Kleingruppen (evtl. geschlechtergetrennt):

- ⊗ „Was habe ich bei der Phantasiereise erlebt – wie ging es mir damit?“
- ⊗ „Welche Vorstellungen waren gut – welche schwierig?“
- ⊗ „Was habe ich Neues über mich erfahren?“

Abschlussrunde in der Gesamtgruppe: offene Mitteilungsrunde aus den Kleingruppen und mit Einzelbeiträgen.

Quelle: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (2003), S. 69f.



Phantasiereise

„Dick und dünn“

Setz dich möglichst bequem hin...

Schließe deine Augen...

Konzentriere dich auf deinen Atem - lasse ihn einfach fließen - Ein und Aus, Ein, Aus

Stell dir jetzt vor, du bist auf einer Party...

Es kann eine Party sein, die du real erlebt hast oder auch eine Phantasieparty... Ist es eine Tanzparty? Eine

Party, bei der hauptsächlich geredet wird? Sind viele Leute da oder wenige?... Wie sieht der Raum aus?...

Was hörst du um dich herum?... Stimmen? Musik? Geräusche?... Was hast du an?... Wie fühlst du dich?...

Achte jetzt darauf, wie du dich verhältst... Nimmst du eine Beobachterrolle ein? Oder mischst du dich aktiv unter die Gäste?...

Stell dir jetzt vor, dass du immer dicker wirst... Jetzt bist du schon ziemlich massig...

Wie fühlst du dich mit diesem Körperumfang?...

Was hast du jetzt an?... Und wie fühlst du dich in diesen Kleidern? ...

Was sagt deine Kleidung über dich aus?...

Was ist auf der Party los?... Und wie verhältst du dich den anderen Leuten gegenüber? ...

Bleibst du für dich oder redest, tanzst, isst du mit den anderen?...

Kannst du von dir aus Kontakt knüpfen oder hast du das Gefühl, warten zu müssen, bis jemand sich für dich interessiert?... Wie verhalten sich die anderen dir gegenüber?...

Fühlst du dich wohl?... Oder möchtest du lieber gehen?...

Stell dir vor, dass dein Dicksein etwas aussagt... Fasse diese Botschaft in deiner Phantasie in Worte...

Erlaubt dir das Dicksein, bestimmte Dinge zu sagen oder zu tun?... Hindert dich das Dicksein daran, bestimmte Dinge zu sagen oder zu tun?...

Jetzt stell dir vor, dass dein Fett dahinschmilzt und du immer dünner wirst...

solange, bis du ganz schlank bist...

Schau dir an, was du jetzt anhast... Wie fühlst du dich in diesen Kleidern?...

Was sagen die Kleider über dich aus?...

Was nimmst du wahr, wenn du dich in dein schlankes Ich hineinversetzt?...

Siehst du die Party mit anderen Augen?...

Wen oder was sehen die anderen Gäste, wenn sie dich ansehen?...

Und wie verhalten sich die anderen dir gegenüber?... Wirst du als du selbst gesehen?

Wirst du wegen deines Körpers und Aussehens bewundert?... Wie fühlst du dich?...

Bist du selbstsicher?... Oder fühlst du dich verletzt?...

Erlaubt dir das Dünnsein, bestimmte Dinge zu sagen oder zutun?...

Hindert dich das Dünnsein daran, bestimmte Dinge zu sagen oder zu tun?...

Verhältst du dich den anderen Leuten gegenüber jetzt anders als vorher, als du dick warst?...

Achte auf den Unterschied zu vorher, als du dick warst... Was ist anders bei dir und bei den anderen?...

Nimm jetzt wieder deinen tatsächlichen Umfang an...

Vergleiche die verschiedenen Situationen... mit welchem Körperumfang hast du dich am wohlsten gefühlt, mit welchem am unwohlsten?... Und warum?... Schau jetzt noch einmal auf die ganze Phantasiereise zurück und halte fest, was du dabei Neues über dich erfahren hast...

Wenn du soweit bist, komme ganz langsam mit deiner Aufmerksamkeit wieder in diesen Raum ins Hier und Jetzt zurück... Nimm dir die Zeit dazu, die du brauchst...

(bearbeitet von Sabine Schoberth-Bernard nach Susie Orbach, Anti-Diätbuch, Verlag Frauenoffensive, 1985)

Quelle:Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (2003), S. 69f.

Antworten unter Chiffre...



Alter:	ab 11 Jahre
Gruppengröße:	ab 20 Schülerinnen und Schüler
Dauer:	45 Minuten
Ziele:	Die Sus haben ihre Vorzüge und Qualitäten in Form einer Kontaktanzeige herausgestellt und diese in der Gruppe präsentiert.
Material:	Papier und Stifte

Anleitung

„Wir haben alle unsere Vorstellungen von unserem Traummann, von unserer Traumfrau.

Stellt Euch vor, Ihr würdet Euren Traumpartner, Eure Traumpartnerin mit einer Anzeige in einer Zeitung suchen. Was würde in Eurer Anzeige stehen?“

Die Mädchen und Jungen formulieren für sich selbst oder als Spielalternative für eine Spielpartnerin eine passende Kontaktanzeige. Zu Beginn kann es hilfreich sein, gemeinsam wichtige Punkte einer solchen Anzeige zu sammeln (eigene Vorzüge, Interessen, Vorstellungen und Wünsche an den Traumpartner, die Traumpartnerin). Falls sich die Mädchen und Jungen entschieden haben, die Anzeige für ihre Spielpartnerin und -Partner zu entwerfen, brauchen sie Zeit, um sich auszutauschen und den Text so zu verändern, dass er beiden gefällt. Die Anzeigen werden eingesammelt und anonym vorgelesen, und die Gruppe rät, für wen sie geschrieben wurden.

Mögliche Auswertungsfragen

- ⊗ Wie war die Zusammenarbeit in der Zweiergruppe?
- ⊗ Gibt es Gemeinsamkeiten in der Großgruppe?

Quelle: Fomm/Proissl (1998), S. 35.

Rollenspiel „Ich steh zu mir!“



Alter:	ab 15 Jahre
Gruppengröße:	6 bis 12 Schülerinnen
Dauer:	ca. 20 Minuten
Ziele:	Die SuS haben im Rollenspiel Szenen, in denen es um Abwertung des Körpers und des Äußeren geht, gespielt und Handlungsmöglichkeiten als Gegenreaktionen darauf entwickelt.
Material:	<ul style="list-style-type: none">⊗ Szenenbeschreibungen (Anlage)⊗ Accessoires für die Szenen, wie zum Beispiel ein Kleid, eine Zeitung

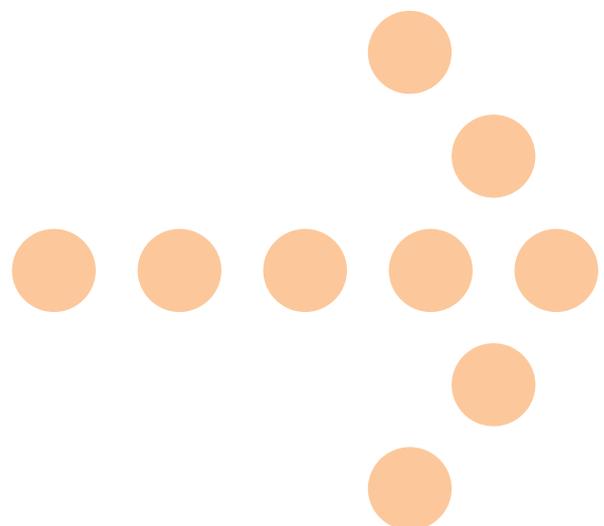
Anleitung

Ein bis zwei Situationen werden vorgespielt und anschließend besprochen. Wichtige Aspekte für das Gespräch:

- ⊗ Wie verhalten sich die Personen?
- ⊗ Warum verhalten sie sich so?
- ⊗ Wie fühlen sie sich?
- ⊗ Habt ihr ähnliche Situationen schon einmal selbst erlebt?
- ⊗ Welche Lösungen gibt es?
- ⊗ Welche Handlungsalternativen gibt es?

Im zweiten Schritt werden die Szenen erneut gespielt. Dieses Mal verhalten sich Lisa und Jana anders...

Quelle: Raab (2004), S. 92f.



Anlage

Szenenbeispiele für die Rollenspiele



Zwei Freundinnen gehen einkaufen. Lisa begeistert sich für ein Kleid. Ihre Freundin macht daraufhin die Bemerkung: „Meinst du wirklich, dass du so was tragen kannst?“ Lisa ist frustriert und probiert das Kleid erst gar nicht.



Jana und Jochen sitzen am Frühstückstisch. Jochen liest ein Magazin und sagt zu Jana: „Guck mal, wenn du ein bisschen abnehmen würdest, könntest du so was auch anziehen.“ Jana fühlt sich getroffen und beschließt, weniger zu essen.



Serema wird auf dem Pausenhof von einigen Jungs als „fette Sau“ beschimpft. Ihre Freundinnen tun so, als hätten sie nichts gehört. Serema fragt sich, ob ihre Freundinnen sie ebenfalls zu dick finden.



Viola und ihre Mutter sitzen im Wohnzimmer und lesen. Viola sieht in ihrer Zeitschrift ein Bild von ihrem Lieblingsfilmstar und kommentiert es mit den Worten: „Der sieht ja so toll aus!“ Die Mutter macht daraufhin einige verächtliche Bemerkungen und sagt: „Was hast du bloß für einen Geschmack!“



Jenny, 14 Jahre alt, kommt morgens in die Küche und setzt sich zu ihren Eltern an den Frühstückstisch. Ihre Eltern kritisieren ihre Kleidung, ihre Figur und ihre Hautprobleme. Jenny gibt eine wütende Antwort und verlässt das Haus, ohne zu frühstücken.

Quelle: Raab (2004), S. 92f.

Postkartengalerie



Alter:	ab 12 Jahre
Gruppengröße:	6 - 14 Schülerinnen und Schüler
Dauer:	Je nach Gruppengröße variabel, die Einheit sollte nicht länger als 20 Minuten in Anspruch nehmen, da sonst die Aufmerksamkeit der Schülerinnen und Schüler nachlässt.
Ziele:	Die Sus haben sich zu ihrem Schönheitsideal geäußert und die Meinung und Idealvorstellungen der anderen Mitschülerinnen kennengelernt.
Material:	Postkarten oder Bilder von unterschiedlichen Mädchen- und Frauentypen, Jungen- und Männertypen. Es sollten mindestens doppelt so viele Postkarten wie Schülerinnen und Schüler vorhanden sein.

Anleitung

Jedes Mädchen, jeder Junge sucht sich eine Postkarte unter der Fragestellung „Welcher Typ gefällt mir?“ und eine Postkarte mit der Frage „Welcher Typ gefällt mir überhaupt nicht?“ aus den Bildern aus.

Im Anschluss stellt jede Schülerin und jeder Schüler ihre Postkarte der gesamten Runde vor und erklärt, warum sie die jeweilige Postkarte gewählt hat.

Im Anschluss kann eine Auswertung stattfinden.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede können benannt werden.

Bemerkungen:

Je nach Zeitplan kann nur die erste Frage bearbeitet werden.

Quelle: Preiß/Wilser (2000), S. 50.



Assoziationskette



Alter:	unbegrenzt
Gruppengröße:	Klassenstärke nur Mädchen
Dauer:	5 bis 10 Minuten.
Ziele:	Die SuS haben ihre Meinung zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten spontan geäußert.
Material:	Kissen, Igelball oder ein ähnlicher Gegenstand, den sich die Teilnehmerinnen zuwerfen können.

Anleitung

Die Spielleitung hat verschiedene Satzanfänge vorbereitet (s.u.). Die Mädchen werfen sich den Ball zu. Diejenige, die den Ball fängt, vervollständigt den vorgegebenen Satzanfang. Der Ball wird solange weiter geworfen und der Satz vervollständigt, bis die Spielleiterin einen neuen Satzanfang vorgibt. Fällt einem Mädchen nichts ein, kann sie den Ball einfach weiter werfen. Es bietet sich an, auf Schnelligkeit zu achten. Die Spielleiterin achtet darauf, dass alle Mädchen den Gegenstand ungefähr gleich oft zugeworfen bekommen.

Mögliche Satzanfänge

- ⊗ Heute geht es mir...
- ⊗ Mein Lieblingsessen ist...
- ⊗ Diäten finde ich...
- ⊗ Hübsche Mädchen sind...
- ⊗ Dicke Mädchen sind...
- ⊗ Wenn ich an Essstörungen denke, dann...
- ⊗ Wenn ich eine Schönheitsoperation machen würde, dann...
- ⊗ Wenn ich einen Wunsch frei hätte, dann...

Bemerkung:

Eine Auswertung findet nicht statt, da es um das Benennen und nicht Bewerten möglichst vieler Meinungen geht. Individuell je nach Gruppe und inhaltlicher Intention veränderbar.

Quelle: Preiß/Wilser (2000), S. 48.

„Ratespiel Frauenbilder“



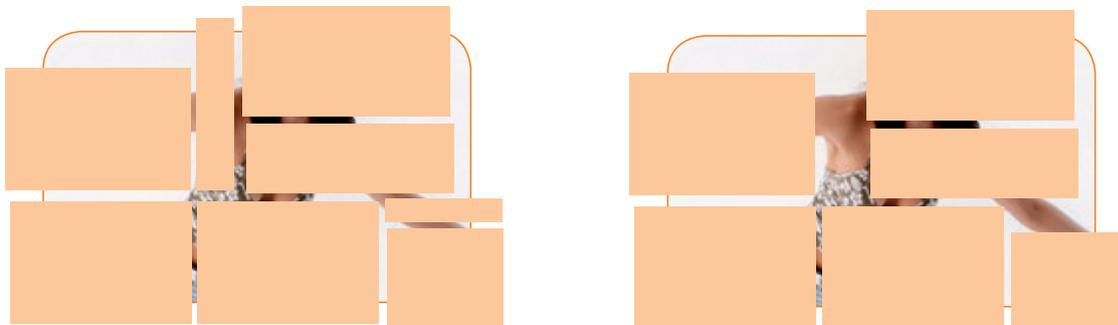
Alter:	ab 13 Jahre
Gruppengröße:	mindestens 6 bis 8 Schülerinnen
Dauer:	ca. 20 Minuten
Ziele:	Die SuS haben anhand von Frauenbildern über eigene und gesellschaftliche Vorstellungen von Schönheit diskutiert. Sie haben eigene und fremde Vorurteile gegenüber dicken und dünnen Menschen kennen gelernt.
Material:	Fotos von verschiedenen Frauen, die sich nach und nach aufdecken lassen

Anleitung

Alle Teilnehmerinnen sollten die (verdeckten) Bilder gut sehen können. Sie (oder eine Teilnehmerin) beginnen nun mit dem Abdecken des ersten Bildes. Die Teilnehmerinnen sollen nun ihren Gedanken freien Lauf lassen und ihre Ideen zu den Bildern laut aussprechen. Dabei darf es ruhig lebhaft werden – die Übung lebt von Dynamik! Versuchen Sie die Teilnehmerinnen mit verschiedenen Fragen zu motivieren.

Beispiele für Fragen:

- ⊗ Was ist das für eine Frau?
- ⊗ Ist sie dick oder dünn?
- ⊗ Ist sie jung oder alt?
- ⊗ Ist sie hübsch?
- ⊗ Wie geht es ihr? Was drückt das Bild aus?
- ⊗ Was macht sie beruflich?



Wichtig ist, dass Sie durch die Auswahl der Bilder für ein paar Überraschungseffekte sorgen. Zum Beispiel eine sehr hübsche Frau, von der zunächst nur das Gesicht zu sehen ist, veranlasst die meisten Mädchen zu glauben, dass sie sehr dünn sei, und sind erstaunt, wenn sie feststellen, dass sie es nicht ist. Von einer anderen Frau sind zunächst nur die etwas kräftigen Oberarme zu sehen. Die meisten Mädchen glauben daher, dass die Frau alt und hässlich sei, und sind völlig überrascht, wenn sie das ganze Bild sehen.

Bemerkungen:

Idealerweise sollten die Bilder ein breites Spektrum von Frauen zeigen. Die Fotos können auf einem Notebook (z. B. als Powerpointpräsentation) gezeigt werden. Sollte diese Möglichkeit nicht bestehen, müssen Sie ein wenig improvisieren. Kleben Sie z. B. interessante Bilder aus Modezeitschriften auf Fotokarton auf und verdecken sie mit Fotokartonstücken.

Quelle: Raabe (2004), S. 88f.

Was ist Schönheit?



Alter:	ab 12 Jahre
Gruppengröße:	6 bis 16 Schülerinnen und Schüler
Dauer:	40-60 Minuten
Ziel:	Die SuS haben eigene und gesellschaftliche Kriterien für Schönheit benannt. Sie haben eine Skala der von der Gruppe genannten Schönheitsmerkmale entsprechend ihrer Wichtigkeit erstellt.

Anleitung

Die Abbildungen der Models werden auf einen großen Tisch gelegt. Nach ca. 3 Minuten Betrachtungszeit wählt jede Teilnehmerin, jeder Teilnehmer das Model aus, das ihr oder ihm am besten gefällt. Mehrere Schülerinnen und Schüler können das gleiche Model wählen. Im Anschluss begründet jede Schülerin und jeder Schüler, warum ihr oder ihm das Model gefällt. Danach schreibt die Gruppe auf, welche Eigenschaften und Merkmale als Begründungen genannt werden, warum jemand das ausgesuchte Model besonders schön findet.

Danach werden alle Abbildungen erneut ausgelegt und alle wählen nun nach 3-minütiger Betrachtungszeit das Model aus, welches ihnen am wenigsten gefällt.

Auch hier findet im Anschluss ein Austausch statt, und es wird aufgeschrieben, welche Merkmale und Eigenschaften genannt werden, warum jemand das ausgesuchte Model nicht schön findet.

Zum Abschluss wird von der Gruppe eine Skala der Schönheitsmerkmale erstellt. Oben auf der Skala steht das Merkmal, das für diese Gruppe für die Schönheit am wichtigsten ist, unten das Merkmal, das für diese Gruppe am unwichtigsten ist.

Bemerkungen:

Die Übung kann dadurch abgekürzt werden, dass Jungen und Mädchen von Beginn an in Kleingruppen arbeiten. Wenn man mit Jungen und Mädchen die Übung getrennt durchführt, kann man im Anschluss eine gemeinsame Einheit unter möglichen Fragestellungen durchführen:

- ⊗ Welches Schönheitsideal haben Mädchen bzgl. Mädchen und Frauen?
- ⊗ Welches Schönheitsideal haben Jungen bzgl. Mädchen und Frauen?
- ⊗ Wo gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede?

Quelle: Preiß/Wilser (2000), S. 55.

Umgang mit Betroffenen

1. Handlungsmöglichkeiten im Rahmen von Schule

Es ist notwendig, den Blick für das Problem der Essstörungen zu schärfen, Beobachtungen richtig einzuordnen und Betroffenen Brücken zur Behandlung ihrer Krankheit zu bauen.

Bei Essstörungen handelt es sich um komplexe psychosomatische Störungen mit Suchtcharakter. Im Gegensatz zu anderen Suchtgefährdungen ist der Bildungsauftrag geringer gefährdet, da Magersüchtige und Bulimikerinnen vorbildliche Schülerinnen sind.

Bei der starken Leistungsorientierung und dem oft angepassten Verhalten der Magersüchtigen bleiben die für andere Suchtgefährdungen „typischen Auffälligkeiten“ lange aus.

Wie registriert und reagiert die Schule bei der Problemlage Mager- und Ess- Brechsucht?

Effektive Hilfe ist möglich, wenn sich das Kollegium über das Thema informiert und der bedrohliche Charakter der Krankheit Magersucht klar ist.

Bei Wahrnehmung und Vermutung des gestörten Essverhaltens oder der schlechten körperlichen Verfassung, sollte die Dokumentation der Auffälligkeiten und der Austausch mit dem Klassenlehrer/ Stufenlehrer oder Vertrauenslehrer erfolgen und gegebenenfalls sollte die Schulleitung eingeschaltet werden.

Klare Absprachen sollten im Kollegium darüber getroffen werden, welche Kollegen sich um den jeweiligen Fall kümmern, um so die Einhaltung von eventuell getroffenen Vereinbarungen zu gewährleisten.

Vereinbarungen mit Betroffenen könnten sein: eine Gesundheitsreibung von einem Facharzt zu erbringen oder der Nachweis über einen Besuch in einer Beratungsstelle für Essstörungen.

Im Falle einer schwerwiegenden Mangelernährung sollte die Verantwortung abgelehnt werden, die Schülerin am Sportunterricht teilnehmen zu lassen. Fehlzeiten, auch bei guten Schüler und Schülerinnen, sollten als Missachtung der Anwesenheitspflicht gewertet und angesprochen werden.

Bei minderjährigen Schülerinnen und Schülern sind die Eltern dringend einzubeziehen, Vereinbarungen müssen kontrolliert werden, da die Nichteinhaltung Konsequenzen nach sich ziehen sollte, um so die Motivation zur Verhaltensänderung zu fördern.

„Für Janina, 19 Jahre kam die Wende, als die Schule nicht mehr bereit war, sie weiter zu unterrichten, sondern sie in der 13. Klasse beurlaubt wurde, um sich wegen ihrer Essstörung behandeln zu lassen.“

Im Rückblick beschreibt Janina dies so:

„Am meisten geholfen hat die Trennung von der Schule, also dass man sich seiner Krankheit ausgeliefert sieht und sie deutlich spürt.“

(Seeger 2004, S. 45)

Die Leistung tritt bei Essgestörten vor Beziehungen und Freundschaften, in einer Phase, in der natürlicherweise die Peergroup an Bedeutung gewinnt und die Abgrenzung zu Eltern und Lehrern stattfinden muss, um die eigene Identität zu entwickeln.

Die betreuenden Kollegen sollten sich als Ratsuchende mit einer zuständigen Beratungsstelle in Verbindung setzen, um sowohl Verhaltenssicherheit im Umgang mit der Krankheit zu erhalten als auch einen konsequenten Umgang mit den Betroffenen zu gewährleisten.

Die Schulleitung sollte die betroffenen Schüler und Schülerinnen um eine teilweise Aufhebung des Datenschutzes bitten, um den Umgang mit der Betroffenen mit dem betreuenden Therapeuten abzustimmen. Die Inhalte der Gespräche zwischen Therapeut und Schüler oder Schülerin unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Bei sehr schlechter körperlicher Verfassung kann ein Schulbesuchsverbot zum Schutz nötig sein.

Eventuell muss ein Amtsarzt eingeschaltet werden.

Gibt es Hinweise in Gesprächen auf ein möglicherweise stark ungünstiges Erziehungsklima und verweigert eine Familie die Kooperation, schaltet die Schulleitung das Jugendamt ein.

Priorität hat die Verhinderung einer Verschlechterung und Chronifizierung der Erkrankung durch zu langes Zögern. Bei einer Erkrankungsdauer von 6 Monaten sprechen die Fachleute von einer Chronifizierung. Hier ein positives Beispiel (Seeger 2004, S.44):

„Meine Religionslehrerin sprach mich in der Schule an. Sie sagte, dass ihr aufgefallen ist, dass meine Noten in jedem Fach sehr gut sind. Gleichzeitig werde ich auch immer dünner. Ob ich wüsste, was das für Zeichen sind?

Sie sprach mich auf Magersucht an und gab mir die Telefonnummer der Jugend und Drogenberatung gleich dazu, was ich hilfreich fand.“ (Veronika, 20 Jahre) (Seeger 2004, S. 44)

Folgende Anregungen haben sich in Gesprächen mit Betroffenen bewährt:

- ⊗ Die Isolation und die Auffälligkeiten im sozialen Bereich thematisieren
- ⊗ Die Integration in die Gruppe fordern und fördern (Gruppenarbeit, Ausflug, Aktivitäten mit der Klasse)
- ⊗ Lehrkräfte und Mitschüler und Mitschülerinnen scheuen sich Betroffene anzusprechen aus Sorge, keine sichere Diagnose stellen zu können und nicht genau zu wissen, wie sie damit umgehen sollen?

In den Abschnitten 2 und 3 finden Sie Hinweise zur Unterstützung eines Gesprächs sowie konkrete Beispiele für die direkte Ansprache.

Aussagen betroffener Mädchen

Die nachfolgenden Zitate von Schülerinnen, deren Altersangaben ihrem heutigen Alter entspricht und deren Name geändert wurde, haben wir aus dem Artikel von Seeger (2001, S. 44 ff) entnommen:

„Die (damit waren Lehrer gemeint) würden erst etwas merken, wenn ich nicht mehr da, also tot, wäre. Die Tatsache, dass mich wirklich fast niemand angesprochen hat, tat nur weh, und bestärkte mich NOCH MEHR abzunehmen, dass es auch wirklich ersichtlich war.“

„Hilfestellung hätte ich mir im Rückblick von einer Freundin erhofft Hilfe insofern, dass sie mir einfach die Wahrheit sagt, gerade raus... dass ich dünn bin und eklig aussehe.“ (Eva, 23 Jahre)

„Ich hätte mir damals wirklich gewünscht, dass das Thema Bulimie offener behandelt wird, Bulimie war eine unsichtbare Größe, die um so größer werden konnte, weil sie nie Thema war. Das Schlimme an dieser Zeit war, dass alle nur voneinander ahnten, aber es wurde nur indirekt darüber gesprochen. Ich selbst habe erst in der 12. Klasse mit einer Mitschülerin gesprochen. Sie hatte mich auf mein Essproblem angesprochen und selbst von ihrem Essproblem geredet.“ (Florence, 24 Jahre)

„Meine Biologielehrerin fragte mich einmal, ob ich Probleme mit der Schilddrüse habe, weil ich so extrem abgenommen habe, als ich verneinte, war das für sie erledigt.“ (Judith, 26 Jahre)

„Der Wunsch, es einer Person an der Schule zu sagen, war da. Ich bin nie auf die Idee gekommen, mich an die Vertrauenslehrer zu wenden. Ich hatte diese Lehrer auch im Unterricht.

Im Nachhinein fallen mir zehn Mädchen ein, die alle ein überaus gestörtes Verhältnis zum Essen hatten und ich kann es nicht glauben, dass es keinem Lehrer aufgefallen ist, zumindest auf einer Studienfahrt.“

„Auf meiner Studienfahrt wollte ich unbedingt abnehmen und an einem Abend bin ich sogar vor einem Restaurant zusammengebrochen, weil ich den ganzen Tag nichts gegessen hatte und ich stundenlang davor daran denken musste, wie ich mir unauffällig nur einen Salat bestellen kann, ohne dass die anderen blöde Bemerkungen übers Abnehmen machen.“ (Florence, 24 Jahre)

(alle Zitate aus Seeger 2004, S. 44f)

2. Wenn Sie eine Essstörung vermuten...

- ⊗ Mut zur Ansprache – nicht aufgeben
- ⊗ Sprechen Sie die /den Heranwachsenden alleine an.
- ⊗ Bieten Sie in regelmäßigen Abständen Gespräche an.
- ⊗ Es bedarf oft mehrerer Gespräche, um sich zu öffnen.
- ⊗ Zeigen Sie Verständnis, ohne die Essstörungen gutzuheißeln.
- ⊗ Stellen Sie Offenheit her – verteufeln Sie die Essstörung nicht.
- ⊗ Reduzieren Sie die Betroffenen nicht auf die Essstörung, bagatellisieren Sie aber auch nicht!
- ⊗ Setzen Sie Grenzen und respektieren Sie die Grenzen Ihrer Schüler und Schülerinnen.
- ⊗ Stärken der gesunden Anteile – motivieren Sie die Schüler und Schülerinnen weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen.
- ⊗ Führen Sie Gespräche mit den Eltern nur nach vorheriger Information der Schüler und Schülerinnen.
- ⊗ Geben Sie die psychotherapeutische Verantwortung ab, versuchen Sie keinen Alleingang!
- ⊗ Bieten Sie Hilfe bei der Suche nach weiterer Unterstützung an.
- ⊗ Fordern Sie eine ärztliche Bestätigung der Schulfähigkeit.

3. Gesprächsbrücken

- ⊗ Mir fällt auf...
- ⊗ Das ist typisch für...
- ⊗ Ich könnte mir vorstellen, dass...
- ⊗ Ich habe Sorge, dass...
- ⊗ Was für Dich zutrifft, weißt nur Du...
- ⊗ Du entscheidest, ob Du Hilfe möchtest
- ⊗ Überlege, ob du Unterstützung haben möchtest...
- ⊗ Das Verhalten einfach zu verändern ist schwieriger als gedacht...
- ⊗ Was könntest Du bereits jetzt tun um, deinen Körper zu schützen...
(vgl. Kubenz 2003)

4. Essstörungen – Beratung, Behandlung und Therapie in Hamburg

Beratungsstellen

Kajal

Suchtprävention und Beratung für Mädchen
Hospitalstraße 69
22767 Hamburg
Tel. 040 / 380 69 87
Fax: 040 / 38 61 31 56
E-Mail: kajal@frauenperspektiven.de

SuchtPräventionsZentrum

Hohe Weide 16
20259 Hamburg
Tel.: 040 / 42 88 42-911
Fax: 040 / 42 88 42-902
E-Mail: spz@bsb.hamburg.de
Internet: www.li-hamburg.de/spz

Waage e.V.

Eimsbüttler Straße 53
22769 Hamburg
Tel. 040 / 491 49 41
Fax: 040 / 491 49 41
E-Mail: info@waage-hh.de
Internet: www.waage-hh.de

Stationäre Therapie

Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters
Liliencronstraße 130
22149 Hamburg
Tel. 040 / 673 77 - 0
E-Mail: info@kkh-wilhelmstift.de
Internet: www.kkh-wilhelmstift.de

Selbsthilfe

KISS Hamburg

Kontakt- und Informationsstellen für
Selbsthilfegruppen
Wandsbeker Chaussee 8
22089 Hamburg
Tel. 040 / 39 57 67 · Tel. 040 / 41 52 01 80
Fax: 040 / 41 52 01 90
E-Mail: kiss@paritaet-hamburg.de
Internet: www.kiss-hh.de

Beratung und ambulante Hilfen

Die Brücke e. V.

„sMUTje“-Starthilfe für MUTige Jugendliche mit
Essstörungen in mehreren Hamburger Bezirken
Wördemanns Weg 23a
22527 Hamburg
Tel. 040 / 666 120
E-Mail: info@smutje-hh.de
Internet: www.bruecke-online.de

Moby Dick

Hilfe für übergewichtige Kinder
Präventionszentrum Dr. Petersen
Lilienstraße 36
20095 Hamburg
Tel. 040 / 32 52 52 38
Fax: 040 / 32 52 74 22
E-Mail: info@mobydickhamburg.de
Internet: www.mobydickhamburg.de

Rallye-energy

Therapieprogramm für übergewichtige Kinder
und Jugendliche
Zentrale für Ernährungsberatung e.V.
Lohbrügger Kirchstraße 65
21033 Hamburg
Tel. 040 / 428 756 108
E-Mail: ernaehrung-hamburg@gmx.de
Internet: www.rallye-energy.de/links.php

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie –
Psychotherapie – Psychosomatik
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel. 040 / 74 10-52 230

Literaturverzeichnis

- Amann, S. (2003):
Die dicken Kinder von Künast.
 Auf: [http://premium-link.net/\\$62535\\$259988282\\$/0,1518,1022_pkt_00200-255654,00.html](http://premium-link.net/$62535$259988282$/0,1518,1022_pkt_00200-255654,00.html), Panorama, Spiegel online, (18.10.2005).
- Aok – Medienpaket Sucht hat viele Ursachen – Alkohol und Medikamente (1994).**
 Remagen und Leipzig: Aok-Verlag.
- Bear U. (1994).**
 Remscheiderspielekarrei: 24 thematische Spielketten mit 200 Spielen zum sozialen Lernen. Ökoptopia.
- Behörde für Bildung und Sport Hamburg (2003):
Bildungsplan für die integrierte Gesamtschule Sek I.
- Buddeberg-Fischer, B. (2002). **Körpergewicht, Körpererleben und Essverhalten von Jugendlichen.** IN: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich (S. 41-46). Zürich.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004a): **Essgewohnheiten. Materialien für 5-10 Klasse.** Reihe: Gesundheitserziehung und Schule.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2004b): **Essstörungen was ist das?.**
- DHS: Info Essstörungen 2004, S. 40-41
- Flaake, K. (1996).
Geschlechtsspezifische Arbeit mit Mädchen und Jungen. IN: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.). „Das Gleiche ist nicht dasselbe“ - Geschlechtsspezifische Suchtprävention mit Mädchen! Und mit Jungen? (S. 7-16). Hamburg.
- Fromm, A. & Proissl, E. (1998):
„laut-stark und hoch-hinaus“. Ideenbuch zur mädchen-spezifischen Suchtprävention.
 Aktion Jugendschutz
- Hurrelmann, K. & Bründel, H. (1997).
Drogengebrauch – Drogenmißbrauch: eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit.
 Darmstadt: Primus.
- Hagemann-White, C. (1992):
Berufsbildung und Lebensperspektive in der weiblichen Adoleszenz.
 IN: K. Flaake & V. King (Hrsg.). Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen (S. 64-83). Frankfurt a. M. u.a.: Campus.
- Kubenz, K. (2003): **Folienvortrag zum Thema Essstörungen.** Hamburg.
- Landeszentrale für Gesundheit in Bayern (2003):
4. Bayrisches Forum Suchtprävention, Schwerpunktthema Essstörung
- Lawrence, M. (1990):
Satt aber hungrig. Frauen und Essstörungen.
 Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Munz, D. (2001):
Erscheinungsformen von Essstörungen.
 IN: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.).
 Essstörungen: (K)ein Thema für die Schule?
 Eine Handreichung für die Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Baden-Württemberg (S. 5 -20). Informationsdienst zur Suchtprävention, Ausgabe 12.
- Meier, J. (2001):
Zwischen Demut und Hochmut.
 Tageszeitung, 12./13. Mai, S. VII.
- Minuchin, S. (1988):
Familien szenen. Problemmuster und Therapien.
 Hamburg: Rowohlt.
- o. A. (2005a):
Dicke Kinder durch Bewegungsmangel.
 Auf: www.stern.de/wissenschaft/gesund_leben/aktuell/id?=524617 (17.10.2005).
- o.A.(2005b):
Wohlstandsprodukt dicke Kinder.
 Auf: www.3sat.de/nano/astuecke/24761 (17.10.2005).
- Oerter, R. & Dreher, E. (2002).
Jugendalter.
 IN: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.).
 Entwicklungspsychologie, 5. Auflage (S. 258-318).
 Weinheim, Basel und Berlin: Beltz PVU.
- Preiß, D. & Wilser, A. (2000):
Nichts leichter als Essen?! Essstörungen im Jugendalter.
 Stuttgart.
- Pollack, M. (2003):
Deutschland steht vor Fett-Desaster.

Auf: [http://premium-link.net/\\$62535\\$259988282\\$/0,1518,1022_pkt_00200-270008,00.html](http://premium-link.net/$62535$259988282$/0,1518,1022_pkt_00200-270008,00.html), Wissenschaft, Spiegel online (18.10.2005).

Raabe, K. (2005):

Mädchenspezifische Prävention von Essstörungen. Handlungsansätze für die Praxis.

Schneider Verlag GmbH

Robert Koch Institut (2006):

KIGGS – die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Auf: www.kiggs.de/medien/index.htm

Roth, M. (1998):

Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl.

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51, (S.150 -164).

Rüsch, D. (2004):

Das Ritzen zwischen grenzenlosem Glück und unglücklichen Grenzen.

IN: Sozialmagazin, 29. Jg 7-8. (S. 72 – 79).

Schaffrath Rosario, A. & Kurth, B. - M. (2006):

Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas.

IN: Robert Koch Institut: KIGGS-Symposium, (25.09.2006).

Schmidt, B. & Kolip, P. (1999).

Geschlechtsspezifische Suchtprävention im Jugendalter.

Das Gesundheitswesen, 61, Sonderheft 1, 32-34.

Seeger, R. (2001):

Die Schulzeit – eine Rückschau von Betroffenen.

IN: Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart (Hrsg.). Essstörungen: (K)ein Thema für die Schule?. Eine Handreichung für die Lehrerinnen und Lehrer für Informationen zur Suchtprävention in Baden-Württemberg (S. 41-46). Informationsdienst zur Suchtprävention, Ausgabe 12.

Stahr, I., Barb-Priebe, I. & Schulz, E. (1995).

Eßstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten.

Weinheim und München: Juventa.

Stahr, I. (1999).

Eßstörungen in der Adoleszenz: Neue epidemiologische Daten und theoretische Entwicklungen (S. 89-108).

IN: P. Kolip (Hrsg.). Programme gegen Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim und München: Juventa.

Vogel, G. (1999):

„... immer gut drauf?“

Ideenbuch zur jungenspezifischen Suchtprävention.

Aktion Jugendschutz.

Vopel, K. W. (1991):

Interaktionsspiele, Teil 5.

Salzhausen: iskopress.

Vorpahl, B.-W. (2004):

Essgewohnheiten.

Materialien für die 5.-10. Klasse. BZgA.

Wardetzki, B. (2000).

Iß doch endlich normal! Hilfen für Angehörige von eßgestörten Mädchen und Frauen.

München: Kösel

Zentralstelle für Suchtvorbeugung in der LSSH und Koordinationsstelle für schulische Suchtvorbeugung (1994).

dünn und dann? Ein Arbeitshandbuch rund ums Essen und Schönheit für Mädchen ab 10.

Schleswig-Holstein

Zubrägel, S. & Settertobulte, W. (2003).

Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen.

IN: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.). Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (S. 159-182). München und Weinheim: Juventa.

Literatur und Medienempfehlungen

Essstörungen allgemein

Buddeberg-Fischer, B. (2000). **Früherkennung und Prävention von Essstörungen - Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen.** Schattauer Verlag

BZgA (Hrsg.) (2001): **Essstörungen. Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen.**

Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2000). **Was sind Ess-Störungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung.** Beltz Verlag

Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1999). **Wege aus der Essstörung. Magersucht und Bulimie.** Trias Verlag

Hauner, A. & Reichart, E. (2004): **Bodytalk. Der riskante Kult um Körper und Schönheit.** DTV

Pollmer, U., Knoll, G. & Friebe, R. (2005): **Eßt endlich normal! Wie die Schlankheitsdiktatur die Dünnen dick und die Dicken krank macht.** Piper Verlag

Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.) (2001): **Psychotherapie der Essstörungen.** Thieme Verlag

Reich, G., Götz-Kühne, C., Killius, U. (2004): **Essstörungen.** Trias Verlag

Schneider-Henn, K. (1988): **Die hungrigen Töchter. Essstörungen bei jungen Mädchen.** Kösel Verlag

Wardetzki, B. (2002): **Iss doch endlich normal! Hilfe für Angehörige von essgestörten Mädchen und Frauen.** Kösel Verlag

Wolf, N. (2000): **Der Mythos Schönheit.** Rowohlt Taschenbuch Verlag

Magersucht

Bruch, H. (1998): **Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht.** Fischer Verlag

Bruch, H. (2000): **Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht.** Fischer Taschenbuch Verlag

Selvini Palazzoli, M. (1998): **Magersucht. Von der Behandlung Einzelner zur Familientherapie.** Klett-Cotta Verlag

Anorexie und Bulimie

Gerlinghoff, M., Backmund, H. & Mai, N. (2004): **Magersucht und Bulimie. Verstehen und Bewältigen.** Beltz Verlag

Selvini Palazzoli, M. (1999): **Anorexie und Bulimie.** Klett-Cotta Verlag.

Bulimie

Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2004): **Der Heißhunger. Wenn Essen nicht satt macht.** Bulimie. DTV

Langsdorff, M. (2002): **Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen. Bulimie – Verstehen und heilen.** Fischer TB

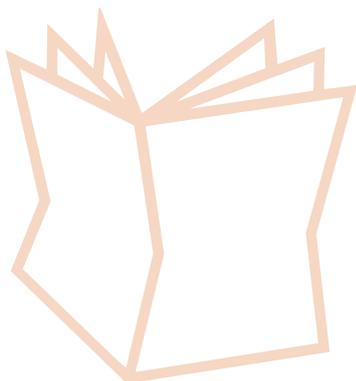
Bauer, B., Anderson, W. P., Hyatt, R.W. (2002): **Bulimie.** Beltz Verlag Tb

Esssucht

Beil, B. (1999): **Das übergewichtige Kind.** Mosaik Verlag

Orbach, S. (2001): **Anti-Diät-Buch I. Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen für Esssucht.** Frauenoffensive

Wabitsch, M., Hebebrand J., Kiess, W. & Zwiauer, K. (Hrsg.) (2004): **Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik.** Springer-Verlag



Männer

Miebach, R. (2002): **Hungersucht Man(n) kotzt sich aus. Ein bulimiekranker Mann erzählt.** Pro Literatur Verlag

Pope, H.G., Phillips, K. A. & Olivardia, R. (2001): **Der Adonis-Komplex. Schönheitswahn und Körperkult bei Männern.** DTV

Wappis, B (2005): **Darüber spricht man(n) nicht...! Magersucht und Bulimie bei Männern.** Books on Demand GmbH

Unterrichtsmaterial

BZgA (2004): **Essgewohnheiten. Materialien für 5.- 10. Klasse.** Reihe: Gesundheitserziehung und Schule.

Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK): **„Verflixte Schönheit“.** – Schönheitskoffer. Projektideen für die Schule, Lehrermanual und Kreativmanual. DAK Hamburg

Fromm, A. & Proissl, E. (1998): **„laut-stark und hoch-hinaus“.** Ideenbuch zur Mädchenspezifischen Suchtprävention. Aktion Jugendschutz

Kliebisch, U.W. & Weyer, D. (2001): **Selbstwahrnehmung und Körpererfahrung. Interaktionsspiele und Infos für Jugendliche.** Verlag an der Ruhr

Meier, C. (Hrsg.) (1997). **Medikamente, Männer, Marzipan. Handbuch zur frauengerechten Suchtprävention.** Zürich: Seismo

PEP, Prävention von Ess-Störungen Praxisnah (Hrsg.). Von Isenschmid, B., Steiner Roth, S. & Rytz, T. (2005): **Magersucht und Bulimie. Informationen und Tipps für Jugendliche.** Schulverlag blmv (enthalten: 1 A4-Ordner, 1 Audio-CD, 2 DVDs, 1 CD-ROM)

Vogel, G. (1999): **„... immer gut drauf?“ Ideenbuch zur jugendspezifischen Suchtprävention.** Aktion Jugendschutz.

Unterrichtsprogramme

Burow, F., Aßhauer M. , Hanewinkel, R. (1998): **Fit und stark fürs Leben. 1 und 2. Schuljahr.** Klett.

Burow, F., Aßhauer M. , Hanewinkel, R. (1999): **Fit und stark fürs Leben. 3 und 4. Schuljahr.** Klett.

Burow, F., Aßhauer M. , Hanewinkel, R. (2002): **Fit und stark fürs Leben. 5 und 6. Schuljahr.** Klett.

Institut für Therapie – und Gesundheitsforschung – Nord (Hrsg.) (2002): **Eigenständig werden, 1-4.** Kiel.

Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (2005): **Selbstständig werden – Eigenständig bleiben. Ein Unterrichtsprogramm zur Suchtprävention für Sekundarstufe I.**

Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung (2006): **PeP – Unterrichts-Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention für Schülerinnen und Schüler mit besonderem Förderungsbedarf.**

Jugendbücher

Arold, M. (2001):

Völlig schwerelos. Miriam ist magersüchtig. Fischer Verlag

Miriam findet sich zu dick. Bis zur Klassenfahrt will sie acht Kilo weniger wiegen. Sie isst kontrolliert und treibt Sport. Schnell sind sechs Kilo abgenommen. Trotzdem fühlt sie sich immer noch nicht wohl und nimmt weiter ganz bewusst ab, sie isst praktisch nichts mehr. Plötzlich kann sie nicht mehr damit aufhören, nichts zu essen... .

Blobel, B. (1998):

Meine schöne Schwester.

Arena TB (ab 13 Jahre)

Dana steht im Schatten ihrer schönen Schwester. Sie tröstet sich zuerst mit Essen, und dann beschließt sie abzunehmen. Doch die Abmagerungskur entwickelt sich zum zwanghaften Hungern.

Caspary, K. (2004):

XXS.

Goldmann Wilhelm GmbH (ab 13 Jahre)

Die dreizehnjährige Sophia ist magersüchtig. Ihre Abneigung gegen das Essen ist in Wahrheit eine Abneigung gegen ihr Elternhaus, gegen ihre alkoholranke Mutter und ihren erfolglosen Vater, der seinen Frust an der Tochter auslässt.

Eikenbusch, G. (1999):

Und jeden Tag ein Stück weniger von mir.

Ravensburger TB (ab 14 Jahre)

Plötzlich bricht Frauke zusammen. „Pubertätsmagersucht“ stellen die Ärzte fest. Sie wird in eine Spezialklinik eingeliefert und künstlich ernährt. Frauke ist stolz auf sich. Jedes Gramm weniger ist ein Stück mehr von mir... .

Frey, J. (2005):

Luft zum Frühstück – Ein Mädchen hat Magersucht.

Loewe Verlag GmbH (ab 12 Jahre)

Serafina wiegt 64 Kilo. Sie fühlt sich dick und unglücklich. Wie gerne wäre sie so schön und schlank wie ihre Freundin Ernestine. Immer übermächtiger wird dieser Wunsch in ihr, und eines Tages hört sie auf zu essen. Wie erschreckend leicht man in einen solchen Teufelskreis aus Diäten und gestörter Körperwahrnehmung hineingerät und wie schwer es ist, wieder herauszukommen schildert dieses Buch.

Hede, M. (2000):

Spiegelblicke.

Arena LIFE (ab 13 Jahre)

Tagebuch der 17- später 18 -jährigen Gymnasiastin Evelyn, das einen Teilabschnitt ihrer bereits mehrer Jahre andauernden Magersucht dokumentiert.

Hornbacher, M. (2001):

Alice im Hungerland. Leben mit Bulimie und Magersucht.

Ullstein TB-Verlag (ab 16 Jahre)

Eine realistische und eindringliche Sichtweise einer Betroffenen, die ihre schmerzhaften Erinnerungen schildert und dabei ein Licht auf das komplizierte Geflecht persönlicher, familiärer und gesellschaftlicher Ursachen der Bulimie und Magersucht wirft.

Kolloch, B & Zöller E. (2003):

Hunger, Hunger.

Klopp Verlag

Isabelle will eigentlich nur ein paar Kilo abnehmen, aber dann verliert sie die Kontrolle: immer wieder geht sie an den Kühlschrank und anschließend muss sie sich übergeben. Sie sucht einen Weg aus der Bulimie. (Inklusive Lehrerhandreichung)

Pressler, M. (1986):

Bitterschokolade.

Beltz Verlag (ab 13 Jahre)

Die 15 jährige Eva ist dick und fühlt sich deswegen einsam und ungeliebt. Ihren Kummer frisst sie in sich hinein. Eva ist fresssüchtig. Doch langsam beginnt sie zu verstehen, dass es nicht der Speck ist, der sie von anderen trennt. Sie beginnt sich nach und nach zu akzeptieren.

Scheen, K. (2003):

Mondfee.

Beltz Verlag (ab 14 Jahre)

Cindy fühlt sich völlig verunsichert und hilflos. Sie hat Angst, eine Angst, der sie sich völlig ausgeliefert fühlt. Zuerst versucht sie, die Angst durch schwimmen und Laufen „wegzutrainieren“. Lange merkt niemand etwas. Cindy wird immer dünner und fühlt sich dabei immer stärker. Als sie zusammenbricht, stellt sich heraus, dass Cindys Probleme die der ganzen Familie sind. In der Therapie lernt sie die Zusammenhänge erkennen, und so kann ihre Heilung beginnen.

Filme

Die Diätenfalle. Vom sinnlosen Hungern.

Katholisches Filmwerk (Hrsg.) (2001). Ludwigstr. 33, 60327 Frankfurt am Main. 44 Minuten. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Hamburg – Medienverleih

Durch Dick und Dünn. Magersucht & Julia.

Katholisches Filmwerk (Hrsg.) (1997). Ludwigstr. 33, 60327 Frankfurt am Main. 11 Minuten. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Hamburg – Medienverleih

Hungry Hearts. Wenn Essen ein Problem ist .

Filme zum Thema „Essstörungen“ von betroffenen Mädchen und jungen Frauen. Medienprojekt Wuppertal e.V. (2001). Hofaue 55, 42103 Wuppertal. Gesamtlänge 132 Minuten.

Seelenhunger. Zwischen Esszwang und Diätenterror.

media-versand. Brühlstraße 15, 73479 Ellwangen. www.media-versand.de. 12 Minuten.

Zu dick? Zu dünn?. Eine Filmreihe zum Thema Essstörungen bei Jugendlichen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2002). 4 Folgen à 15 Minuten. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Hamburg – Medienverleih

Super size me (2004).

99 Minuten. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Hamburg – Medienverleih

Übergewicht bei Kindern – Auswege aus einer Zwickmühle (2005).

15 Minuten. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Hamburg – Medienverleih

Wer sich falsch ernährt, lebt verkehrt (1988).

18 Minuten. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Hamburg – Medienverleih

Von der Sucht mager zu werden. Bilder einer Krankheit (1983).

31 Minuten. Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung, Hamburg – Medienverleih

Internetadressen zum Thema Essstörungen

www.bzga-essstoerungen.de

- ⊗ allgemeine Informationen zu Essstörungen
- ⊗ Präventionsangebote und Beratungsstellen in Deutschland, sowie Hinweis auf Telefonberatung
- ⊗ Literatur- und Medienliste

www.essstoerungen-frankfurt.de

- ⊗ allgemeine Informationen zu Essstörungen
- ⊗ Projekte, Fortbildungsveranstaltungen und Literatur
- ⊗ Onlineberatung

www.bundesfachverbandessstoerungen.de

- ⊗ Zusammenschluss von Beratungs- und Therapieeinrichtungen in Deutschland

www.magersucht-online.de

- ⊗ Information zu Magersucht
- ⊗ Adressen
- ⊗ Diskussionsforum und Online-Chat

www.magersucht.de

- ⊗ Ein ehrenamtliches Projekt: Hilfe zu Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige
- ⊗ Austauschforum

www.bulimie-online.de

- ⊗ Information zu Bulimie
- ⊗ Adressen
- ⊗ Diskussionsforum und Online-Chat

www.adipositas-online.info/

- ⊗ Information zu Adipositas
- ⊗ Adressen
- ⊗ Internetkommunikation

www.hungrig-online.de

- ⊗ Umfangreiche Informationen zu Essstörungen
- ⊗ Liste für Krisendienste, Online-Forum und Chat
- ⊗ Adressenliste für Beratungsstellen, Kliniken und Selbsthilfegruppen in Deutschland, Österreich und der Schweiz

www.anad-pathways.de

- ⊗ Informationen zu Essstörungen
- ⊗ Persönliche Chatberatung
- ⊗ Angebot für therapeutisch betreute Wohngemeinschaften für Personen mit Essstörungen

www.essstoerungen.net

- ⊗ Informationen zu Essstörungen
- ⊗ Online-Beratung für Betroffene und Angehörige
- ⊗ Adressenverzeichnis

www.essstoerungs-hotline.de

- ⊗ Therapeutensuche per Suchmaschine

www.was-wir-essen.de

- ⊗ Information über Ernährung, Verbraucherschutz und Landwirtschaft

