

SUCHTVORBEUGUNG

**Schwerpunkt
Essstörungen**

Anorexie - Bulimie - Adipositas

ESSSTÖRUNGEN:

(K)ein Thema für die Schule?

*Eine Handreichung
für die Lehrerinnen und Lehrer
für Informationen zur Suchtprävention
in Baden-Württemberg*

Informationsdienst zur Suchtprävention



Ausgabe 12

LANDESINSTITUT FÜR ERZIEHUNG UND UNTERRICHT STUTTGART

IMPRESSUM

HERAUSGEBER	LANDESINSTITUT FÜR ERZIEHUNG UND UNTERRICHT STUTTGART ROTEBÜHLSTR. 131 70197 STUTTGART
REDAKTION	ROLF SCHNEIDER LANDESINSTITUT FÜR ERZIEHUNG UND UNTERRICHT STUTTGART ROTEBÜHLSTR. 131 ☎ 0711 / 6642-229 FAX: 0711 / 6642-203
LAYOUT	ROLF SCHNEIDER LANDESINSTITUT FÜR ERZIEHUNG UND UNTERRICHT STUTTGART
DRUCK	KURZ & CO., DRUCKEREI + REPROGRAFIE GmbH KERNERSTR. 5 70182 STUTTGART
© COPYRIGHT	LANDESINSTITUT FÜR ERZIEHUNG UND UNTERRICHT STUTTGART

Dank für Beiträge zu diesem Heft gilt:

Evi Grimm, Ravensburg
Marina Horbatsch, Stuttgart
Susanne Keefer, Stuttgart
Dr. Dietrich Munz, Stuttgart
Gudrun Riedinger, Sinsheim
Prisca Roth, Friedrichshafen
Ruth Seeger, Sindelfingen
Dr. Marion Schirling, Langenbrettbach
Dr. Chris Terry, Sindelfingen
Marion Werling-Barth, Ludwigsburg
Viola Widmaier, Stuttgart

Dank für ihre Hilfe bei der Titelblattgestaltung und der technischen Herstellung gilt
Frau Jöchner, Frau Kärcher und Frau Possemis vom Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart.

Besonderer Dank gilt Sabine Naumann-Cleve für die Gedichte zum Thema "Essen" auf den Seiten 60, 74, 98, 104 und 112.

Inhaltsübersicht	Seite
1. VORWORT	
1.1. Vorwort des Landesinstituts	1
1.2. Redaktionelle Vorbemerkung	3
2. SCHWERPUNKTTHEMA	
2.1. Dr. Dietrich Munz, Erscheinungsformen von Ess-Störungen	5
2.2. Evi Grimm, Die Welt der Magersucht	21
2.3. Dr. Marion Schirling, Zerrissen zwischen zuviel und zuwenig: Bulimie	33
2.4. Ruth Seeger, Die Schulzeit - eine Rückschau von Betroffenen	41
2.5. Dr. Christopher Terry, Die Co-Abhängigkeitsfalle- Worauf können wir Lehrkräfte im Umgang mit Essgestörten achten?	47
3. AUS DEN SCHULEN - FÜR DIE SCHULEN	
3.1. Viola Widmaier, „Ich bin so froh, dass ich ein Mädchen bin....“	57
3.2. Prisca Roth, Das Kartonprojekt	61
3.3. Susanne Keefer, "Candy - ein Mädchen geht durch dick und dünn"	71
3.4. Marion Werling-Barth, Übungen zur Primärprävention	75
4. LITERATUR - UND MATERIALHINWEISE	
4.1. Marina Horbatsch, Neuere Literatur zum Thema "Essstörungen"	89
4.2. Rolf Schneider, Bücher zur Prävention und Gesundheitsförderung	99
4.3. Marina Horbatsch, Links zum Thema "Essstörungen" im Internet	103
4.4. Gudrun Riedinger, Medien zu den Themen "Essstörungen" und "Geschlechterrolle" im Verleih der Bildstellen in Baden-Württemberg	105
5. VERSCHIEDENES	
5.1. Heidelberger Langzeitstudie zur Magersucht	109
5.2. Präventionsforschung: Studie zu Schutzfaktoren	113
5.3. Broschüre des Mädchengesundheitsladens Stuttgart	115
5.4. Hinweis auf Beratungsstellen	120

1.1.

Vorwort

Im September 1990 erschien die erste Ausgabe des Informationsdienstes zur Suchtprävention des Landesinstituts für Erziehung und Unterricht Stuttgart als Handreichung für die *Lehrerinnen und Lehrer für Informationen über Drogenfragen*, wie sie damals genannt wurden.

Aber lange schon stehen nicht mehr die *Drogen* - gemeint waren damals die harten, illegalen Drogen - im Zentrum der Suchtvorbeugung.

Seit nunmehr zehn Jahren befasst sich der Informationsdienst zur Suchtprävention mit Fragen einer allgemeinen, ursachenorientierten Suchtvorbeugung und der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen.

Im vorliegenden Heft wird das Thema Sucht in seiner ursprünglichen Bedeutung thematisiert. Das Wort Sucht kommt von Althochdeutsch "suht", was Krankheit bedeutete.

Essstörungen werden in der Medizin nicht als "Süchte", als Abhängigkeitserkrankungen, klassifiziert, sondern als psychische oder psychosomatische und internistische Erkrankungen. Essstörungen weisen aber gewisse Parallelen zur Suchtentwicklung auf. Gemeinsam ist ihnen z. B. die häufige Bagatellisierung und Verleugnung der Symptomatik und die Heimlichkeit.

Im Titel der vorliegenden 12. Ausgabe des LEU - Suchtinfos heißt es: "Essstörungen, (k)ein Thema für die Schule?"

Das in Klammern gesetzte "k" in der Frage deutet an, dass es zwei konträre Antworten gibt.

Essstörungen sind tatsächlich *kein* Thema für die Schule, wenn es um die Aufdeckung und Bearbeitung der Ursachen von Erkrankungen in diesem Bereich geht. Die Schule kann weder Beratung noch Therapie leisten.

Essstörungen sind aber sehr wohl ein Thema für die Schule, wenn es um einen Beitrag zur Gesunderhaltung der Kinder und Jugendlichen geht. Primäre Prävention nach dem Motto "**Kinder stark machen**", wie es in der Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung heißt, ist die Hauptaufgabe in der Suchtvorbeugung an den Schulen. Sie soll dazu beitragen, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen, die gesund sind, auch gesund bleiben.

Aber leider sind bei weitem nicht alle Kinder und Jugendlichen gesund.

Seit 1985 hat sich der Prozentsatz übergewichtiger Mädchen und Jungen mehr als verdoppelt. Der Anteil an Übergewichtigen und Fettsüchtigen unter deutschen Kindern im Alter von 10 - 13 beträgt im Jahr 2000 33 % bei den Mädchen und fast 26 % bei den Jungen. Dies sind erschreckend hohe Zahlen, wenn man bedenkt, welche Vielzahl von schwerwiegenden Folgeerkrankungen Übergewicht und Fettsucht haben.



Prof. W. Stierle

Direktor des Landesinstituts für Erziehung
und Unterricht Stuttgart

Als Hauptursache für diese Entwicklung wird von den Wissenschaftlern vor allem mangelnde Bewegung, das Sitzen vor TV- und Computerbildschirmen - oft in Kombination mit falscher Ernährung durch Fast-Food - ausgemacht. "Die Generation XXL verlebt eine Indoor-Jugend", schrieb *DER SPIEGEL* Ende letzten Jahres.

Die Fettsucht ist die häufigste Erkrankung aus dem Bereich der Essstörungen. Sie kann daher in der Schule in zahlreichen Fällen beobachtet werden. Oft haben es die dicken Kinder an den Schulen besonders schwer, werden gehänselt und verspottet, stehen im Abseits, besonders bei Sport und Spiel.

Nicht so leicht sichtbar sind aber die Magersucht und die Ess-Brech-Sucht, die weitaus überwiegend bei Mädchen vorkommen. Der Anteil der Jungen und jungen Männer, die eine Magersucht oder Ess-Brech-Sucht entwickeln, wird mit 5 - 10 % der an Essstörungen Erkrankten angegeben.

An den allgemein bildenden und beruflichen Schulen des Landes befinden sich nach Angaben des Statistischen Landesamtes rund 800.000 Schüler^{innen}. Magersucht tritt bei ca. 1% aller Mädchen und jungen Frauen im Alter von 11-22 Jahren auf, Ess-Brech-Sucht in ca. 1-3% . Nimmt man einen niedrig angesetzten durchschnittlichen Prozentsatz von 2 % für beide Krankheiten an, so müssen wir davon ausgehen, dass mindestens 16.000 Mädchen an unseren Schulen magersüchtig oder ess-brech-süchtig sind. Dadurch wird deutlich: Es gibt keine Schule, an der gestörtes Essverhalten von Schülerinnen keine Rolle spielt.

Langzeitstudien haben gezeigt, dass zum Beispiel bei der Magersucht 50% der Erkrankten zwar wieder genesen können, aber in fast 16% der Fälle die Krankheit tödlich verläuft.

Da frühzeitige Behandlung die Heilungschancen deutlich verbessert, hat auch die Schule die Aufgabe, im Rahmen ihrer Möglichkeiten Betroffene möglichst frühzeitig in professionelle Hilfesysteme zu überführen. Dazu ist es notwendig, den Blick für das Problem der Essstörungen zu schärfen, Beobachtungen richtig einzuordnen und Betroffenen Brücken zur Behandlung ihrer Krankheit zu bauen.

Allgemeiner gesagt lauten die schulischen Aufgaben: Die Gesundheit aller Schülerinnen und Schüler fördern und denjenigen helfen, deren Gesundheit gefährdet ist.

Zu diesen Aufgaben will die vorliegende Handreichung einen Beitrag leisten.

Mein Dank gilt allen, die an der Entstehung des Heftes mitgewirkt haben.



Prof. W. Stierle

Direktor

1.2.

Zu diesem Heft **Vorbemerkung der Redaktion**

Denjenigen unter den Leserinnen und Lesern, die den Informationsdienst zur Suchtprävention des Landesinstituts für Erziehung und Unterricht Stuttgart schon länger kennen, wird aufgefallen sein, dass das Sucht-Info im Lauf der Zeit eine äußere und innere Wandlung vollzogen hat.

Erschien der Infodienst früher als Loseblattsammlung, so liegt er seit einigen Ausgaben in Heftform vor.

Bot er früher eine bunte Palette verschiedener Themen in einer Ausgabe, so widmeten sich die letzten Hefte verschiedenen **Schwerpunkthemen**.

Auf vielfachen Wunsch von Leserinnen und Lesern sollen diese Veränderungen beibehalten werden.

Es erschien ein Heft für die **Grundschulen**, eine Nummer befasste sich ausschließlich mit dem **Ecstasy-Problem**, die letzte Ausgabe mit den **Grundlagen der schulischen Suchtvorbereitung**. Das vorliegende Heft hat das Schwerpunkthema **“Essstörungen”**.

Bei der Behandlung des Themas ist der Blick bewusst auf den Aspekt **“Essstörungen und Schule”** verengt. Zum Thema Essstörungen gibt es eine Vielzahl guter wissenschaftlicher und allgemein verständlicher Literatur. (Hinweise dazu finden sich im Kapitel 4.)

Verweisen möchte ich an dieser Stelle auf die Ende des Jahres 2000 vom **Kultusministerium Baden-Württemberg** herausgegebene **Broschüre "Nichts leichter als Essen?! - Essstörungen im Jugendalter."** Die Autorinnen Dagmar Preiß und Anja Wilser vom Mädchengesundheitsladen Stuttgart gehen in der genannten Schrift unter anderem auf die Hintergründe und Erklärungsansätze für Essstörungen ein. Darüber hinaus werden die Chancen und Grenzen der Prävention thematisiert und konkrete Übungen für die präventive Arbeit mit Mädchen dargestellt.

Auch in der vorliegenden Handreichung finden sich im Kapitel 3 Hinweise für die Primärprävention. Das Kapitel 1 jedoch enthält Überlegungen, die für die Arbeit in der Schule an der Grenzlinie zur Sekundärprävention nützlich sind. Die Beiträge hierzu weisen auf unterschiedliche Aspekte des Umgangs mit Gefährdeten hin und sind gut als Diskussionsgrundlage im Kollegenkreis geeignet.

Sekundärprävention - also Beratung und Therapie- ist Aufgabe der Fachleute in Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen. In der Schule begegnen wir Kindern und Jugendlichen, die bereits eine Essstörung entwickelt haben oder zu entwickeln beginnen. Es gehört auch zu unseren Aufgaben diesen Schülerinnen und Schülern zu helfen, ohne uns eine Therapeutenrolle anzumaßen.

Essstörungen sind multifaktorielle Erkrankungen, bei deren Entstehung psychologische, soziale aber auch biologische Faktoren beteiligt sind. Auf eine Darstellung möglicher Ursachen wird im vorliegenden Heft weitgehend verzichtet. Im Vordergrund steht die Beschreibung der Erscheinungsformen von Essstörungen und der psychischen Auffälligkeiten von essgestörten Menschen. Daran schließt sich die Frage an, welche Auffälligkeiten die Schule beobachten und wie sie pädagogisch auf die Betroffenen reagieren kann.

Um als Lehrerin oder Lehrer sinnvoll präventiv wirken zu können und mit essgestörten Kindern und Jugendlichen pädagogisch richtig umgehen zu können, ist es nach meiner Auffassung nicht notwendig, sich zum Spezialisten in Sachen "Ursachen von Essstörungen" zu qualifizieren. Es erscheint mir aber sinnvoll, in den Schulen den Blick für die Erscheinungsformen von Essstörungen und für die psychischen Auffälligkeiten bei Essgestörten zu schärfen.

Obwohl von der Häufigkeit her gesehen die Adipositas am weitesten unter den Schülerinnen und Schülern verbreitet ist, befasst sich die Mehrzahl der Artikel im vorliegenden Heft - mit Ausnahme von Überlegungen zur Primärprävention - mit der Anorexie und der Bulimie.

Der Grund dafür liegt darin, dass adipöse Kinder und Jugendliche uns als Lehrkräften allein durch ihre Körperfülle leichter auffallen. Eine anorektische Störung wahrzunehmen ist schwieriger, eine bulimische Störung bleibt uns als Lehrerin oder Lehrer oft verborgen.

Daher ist es notwendig, sich mit den letztgenannten Erkrankungen in besonderem Maße auseinander zu setzen. In den nachfolgenden Artikeln wird daher eine Fokussierung auf die Essstörungen Magersucht und Ess-Brech-Sucht deutlich.

Schlank sein wird in unserer Gesellschaft mit Schönheit und Erfolg verknüpft. Wir haben im Lauf der Jahre in den Medien schon Tausende von Bildern und Werbefotos gesehen, auf denen uns anorektische Frauen als "Supermodels" näher gebracht werden sollen. Nicht nur Mädchen und junge Frauen unterwerfen sich dem Diktat der Mode und lassen sich zu Diäten hinreißen, die oft den Einstieg in eine Magersucht bilden. Auch die Erwachsenen sind von diesen Vorstellungen geprägt. Der Blick dafür, was bezüglich des Gewichts als "normal" anzusehen ist, ist oft getrübt.

Die beschriebene Fokussierung auf die Anorexie und die Bulimie hat aber zwei Konsequenzen für diese Handreichung:

- Es ist fast ausschließlich von Mädchen die Rede, Jungen kommen nur am Rande vor.
- Die Schwierigkeiten und typischen Verhaltensauffälligkeiten von adipösen Kindern und der Umgang mit ihnen werden nicht gesondert thematisiert.

Diese Einschränkungen scheinen mir aber deshalb gerechtfertigt, weil

- eine der kommenden Ausgaben des Sucht-Infos sich ausschließlich mit den Jungen und dem Thema "Jungenarbeit" befassen wird und
- die primärpräventive Arbeit, sowie die Hilfsangebote der Schule für adipöse Kinder und Jugendliche sich nicht grundsätzlich von denen für magersüchtige oder bulimische Kinder unterscheiden.

Ich hoffe, liebe Leserinnen und Leser, Sie finden in der vorliegenden Ausgabe des Informationsdienstes einige Tipps und Impulse für Ihre pädagogische Arbeit in der Prävention.

Für zukünftige Ausgaben des LEU-Suchtinfos sind als weitere Schwerpunktthemen geplant:

- Jungenarbeit - geschlechtsspezifische Suchtprävention
- Suchtvorbeugung an beruflichen Schulen
- Projekte, Projekttag und Großveranstaltungen zur Suchtprävention

Die Redaktion ist weiterhin dankbar für Anregungen und Kritik. Beiträge und Hinweise zu den geplanten Themen sind willkommen.

Rolf Schneider

Redaktion des Informationsdienstes zur Suchtprävention
des Landesinstituts für Erziehung und Unterricht Stuttgart

2.1.

Dr. Dietrich Munz

Erscheinungsformen von Essstörungen

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

*Vortrag bei der Fachtagung Essstörungen der Landesstelle gegen die Suchtgefahren
in Kooperation mit der Stadt Freiburg
(Der Abdruck des Vortrages erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Landesstelle
gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg der Liga der freien Wohlfahrtspflege.)*

Meine Damen und Herren, Kolleginnen und Kollegen,

zunächst möchte ich mich für die Einladung bedanken, bei dieser Tagung in das Thema Essstörungen - die Erscheinungsformen von Essstörungen, Definition und Differenzierung der verschiedenen Ausformungen, psychische Auffälligkeiten und körperliche Konsequenzen einführen zu dürfen.

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 sogenannte "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, niederkalorische 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 sogenannten Body-Mass-Index (BMI) festgelegt. Dieser errechnet sich folgendermaßen: Körpergewicht (in kg) dividiert durch das Quadrat Körpergröße (in Meter) ($\text{Gewicht} <\text{kg}> / \text{Körpergröße} <\text{m}> * \text{Körpergröße} <\text{m}>$). 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 offen zugeben, froh sind, wenn sie weniger wiegen und sich meist dann ein neues, noch tiefer liegendes Gewicht als Ziel festlegen.

Die sogenannte 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 ichsynchron, 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, sie 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-endokrinologischer 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 Grenzgewicht, bei dem die Menstruation unregelmäßig wurde bzw. aussetzte, kennen, stellt die Annäherung vom Untergewicht an dieses Grenzgewicht 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 Wachstumsstop eintritt und Brustentwicklung verzögert sind. 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 Hypokalämie, -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:

1. 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 Gegesessenen 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 suchartigen 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)

	Na ⁺	K ⁺	Cl ⁻	CO ₃ ⁻⁻	pH
Erbrechen	n+/-	-	-	+	+
Laxantien	n+	-	n+	n-	-
Diuretika	n-	-	-	+	+

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(Di-uretika)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 suchartigen 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 Essstörung, die diagnostisch in zwei Gruppen zu erfassen ist.

Hyperphage Essstörungen

Essattacken bei sonstiger psychischer Störung

(ICD-10: F50.4)

Adipositas (ICD-10: E66)

Übergewicht (BMI > 30)

Übermäßige suchtartige, nicht begrenzbare Nahrungsaufnahme

häufig einseitige Ernährung (Kohlenhydrate)

gestörte Sättigungsregulation

Nähere Kennzeichnung nach Art der Gewichtszunahme:

- a. Binge Eating Disorder (Wiederholte Fressanfälle mit Kontrollverlust)
- b. durch übermäßige und hochkalorische Nahrungszufuhr (ICD-10: E66.0);
- c. 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 "Ess-attacken 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 suchtartige 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 "Begehrdelosigkeit" 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.

Ich bin damit am Ende meines Vortrages angekommen, wissend, dass ich im Rahmen der Zeit nur einen kurzen Überblick geben konnte und Hintergründe bzw. Ursachen und aufrechterhaltende Faktoren nicht ansprechen konnte.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. Dietrich Munz
Psychotherapeutische Klinik Stuttgart
Christian Belser Str. 79;
70597 Stuttgart

2.2.

Evi Grimm
Die Welt der Magersucht

Magersucht ist eine Krankheit, die die ganze Person erfasst. Dadurch hat sie Auswirkungen auf das „normale“ Leben der Magersüchtigen und ihre Umwelt. Diese Auswirkungen sollen im Folgenden am Beispiel der Person Mara dargestellt werden. Die Erfahrungen von Mara sind in *Kursivschrift* gedruckt und werden danach immer auf wissenschaftlicher Basis erläutert.

Magersucht ist für Außenstehende oft sehr befremdlich. Fast unmöglich ist es für Unbeteiligte, die Denkweise und Handlungen der Magersüchtigen nachzuvollziehen. Um einer Magersüchtigen zu helfen, muss man aber mit ihrer Denkweise und ihrem Handlungsschema vertraut sein.

Zuerst will ich auf den Begriff „Welt“ eingehen. Die Magersüchtige lebt äußerlich ihr Leben weiter, wohnt meist bei den Eltern, besucht die Schule oder geht ihrer Arbeit nach. Sie funktioniert nach außen (auf jeden Fall eine lange Zeit). Nur ihre zwischenmenschlichen Kontakte schränkt sie stark ein. Trotz allem lebt sie in ihrer eigenen geistigen Welt, die sie erschaffen hat und in die niemand eingelassen wird. Hier herrschen eigene Regeln und Gesetze. Diese Welt ist begrenzt und erbarmungslos. Dadurch ist sie zwar kontrollierbar und gibt der Magersüchtigen Sicherheit, aber sie schränkt die Freiheit stark ein und lässt ihr zuletzt keinen Handlungsspielraum mehr, da sie immer rigider wird. (vgl. Valette 1990, S. 71)

Hochgefühl, Leistungspervertierung und Regelwerk

Hochgefühl und Leistungspervertierung hängen eng zusammen und bedingen sich gegenseitig. Sie sind im Anfangsstadium der Krankheit sehr stark ausgeprägt und lassen im Verlauf der Krankheit meist immer mehr nach. Dem entgegengesetzt verläuft die Bedeutung des Regelwerkes. Je mehr die Krankheit fortschreitet, desto rigider wird das Regelwerk.

Euphorie

Mir ging es genial. Ich hatte das Gefühl die ganze Welt liegt mir zu Füßen. Alles war machbar. Ich konnte immer weiter abnehmen und fühlte mich mit jedem weiteren Kilo noch besser.

Es machte mich ungeheuer stolz abzunehmen. Das Hochgefühl, das ich zu dieser Zeit hatte, war unbeschreiblich. Es war ein Glücksrausch. Meine früheren Todesängste, überhaupt alle Ängste waren wie weggeblasen.

Magersüchtige erfahren durch die Leistung des Abnehmens ein noch nie erlebtes Selbstwertgefühl. Teils lässt sich das „euphorische Hochgefühl (...) unmittelbar aus den biochemischen Veränderungen im mangelernährten Körper erklären (ähnliche Zustände erlebt man auch bei Heilfastenkuren)“ (Leibold 1987, S. 77). Mara fühlt sich durch das Hungern (wie andere Süchtige, wenn sie ihr Suchtmittel konsumieren) wie in einem Rauschzustand. Früher war ihr Leben angstbesetzt, voller Probleme und Gefahren. So hatte sie z.B. schreckliche Angst bald sterben zu müssen. (Es ist interessant, dass sie die Angst zu sterben nicht mehr hat, obwohl sie dem Tod durch die Magersucht näher als zuvor ist). Jetzt hat sie ein Gefühl von Kontrolle über ihren Körper und „ihre Welt“. Die Welt der „Magersucht (ist) eine Oase, sie ist ein Zaubertrick, durch den alle Widrigkeiten der Umwelt reduziert werden auf das machbare Glück des Abnehmens“ (Gerlinghoff/ Backmund/ Mai 1988, S. 111). In Maras Aussagen kommt auch ihr Gefühl von Allmacht zu Bewusstsein, das sie in ihrer Welt erlebt. Dort ist sie als „Schöpfer“ und einzige Person Alleinherrscher.

Obwohl die Magersüchtigen sich anfangs großartig und leistungsfähig fühlen, vollziehen sich im Organismus schon abnorme Veränderungen z. B. Senkung des Stoffwechsels, des Blutdrucks und der Körpertemperatur, Störungen im Hormonhaushalt... . Da sich der Organismus aber so ausgezeichnet anpasst, bleibt das der Betroffenen und Außenstehenden verborgen. In ihrer Eu-

phorie erhöht die Betroffene ihre geistige und körperliche Aktivität. Plötzliche, unerwartete Zusammenbrüche sind daher keine Seltenheit. (vgl. Gerlinghoff 1986, S. 17).

Extreme sportliche Betätigung

Ich war von morgens bis abends in Aktion und gönnte mir keine Minute Ruhe. Ich machte Sport bis zum geht nicht mehr: Fahrrad fahren, laufen, Liegestützen, gymnastische Übungen... Ich fühlte mich so leistungsfähig wie nie zuvor. Aber diese sportliche Betätigung machte ich auch des Kalorienverbrauchs wegen. So lief ich jede Strecke zu Fuß, benützte nie den Lift oder eine Rolltreppe, stand anstatt mich hinzusetzen und falls ich mich doch hinsetzen musste, saß ich nur auf der Stuhlkante.

Mara betreibt, wie es für Magersüchtige charakteristisch ist, exzessiv Sport. Sie geht dabei über jedes gesunde Maß hinaus bis zum Rande der Erschöpfung. Ruhe und Entspannung ist für Betroffene ein Fremdwort. Nicht einmal auf dem Stuhl lehnen sie sich zurück (wenn sie schon einmal sitzen, was sie als „muss“ ansehen), ständig sind sie auf dem Sprung.

Zum einen dient diese maßlose Aktivität dazu, sich die eigene grenzenlose Leistungsfähigkeit zu demonstrieren, zum anderen um ihr großes Ziel, immer noch dünner zu werden, zu erreichen. Sport verliert seinen Selbstzweck und wird nicht mehr aus Freude und Interesse ausgeübt, sondern wird „einzig und allein als Möglichkeit angesehen, Kalorien zu verbrennen oder Ausdauer zu demonstrieren“ (Bruch 1988, S. 24).

Leistungssteigerung und Regelwerk

Aber nicht nur im Sport trieb ich mich zu immer größeren Leistungen an und steigerte die Anzahl der Wiederholungen bei Übungen. Auch für die Schule lernte ich zunehmend mehr. Überhaupt war mein Tag von früh bis spät verplant. Ich machte mir Listen, wann ich welche Arbeit oder Aktivität zu erledigen hatte, wie lang ich sie auszuführen hatte und was ich in der Zeit alles erreichen musste. Kam mein Plan durcheinander, weil meine Eltern mich brauchten oder ich nicht so viel leistete, war ich völlig verzweifelt. Ich hätte mich umbringen können. Gleichwohl war ich nie richtig bei einer Sache, sondern in Gedanken schon immer bei der nächsten. Unnütze Sachen wie z.B. Fernsehschauen strich ich.

Es ist nicht zu übersehen, dass der Leistungsgedanke ihr ganzes Leben dominiert. Dies war zwar schon früher der Fall, aber nicht so ausgeprägt. Mittlerweile steht Mara unter dem Zwang nur noch „Sinnvolles“ zu tun. Genauso zwanghaft ist ihr Festhalten an selbst aufgestellten Tagesplänen. Sie kontrolliert ihren Tagesablauf minutiös. „Ein streng strukturierter Tagesablauf, Regeln, Gesetze und Kontrollen werden als Halt und Lebenshilfe verstanden“ (Gerlinghoff/ Backmund/ Mai 1988, S. 79). Kleinste Abweichungen dagegen bedeuten sofort absoluten Kontrollverlust und Verzweiflung. Ihre Welt scheint bedroht und außer Kontrolle.

Diese selbst auferlegten Regeln und Gesetze sind viel unerbittlicher und einengender als die der Eltern. „In vielerlei Hinsicht behandeln diese Mädchen sich wie Sklavenarbeiterinnen, denen alle Freuden und Vergünstigungen verwehrt werden, die nur ein Minimum an Nahrung erhalten und bis zur körperlichen Erschöpfung zur Arbeit angetrieben werden“ (Bruch 1988, S. 25) Deshalb scheint es schwer verständlich, weshalb die Betroffene sich anfangs freier als früher fühlt. Der Grund liegt darin, dass es ihre eigenen Regeln sind. *Mein Leben war zunächst viel freier und leichter. Nicht meine Eltern, vielmehr ich bestimmte es.*

Magische Rituale

Die magischen Rituale täuschen der Magersüchtigen, wie die Gesetze und Regeln, Halt und Sicherheit vor. In Wirklichkeit restringieren sie ihre Freiheit.

Später entwickelte ich ganz bestimmte Rituale, die ich unbedingt ausführen musste. Dabei mussten die Rituale immer in der gleichen Weise ablaufen. So durfte ich über die Teppiche in unserer Wohnung nur mit zwei und zwar immer ganz genau mit zwei Schritten laufen. Das Brot musste ich in vier Teile teilen und mit dem Stück links unten zu essen beginnen. Die anderen Stücke kamen im Uhrzeigersinn dran. Die Stifte durften immer nur mit dem Deckel nach oben auf dem Tisch liegen. Auch musste ich mir mehrmals hintereinander die Hände waschen, um auch wirklich allen Schmutz und alle Bakterien zu entfernen. Es gab unzählige solcher Rituale und ich musste sie ausführen. Sonst war ich sicher, dass mir etwas ganz Schreckliches widerfahren würde.

Maras Leben wird, im fortgeschrittenen Stadium der Magersucht, von einer Vielzahl an „Ritualen“, wie sie es ausdrückt, bestimmt. Dies ist kennzeichnend für Magersüchtige. Die Rituale beanspruchen allerdings den größten Teil ihrer Zeit. Zudem finden sie heimlich statt (vgl. Valette 1990, S. 72). Dadurch beschneiden sie den Freiraum der Betroffenen erheblich. Nach Maras Schilderung der Rituale und deren „Muss“-Charakter würde ich diese als Zwangshandlungen bezeichnen. Ein Beispiel dafür ist ihr Waschwang.

Körperschemastörungen

Verzerrte Körperwahrnehmung

Mit 38 kg bei 156 cm fühlte ich mich zum ersten Mal richtig fett. Später fühlte ich mich auch bei einem noch geringeren Gewicht dick und aufgedunsen. Am fettesten war immer mein Bauch. Ich wollte immer einen flachen Bauch, aber das schien unmöglich. Meistens versuchten mir andere Leute, v.a. meine Eltern, einzureden, ich wäre zu dünn. Sie behaupteten, ich wäre dünner als eine schlanke Person, die ich kannte, aber das stimmte gar nicht. Das war nur ein Trick, um mich zum Essen zu bringen.

Bei Mara wird die unrealistische Einschätzung des eigenen Körpers besonders deutlich. „Die meisten von einer Essstörung Betroffenen haben ein unrealistisches Bild von sich selbst, vor allem von ihrem Äußeren. (...) Es gelingt ihnen nicht, ihren Körper so zu sehen, wie er wirklich ist“ (Mucha/ Hoffman 1998, S. 34). Es ist ein viel diskutierter Punkt, ob die Magersüchtigen schon vor Krankheitsbeginn ihre Körperdimensionen überschätzen, oder ob es ein Symptom der Krankheit ist. Bruch glaubt, dass das „verzerrte Körperbild (...) ebenfalls Elemente eingeübter Selbsttäuschung“ (Bruch 1988, S. 98) enthält. Sie meint, dass die Magersüchtigen sich vorher realistisch wahrgenommen haben und erst in der Sucht nicht mehr erkennen können, wie dünn sie sind (vgl. Bruch 1988, S. 99). Maras Fall scheint dies zu widerlegen, allerdings kann sie auf keinen Fall als repräsentativ gelten. Ein Mädchen, das bei einer Körpergröße von 156 cm 38 kg wiegt, ist dünn und nicht dick, geschweige denn fett. Sie nimmt sich aber als fett wahr, was eine eindeutige Fehlwahrnehmung ist. Und das bereits, bevor sie beginnt abzunehmen, also die Magersucht einsetzt. Unbestritten ist dagegen die Tatsache, dass Magersüchtige in der Sucht eine verzerrte Wahrnehmung besitzen. „Sie überschätzen nicht nur den Umfang ihres eigenen Körpers auf Fotografien oder im Spiegel, so als ob sie nicht in Perspektiven sehen könnten, sondern sie überschätzen (...), den Umfang anderer Menschen und desgleichen abstrakte Entfernungen“ (Bruch 1988, S. 100). Die falsche Einschätzung der Körperdimension bringt bei der Therapie große Probleme mit sich. Eine Patientin wird nicht zunehmen, solange sie sich als fett empfindet (Mara glaubte z.B. die anderen wollen sie mit der Aussage, sie wäre zu dünn nur belügen und zum Essen verleiten). Dabei korreliert das Maß der Überschätzung mit dem Widerstand gegen eine Therapie. Somit wird ein realistisches Bild zur Voraussetzung für die Genesung. Als hilfreich haben sich hier Videoaufnahmen mit Vergleichspersonen bewährt. (vgl. auch Bruch 1991, S. 118f). Eine andere Möglichkeit ist es, Umrisszeichnungen vom eigenen Körper und einer Vergleichsperson anzufertigen. Besonders beeindruckend für die Patientin ist es, wenn sie vorher ihre Einschätzung auf Pa-

—
 pier bringen soll. Mara hat dies erlebt: *Ich glaubte meinen Augen nicht zu trauen. Ich hatte mich völlig verschätzt, aber nun hatte ich es schwarz auf weiß.*

Ein größeres Problem ist es dagegen, die Fehlwahrnehmung in Bezug auf das Hungerempfinden zu korrigieren.

Gestörte Wahrnehmung der Körperreize

Was ist Hunger? Ich weiß es nicht genau. Nur wenn ich richtig hörbares Magenknurren habe, weiß ich das mein Körper Hunger hat, aber wie oft knurrt schon so ein Magen? Fast nie, da muss ich schon wirklich lange nichts gegessen haben. Sonst kenne ich nur ein Verlangen nach Nahrung, aber auf dieses kann ich mich nicht verlassen. Dieses tritt auf, wenn ich mich allein fühle oder wenn ich Angst habe oder negative Gefühle einer Person gegenüber habe und diese Gefühle nicht ausdrücken kann. Dieses Verlangen tritt unabhängig davon auf, ob ich länger nichts mehr gegessen habe oder schon ganz viel gegessen habe. Manchmal kann ich mittlerweile ein Völlegefühl ausmachen. Und trotzdem kann ich ein Verlangen nach Essen haben.

Wie war das vor und während der Magersucht? Eigentlich genauso. Vorher habe ich immer gern gegessen. Bei uns gab es vier Mal am Tag etwas zu essen und da aß man dann halt. Und zwischendurch war ich Süßigkeiten nie abgeneigt. In der Magersucht gab es Zeiten, da knurrte mein Magen und ich dachte mir: Wer schön sein will, muss leiden. Und nach einer Weile nahm ich nicht einmal das mehr war.

Mara scheint wirklich Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung von Hungergefühlen zu haben. Vor allem ist sie nicht in der Lage zwischen emotionalen Bedürfnissen und dem körperlichen Bedürfnis nach Nahrung zu differenzieren. Ein charakteristisches Merkmal Essgestörter: „Das Gehirn macht ständig Fehler bei seinem Bemühen, zwischen körperlichen und psychologischen Bedürfnissen zu trennen“ (vgl. Bruch 1990, S. 118). Dies stützt die These, dass die Mütter Magersüchtiger in der oralen Phase nicht angemessen auf die Bedürfnisse des Kindes reagiert haben und das Kind auch fütterten, wenn es ganz andere Bedürfnisse hatte. Dadurch wurde sein „Körperbewusstsein von Anfang an falsch programmiert“ („Das Erkennen körperlicher Bedürfnisse und des zu ihrer Befriedigung angemessenen Verhaltens hängt von einem Lernprozess ab, der im Säuglingsalter beginnt“) (Selvini Palazzoli 1984, S. 68). Bei Mara scheint so eine Fehlprogrammierung stattgefunden zu haben. Sie hat vermutlich auch Nahrung bekommen, als sie Angst oder Unbehagen verspürte, und hat gelernt diesen Bedürfnissen mit Nahrung zu begegnen.

Des Weiteren wird aber bei Mara deutlich, dass sie in der Magersucht zunächst sehr wohl unter Hunger litt, wie praktisch alle Magersüchtige. Sie nahm es aber um ihres höheren Zieles willen in Kauf. Zu Beginn streitet sie allerdings heftig ab, Hunger zu haben: *Sonst hätte ich ja etwas essen müssen. Viele genießen das Hungergefühl sogar: das Hungergefühl war ein Zeichen dafür, dass ich meinen Körper unter Kontrolle, ihn besiegt hatte.*

Es ist allerdings nicht verwunderlich, dass Mara sich im chronischen Stadium der Sucht nicht mehr hungrig fühlt. „Hungern wirkt sich auf die allgemeinen Funktionen und auf die psychischen Reaktionen desorganisierend aus. Chronische Unterernährung geht einher mit biochemischen Änderungen, die (...) das Denken, Fühlen und Verhalten in erheblichem Maße beeinflussen“ (Bruch 1988, S. 23).

Fehlende Krankheitseinsicht

Was mir völlig unverständlich war, war die Tatsache, dass andere mir einreden wollten, dass ich krank sei. Ich fühlte mich so gut wie nie. Wo war also das Problem? Ich hatte keine Krankheit, fühlte mich fit und konnte den ganzen Tag lernen und Sport treiben ohne müde zu werden. Sie behaupteten, ich wäre zu dünn, aber das stimmte einfach nicht. Es gab noch viel dünnere und um die machte auch keiner einen Aufstand.

Mara glaubt keine Krankheit zu haben, da sie (noch) keine körperlichen Symptome, die sie für das Kennzeichen einer Krankheit hält, aufweist. (Ihr Dünnssein kann sie nicht als solches wahrnehmen). Stattdessen fühlt sie sich euphorisch und sehr leistungsfähig. Die fehlende Krankheitseinsicht ist ein typisches Merkmal aller Magersüchtigen. Dieses Merkmal ist „für das Verstehen des Magersuchtproblems zentral (...): Magersucht wird von den Betroffenen (...) zumindest am Anfang als Lösung ihrer Probleme erlebt, nicht als Problem“ (Constam 1991, S. 18). Aus diesem Grund sind alle Therapien zum Scheitern verurteilt, solange die Magersüchtigen nicht die negativen Aspekte ihrer Sucht realisiert und sie diese als schwer wiegender als die „positiven“ Seiten durchschaut.

Zwanghafte Beschäftigung mit Essen, Körper und Gewicht

Obwohl die Magersüchtigen ihren Körper strikt ablehnt, setzt mit Beginn der Magersucht „die zwanghafte Beschäftigung mit dem Körper und seinem Gewicht ein“ (Bruch 1990, S. 21). Gemeinsam ist den Magersüchtigen ebenso die gedankliche Besessenheit im Hinblick auf die Nahrung. Ungeachtet dessen empfinden sie das eigene Konsumieren von Nahrung als „selbstzerstörerisch“. „Es gibt demnach eine klare Spaltung in ihrer Einstellung, die man folgendermaßen schematisieren kann: Nahrung = positiv - Nahrungsaufnahme = negativ“ (ebd. S. 80f)

Die Beschäftigung mit dem Essen, dem Körper und dem Gewicht dient vielen Zielen: zur Hungerbewältigung, als Kontrollmittel, zur Bestätigung der eigenen Leistung ...

Im nachstehenden Teil soll näher auf diese Bereiche eingegangen werden.

Hungern

Am Anfang aß ich einfach weniger als sonst. Zu dieser Zeit gab es noch keine Nahrungsmittel, die ich mir nicht gestattete. Dann fing ich an mir Essenspläne aufzustellen, an die ich mich hielt. D.h. weniger zu essen war erlaubt, aber auf keinen Fall mehr. Um diese Essenspläne einhalten zu können, maß ich die Nahrung mit der Waage oder mit dem Besteck ab. So z.B. ein Esslöffel Reis oder eine Brotscheibe die so lang wie der Messergriff sein durfte. Schließlich aß ich immer noch weniger. Danach waren dann schwere Nahrungsmittel nicht erlaubt, erst später, als ich um den Energiegehalt der Nahrung wusste, Süßigkeiten und Fett.

Wie bei Mara beginnt alles meist recht harmlos mit einer Einschränkung der Nahrungszufuhr. Erst im fortgeschrittenen Stadium wird die Nahrung genau berechnet, und die Menge immer mehr dezimiert (bei Mara) bzw. „die Kalorienzahl stetig reduziert“ (Gerlinghoff/ Backmund/ Mai 1988, S. 66). Dazu benutzen Magersüchtigen Kalorientabellen, die sie meist auswendig wissen. Mara scheint davon noch nie gehört zu haben oder ist nicht davon überzeugt. Ihrer kindlichen Ansichten nach sind Dickmacher Nahrungsmittel mit großer Masse. Gleichwohl sind auch bei ihr die „Nahrungsmittel (...) längst in „erlaubte“ und „unerlaubte“ eingeteilt“ (Gerlinghoff/ Backmund/ Mai 1988, S. 66).

Auf die Bedeutung der Essenspläne werde ich noch eingehen.

Essrituale und Hungerbewältigung

Wie bereits dargestellt leiden Magersüchtige wenigstens zu Beginn unter Hungergefühlen. Um diese oralen Triebwünsche abzuwehren, bedienen sie sich verschiedener Abwehrmechanismen „besonders Spaltung, Verleugnung, Projektion und auch Sublimation“ (vgl. Feiereis 1989, S. 92). Diese Hungerbewältigungsstrategien und Essrituale, die uns so bizarr und befremdend anmuten, arten nach dem Verhalten von Gefangenen, die RICHTER bei einem Gefängnisaufenthalt beobachtete (vgl. Richter 1965, S. 111f). Dies und die Minnesota-Studie (Keys et al. 1950) haben gezeigt, dass die psychopathologischen Auffälligkeiten nicht krankheitsspezifisch sind, sondern eine Folge des Hungerns. (Untersucht wurden die Verhaltensauffälligkeiten und die Symptome, die bei Gesunden auftraten, die sich einer Hungerdiät unterzogen, welche sich über mehrere Monate erstreckte.)

Eine meiner Lieblingsbeschäftigungen bestand darin, für andere zu kochen und zu backen, meist sehr gehaltvoll. Ich drängte die anderen zum Essen, probierte aber selbst nie davon. Aber ich saß immer daneben und fühlte mich gut, wenn andere aßen. Wenn ich aß, dann am liebsten alleine, damit niemand sah, wie viel und wie ich aß. Ich zerteilte mein Essen stets in Miniteile oder biss kleinste Stücke ab und verzehrte diese ganz langsam. Flüssigkeiten löffelte ich, und zwar mit dem Eierlöffel. Für eine winzige, hauchdünne Brotscheibe brauchte ich eine halbe Stunde. Neben dem Kochen las ich gern in Kochbüchern und wusste alles über die Ernährung, z.T. besser als mein Chemielehrer, der Ernährungslehre studiert hatte.

Ein Abwehrmechanismus, der für Magersüchtige charakteristisch ist, ist die Nahrungszubereitung für andere Menschen ohne freilich selbst davon zu kosten. Hier „findet ein Spaltungsvorgang statt, die Nahrungszufuhr wird altruistisch auf die Familie projiziert, für die nunmehr gekocht und gebacken wird“ (Feiereis 1989, S. 49). Dabei kocht sie Dinge, die sie sich selbst nie gönnen würde. Sie selbst schaut dabei mit Genuss zu. Anderen Menschen mag dies unverständlich sein, da oft angenommen wird, dass die Magersüchtige dabei Appetit bekommen müsste und es deshalb für sie eine Qual darstellen müsste, selbst nichts zu essen. Dies ist nicht der Fall. Im Gegenteil, für die Magersüchtige ist es fast so, wie wenn sie dadurch mitisst. „Die 'satte Familie' entlastet und ist eine Energiequelle für die Verleugnung eigenen Hungers“ (Feiereis 1989, S. 49). Die Magersüchtige selbst isst am liebsten alleine, da sie absonderliche Essrituale zur Hungerbewältigung entwickelt hat: „langames Essen (...), Essen mit Stäbchen und Löffeln von Flüssigkeiten“ (Gerlinghoff/ Backmund/ Mai 1988, S. 67) und diese meist zur Konfrontation mit anderen Familienmitglieder führen, die dabei nicht zuschauen können.

Das Lesen von Kochbüchern und das Aneignen von Wissen im Hinblick auf die Ernährung stellt einen weiteren Abwehrmechanismus dar: „Gebahnt durch einen anderen Abwehrvorgang, nämlich die Sublimierung, bildet die kognitive Einengung auf die Beschäftigung mit allen Fragen der Ernährung einen weiteren Zweig der Abspaltung; die Patienten entwickeln sich zu Spezialisten für alle einschlägigen Fragen“ (Feiereis 1989, S. 49).

Kontrolle

Der größte Horror für mich war, wenn ich mein Essen nicht selbst abmessen und zubereiten konnte, mich also nicht an meine Essenspläne halten konnte. Dies war z.B. bei Einladungen zu Bekannten oder bei Restaurantbesuchen der Fall. Solche Anlässe lösten die größte Panik bei mir aus, da diese Anlässe absolut unkontrollierbar waren und ich nicht bestimmen konnte, was und wie viel ich aß. Deshalb versuchte ich diese Anlässe um jeden Preis zu vermeiden.

Da für eine Magersüchtige ein Kontrollverlust große Angst und Hilflosigkeit bedeutet (Gefühle, die sie um jeden Preis verhindern will), Kontrolle dagegen Halt und Sicherheit bietet, wird es für sie lebenswichtig, alles zu kontrollieren: ihren Körper, ihr Gewicht, ihre Nahrung und ihren Tagesablauf.

Meine größte Angst war immer die Kontrolle zu verlieren. Ich wusste, dass in mir ein riesiger Hunger war und nicht nur ein körperlicher, sondern auch ein seelischer. Ein Hunger nach Liebe und Zuwendung und der wollte mit Nahrung gestillt werden. Nur mein Geist mit Hilfe von Spiegeln, Plänen, Maßgeräten und Waage war in der Lage meinen Körper unter Kontrolle zu halten. Ständig

—
musste ich mich vergewissern, ob auch noch alles in Ordnung war. Jede Abweichung versetzte mich in Panik.

Mara hat Angst, ohne die rigide Kontrolle, die Beherrschung zu verlieren. Es ist die „Angst davor, zu viel zu essen“ (Bruch 1988, S. 23) und einem Fressanfall zu erliegen auf Grund der Hungergefühle und ihrer psychischen Bedürfnisse. Dies ist bei der Magersucht keine Seltenheit. BRUCH stellte fest, dass 25 % der Magersüchtigen solche Fressattacken durchlaufen, wobei sie sich hinterher übergeben (vgl. Bruch 1988, S. 28f). Aus einer Magersucht kann sich so eine bulimische Magersucht oder eine Bulimie entwickeln.

Die Waage als Sucht- und Kontrollmittel

Irgendwann bestimmte die Waage mein ganzes Leben. Auf sie konnte ich mich als Kontrollmittel verlassen. Allerdings erst, nachdem ich mir eine digitale Waage mit 100 g Genauigkeit gekauft hatte. Die Waage meiner Eltern war zu ungenau. Mehrmals täglich stellte ich mich auf die Waage um mein Gewicht zu überprüfen. Länger als einen halben Tag war ich nicht in der Lage auf sie zu verzichten. Fuhren wir also länger weg und ich musste mit, packte ich sie heimlich ein. Sonst hätte ich die Panikgefühle nicht überlebt.

Der Gang auf die Waage, vor allem morgens, bestimmte meine Stimmung und den weiteren Tagesverlauf. Oh, dieses Hochgefühl, wenn sie schon wieder weniger anzeigte. Es war ein Ansporn noch mehr abzunehmen. Furchtbar dagegen war es, wenn ich feststellte, dass ich zugenommen hatte. Wie ich mich dann hasste. Da war der Tag dann schon gelaufen. Es galt noch weniger zu essen und noch mehr Sport zu treiben.

Maras Ausführungen bringen klar zum Ausdruck, dass die Waage zu ihrem Suchtmittel geworden ist. Ohne sie kann sie nicht mehr leben (wie andere Suchtmittelabhängige auch nicht ohne ihr Suchtmittel auskommen können); die „Entzugserscheinungen“ ist sie nicht mehr in der Lage auszuhalten. Auch die Häufigkeit des „Suchtmittelkonsums“ steigt beständig. „Es gibt Betroffene, die sich zwanzig- bis dreißigmal am Tag wiegen, um ja genügend Kontrolle zu haben“ (Gerlinghoff/ Backmund/ Mai 1988, S. 66). Während bei anderen Süchten das Suchtmittel (fast) immer gute Gefühle verschafft, ist das bei der Waage nicht allzeit der Fall. Sie ist zunächst einmal Kontrollmittel. Die Waage als „beherrschende Instanz (...), richtet über Gut und Böse, über Leistung oder Versagen, Freude oder Enttäuschung“ (ebd. S. 66). Erst eine Gewichtsabnahme ermöglicht ein Glücksgefühl und eine Steigerung des Selbstwertgefühls. Ein mehr an Gewicht dagegen verursacht Schuldgefühle. Die Stimmung der Magersüchtigen ist im Keller. Ob die Waage Positives oder Negatives verheißen hat, ist letztlich für die Auswirkung egal. Diese ist immer dieselbe: die Magersüchtige versucht weiter abzunehmen. Während das Motiv bei einer Gewichtszunahme einleuchtend ist, ist das bei einer Gewichtsabnahme vielschichtiger. Zum einen ist sie ein Ansporn, zum anderen giert die Magersüchtige nach dem Glücksgefühl, das sie nur bei einer erneuten Gewichtsabnahme wieder spüren kann. BRUCH führt einen weiteren Grund an: Angst. „Und dann taucht die Angst davor auf, es (das Gewicht) zurückzugewinnen. Um ganz sicherzugehen, glauben sie, immer mehr an Gewicht verlieren zu müssen, und so geraten sie dann auf die abschüssige Bahn.“ (Bruch 1988, S. 39).

Die Angst vor einer Gewichtszunahme

Den größten Horror hatte ich davor zuzunehmen und wieder dick und fett zu werden. Diese Angst bestimmte mein Leben. Deshalb war jedes Gramm mehr furchtbar. Lieber noch etwas mehr abnehmen für alle Fälle.

Als ich einsah, dass ich zu dünn war, wollte ich einfach mein altes Gewicht wieder. Ich wünschte mir einfach am nächsten Morgen aufzuwachen und alles sollte so sein wie früher. Allerdings wollte ich kein Gramm mehr als diese 38 kg und zwar nie mehr in meinem Leben.

Maras Schilderung bestätigt Bruchs These, dass die panikartige Angst vor dem Zunehmen ein Grund für die Verselbstständigung des Abnehmens ist. Deshalb steckt sich die Magersüchtige immer niedrigere Gewichtsziele.

Zunehmen ist gleichbedeutend mit fett werden, eine absolute Horrorvorstellung. Dass Menschen nicht fett werden wollen, ist verständlich. Aber die Magersüchtige fühlt sich schon fett, wenn sie in Wirklichkeit noch sehr dünn ist. Sie weigert sich ihre „magische Gewichtsgrenze“ (bei Maura 38 kg) zu überschreiten, wobei jedes Gramm mehr schon wieder Angst und Panik bedeutet. Eine Erklärung dafür liefert SELVINI PALAZZOLI. Sie glaubt, dass sich die Magersüchtige „vor ihrem Körper fürchtet und dass sie die Nahrungsaufnahme als eine Vergrößerung auf Kosten ihres Ichs erlebt. (...) Körper sein ist gleich bedeutend mit ein Ding sein. Wenn der Körper wächst, wächst auch das Ding und die 'Person' beginnt zu schrumpfen“ (Selvini Palazzoli 1984, S. 108).

Die Deutung der Magersucht anhand der Objektbeziehungstheorie.

Frage: Wie kommt die Magersüchtige zu so einem Körpererleben?

Den Körper setzt die Magersüchtige mit dem einverleibten Objekt, nämlich der Mutter gleich. Und zwar mit all ihren schlechten und überwältigenden Aspekten. (Ziel: um besser dagegen ankämpfen zu können). Sie erlebt den Körper so als etwas, das all die Eigenschaften des primären Objekts besitzt, wie es das Kind in der oralen Phase wahrnimmt: überwältigend, allmächtig, beherrschend, wachsend und bedrohlich. Die Magersüchtige erlebt sich als hilflos und abhängig. „In der Pubertät wird der Körper wegen der Brüste und anderer weiblicher Run-dungen konkret als das mütterliche Objekt erlebt, von dem sich das Ich um jeden Preis trennen will“. Der realen Mutter gegenüber, die sie als zu stark erkannte, konnte sie keine Aggressionen äußern. Ganz im Gegensatz zu ihrem Körper, der die Mutter symbolisiert. Dieser bekommt keine Nahrung mehr und wird so kleiner und schwächer, das Ich der Magersüchtigen dagegen stärker. Gewichtszunahme würde jetzt eine Vergrößerung der Mutter und ihrer Macht auf Kosten des eigenen Ichs bedeuten. Also wieder Abhängigkeit, Hilflosigkeit und Selbstaufgabe beinhalten. Fett sein bedeutet also ein Nichts sein. Die Magersüchtige kann daher nur eine Gewichtszunahme bis zu dem Punkt tolerieren, der ihr die Sicherheit gibt, dass ihr Ich mächtiger als ihr Körper bzw. ihre Mutter ist. Dieses tolerierbare Höchstgewicht entspricht der „magischen Gewichtsgrenze“ bei Magersüchtigen. (vgl. Selvini Palazzoli 1984, S. 105ff)

Daher wird es vielleicht auch verstehbar, warum Mara, wie viele Magersüchtige, irgendwann bereit ist mehr Gewicht zu dulden (solange es das „magische Gewicht“ nicht übersteigt), „aber ohne die Qual des Zunehmens erleben zu müssen“ (vgl. Gerlinghoff / Backmund/ Mai 1988, S. 70).

Schuldgefühle und Selbsthass

Ich hielt mich strikt an meine aufgestellten Essenspläne. Es war nicht einmal eine einzige Kirsche mehr erlaubt. Aß ich doch einmal nur eine Erdbeere außer der Reihe, dann fühlte ich mich furchtbar. Ich hatte zuerst unglaubliche Schuldgefühle und dann ekelte ich mich vor mir selber und war sicher, sofort fett zu werden. Schließlich hasste ich mich so dafür, dass ich mir am liebsten etwas angetan hätte. An diesem Tag musste ich dann auf die nächste Mahlzeit verzichten.

Für Außenstehende mag es schlichtweg unbegreiflich sein, wie jemand so ein Theater wegen einer einzigen Erdbeere machen kann, die ja so gut wie keine Kalorien enthält und somit gar nicht dick machen kann. Aber für Magersüchtige steckt viel mehr dahinter. Es geht gar nicht um die eine Erdbeere und ihre Kalorien, sondern darum wofür sie steht. Dieses einmalige Nachgeben

und sich nicht an den Plan halten ist ein Zeichen dafür, dass sie sich selbst nicht beherrscht haben. Und wenn ihnen das einmal passiert ist, glauben sie, dass ihnen das permanent passiert und sie damit nicht mehr aufhören können. Es ist die Furcht, „sie könnten die geringe Kontrolle, die sie noch haben, verlieren, wenn sie auch nur einen Bissen zu sich nehmen“ (Selvini Palazzoli 1984, S. 83).

Die Gefühle, die Mara auf Grund ihres Verlustes an „Selbstbeherrschung“ empfindet, gleicht den Gefühlen von Ess-Brech-Süchtigen nach einem Fressanfall: „Bald schon stellen sich Scham- und Schuldgefühle ein, die Betroffene spürt, dass sie ihr Essverhalten nicht mehr steuern kann. (...) Sie fühlt sich verabscheuungswürdig (...) und hassenswert“ (Constam 1991, S. 31).

Der Unterschied ist nur, dass eine Ess-Brech-Süchtige nach einer Fressattacke (bei der sie tatsächlich die Kontrolle verloren hat) weiß, dass sie die Kontrolle und die Beherrschung verloren hat, wohingegen die Magersüchtige schon bei einem Bissen mehr überzeugt ist, sie hätte die Kontrolle über sich verloren.

Leben in der eigenen Welt (Zwang, Isolation, Tagträume)

Irgendwann drehte sich mein ganzes Leben nur noch um Essen und Gewicht. Egal, was ich machte, ständig überlegte ich, was ich schon gegessen hatte und was ich noch essen durfte. Alles andere wurde mir völlig egal. Andere Menschen behinderten mich nur in meinen Überlegungen, indem sie z.B. etwas von mir wollten. So zog ich mich von ihnen zurück. Auch so Dinge wie aufräumen, Zähne putzen oder sich waschen waren unbedeutend geworden. Wenn ich mal nicht über mein Gewicht oder meine Essenspläne, die ich x-mal am Tag kontrollierte (genau wie mein Gewicht), nachdachte, träumte ich vor mich hin. Ich malte mir in meiner Fantasie aus, wie toll das Leben später sein würde, wenn ich erst all meine Ziele erreicht hätte.

Je weiter die Magersucht fortschreitet, desto mehr leben die Magersüchtigen in ihrer eigenen Welt. Immer mehr kreisen die Gedanken um Essen und Gewicht und sie sind nicht mehr in der Lage an etwas anderes zu denken. Auch auf Menschen und Handlungen „können sie sich nicht konzentrieren, weil die Gedanken an Essen ganz und gar Besitz von ihnen ergriffen haben“ (Bruch 1988, S. 96). Es ist kein Platz mehr für Beziehungen (die vorher schon rar waren). Deshalb isolieren sie sich von den letzten Freunden, Bekannten und schließlich von der Familie. Sie ziehen sich immer mehr in sich selbst zurück, „wo sie sich fast in einem traumatischen Zustand befinden“ (Valette 1990, S. 72). Für Mara verliert sogar die körperliche Hygiene ihre Bedeutung. Dafür träumt sie wie viele Magersüchtige von der Zukunft, in der sie glücklich und ihr Streben vollendet ist.

Die Sucht bestimmt den Menschen

Während die Magersüchtige früher übermäßig brav und angepasst war und keine unmoralischen und ungesetzlichen Handlungen beging (*Ich habe bis dahin nicht einmal die Schule geschwänzt, ich hätte zu viel Angst und zu große Schuldgefühle gehabt*), ist sie in ihrer Sucht zu allem bereit, um ihre Ziele durchzusetzen. Von Schuldgefühlen wird sie dabei in keiner Weise geplagt. Nun bestimmt die Sucht ihr Leben und hat ihre Persönlichkeit verändert. „Sie lebt zunehmend nach eigenen Maßstäben von Gut und Böse“ (Constam 1991, S. 25).

Lügen

Am Anfang genügte es, wenn ich sagte, dass ich keinen Hunger hätte. Später, als ich immer dünner wurde und dies nicht mehr als Ausrede zählte, beteuerte ich, dass ich schon gegessen hätte. Ich erzählte, was ich in der Pause beim Bäcker gekauft und gegessen hätte oder was ich beim Mittagessen in der Schule gegessen hätte. Dadurch musste jeder einsehen, dass ich jetzt satt war. Natürlich war das alles gelogen, aber wie hätte ich denn sonst um das Essen herumkommen sollen. Zuletzt machte ich Krümel auf die Teller um zu demonstrieren, dass ich etwas gegessen hatte.

Maras Aussagen bringen zu Bewusstsein, dass die Magersüchtige nicht um des Lügens willen lügt oder um ihren Eltern damit zu schaden. Nur weil ihre Eltern sie unter Druck setzen und zum Essen bringen wollen, „beginnt (sie) die Eltern zu täuschen und belügt sie ganz offensichtlich mit Leichtigkeit bei allem, was mit dem Essen zusammenhängt“ (Lawrence 1986, S. 62). Aber sie lügt nur in Bezug auf das Essen und auch nur deshalb, um ihre Intention nichts essen zu müssen zu erreichen. Erst mit steigendem Druck der Eltern oder anderer Beteiligter (Verwandte, Freunde, Ärzte und Therapeuten) entwickelt sie immer raffiniertere Täuschungsmanöver.

Täuschungsmanöver

Die besten Tricks lernte ich erst im Krankenhaus. Einer der Ärzte nannte sie mir: Essen verstecken; Wasser trinken oder schwere Gegenstände in den Taschen verstecken, um mehr Gewicht zu haben. Mit diesem Wissen ausgerüstet, wurde ich zum Meister im Essen verschwinden lassen, da meine Eltern beschlossen hatten mir zu schöpfen und ich so lange dransitzen musste, bis der Teller leer war. Geschickt und unbemerkt ließ ich das Essen vom Teller verschwinden und versteckte es in Hosentaschen und Schuhen. Als meine Mutter dies später herausfand, war sie wütend und fand es eklig. Mir ekelte es nicht davor, zu wichtig war für mich das Hungern. Während des Essens stand ich auch oft unter einem Vorwand auf und entsorgte Essen aus meinem Mund. Der schlimmsten Tortur unterzog ich mich bei einer Verhaltenstherapie. Um mehr Gewicht zu haben trank ich vor dem Wiegen Wasser. Das steigerte sich so im Laufe der Zeit, bis ich täglich vor dem Wiegen 2,5 l Wasser trinken musste. Das war echt furchtbar. Dauernd die Angst, da das Wiegen nicht exakt zur gleichen Uhrzeit stattfand. Ich durfte nicht zu spät damit anfangen, weil ich ja die ganze Menge trinken musste und zu früh war auch nichts, sonst musste ich vorher wieder auf die Toilette. Außerdem durfte ich mich nicht erwischen lassen.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass Magersüchtige im Krankenhaus von Ärzten, Schwestern oder Mitpatientinnen Tricks kennen lernen und sie dann, wenn sie zum Essen gezwungen werden, einsetzen. Dazu nehmen sie wie Mara auch Ängste und Qualen auf sich und tun Dinge, die ein gesunder Mensch nie tun würde. „Die panischen Reaktionen der Betroffenen, die raffinierten Täuschungsmanöver, die sie einsetzt, um ihre geheimen Ziele zu verteidigen, der physische und psychische Aufwand, den sie betreibt, um - manchmal bis zum Tod - weiterhungern zu können“ (Constam 1991, S. 17). An dieser Stelle wird deutlich, dass es keinen Sinn macht, Magersüchtige zum Essen zu zwingen, außer wenn der Zustand kritisch oder lebensbedrohlich ist. Ansonsten werden sie nur durch Tricks der Gewichtszunahme zu entgehen versuchen. Und selbst wenn man alle Täuschungsmanöver unterbindet, hat eine unfreiwillige Gewichtszunahme keinen Bestand, da die Ursachen fortauern und weiterwirken. Hierbei werden nur kurzfristig die Symptome beseitigt.

Illegale Handlungen

Einige Magersüchtige stehlen Geld, Nahrungsmittel oder andere Dinge. Das Stehlen hat dabei folgende Ersatzfunktionen: Diebstahl an Stelle von Fressattacken, Stehlen als Leistung (ohne dabei erwischt zu werden), Klauen als Ausdruck von Überlegenheit und als Notwendigkeit, weil Magersüchtige kein Geld ausgeben, da sie glauben sich nichts gönnen zu dürfen (vgl. Gerlinghoff/Backmund/ Mai 1988, S. 86ff).

Bei allen Täuschungsmanövern und illegalen Handlungen darf nicht übersehen werden, welche existenzielle Bedeutung die Magersucht für die Betroffenen hat und dass die Betroffenen noch keine anderen Lösungsstrategien kennen, um mit ihren enormen Problemen umzugehen. Sie wollen durch List und Betrug niemand willentlich schaden, das liegt ihnen völlig fern.

Dazu Mara: *Ich wollte niemandem wehtun und das, was ich in meiner Sucht getan habe, tut mir unendlich Leid. Ich weiß gar nicht, wie ich das machen konnte, ich verstehe das selbst nicht. In der Zeit war ich nicht ich selbst.* Aber in ihrem Suchtzustand und in ihrer Welt gibt es nur noch sie selbst und das eine Ziel, die Magersucht beizubehalten, koste es was es wolle (selbst den eigenen Tod nehmen sie z.T. in Kauf). Andere Menschen können sie nicht mehr wahrnehmen.

Innere Spaltung

Irgendwann wollte ich nicht mehr magersüchtig sein, aber ich konnte nichts daran ändern. Es war, wie wenn ein anderer Mensch, ein Mann, in mir war, der mir das Essen verbot. In mir war ein Widerstreit zweier Stimmen. Meine Vernunft sagte mir, dass ich zu dünn sei und zunehmen müsste. Aber die andere Stimme sagte, dass ich dann unheimlich fett würde und deshalb auf gar keinen Fall nur einen Bissen mehr essen dürfte. Diese andere Stimme gewann immer. Sie war einfach übermächtig. Was ich auch machte, ich wurde allezeit von ihr beherrscht.

Mara ist an einem Punkt angelangt, an dem sie nicht mehr die Kontrolle darüber hat, ob sie Nahrung zu sich nimmt oder nicht. Nicht sie selbst bestimmt, sondern die Sucht bestimmt ihr Leben. Obwohl sie an ihrem Zustand etwas ändern will, ist sie dazu nicht mehr in der Lage. Sie fühlt sich von einer Macht beherrscht, der sie hilflos ausgeliefert ist. Diese Macht bzw. dieser Mensch ist in ihr, ein Teil von ihr. Ihre Ausführung weist auf eine innere Gespaltenheit hin. Diese Erfahrung ist bei Magersüchtigen im chronischen Zustand häufig.

BRUCH weist weiter darauf hin, dass „viele der alarmierenden Symptome - wie Ich-Spaltung, Depersonalisierung, schwere Ich-Defekte - (...) in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Hungern selbst (stehen). (...) Mehr noch, wenn das Hungern über viele Jahre beibehalten wird, integrieren sich die seelischen Auswirkungen in die Persönlichkeit und das Gesamtbild ist dann womöglich nicht mehr von dem Borderline-Syndrom, ja der Schizophrenie zu unterscheiden“ (ebd. S. 40).

Deshalb hat eine Therapie nur dann einen Nutzen, wenn die Patientin nicht mehr im akuten Hungerzustand ist, also ein Mindestgewicht erreicht hat.

—
Literatur:

Bruch, H.:

Das verhungerte Selbst. Gespräche mit Magersüchtigen. Frankfurt am Main, 1990.

Bruch, H.:

Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Frankfurt am Main, 1988.

Bruch, H.:

Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt am Main, 1991.

Constam, D.:

Befreiung aus dem Hungerturm. Hilfe für Magersüchtige. Bern, 1991.

Feiereis, H.:

Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München, 1989.

Gerlinghoff, M.:

Magersüchtig. Eine Therapeutin und Betroffene berichten. München, ² 1986.

Gerlinghoff, M./ Backmund, H./ Mai, N.:

Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit. München - Weinheim, 1988.

Lawrence, M.:

„Ich stimme nicht“. Identitätskrise und Magersucht. Reinbek bei Hamburg, 1986.

Leibold, G.:

Magersucht. Ursachen, Verlauf und neue Behandlungsmethoden. Düsseldorf, 1987.

Mucha, S./ Hoffman, K.:

Essstörungen erkennen, verstehen, überwinden. Stuttgart, 1998.

Selvini Palazzoli, M.:

Magersucht. Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Stuttgart, ² 1984.

Valette, B.:

Suppenkasper und Nimmersatt. Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Reinbek bei Hamburg, 1990.

2.3.

Dr. Marion Schirling
Zerrissen zwischen zuviel und zuwenig: Bulimie
Überlegungen zur Prävention in der Schule

„Heimlich essen und heimlich auf's Klo, mich übergeben....Niemand soll's hören....Niemand soll's merken.
 Ich kann's niemand sagen, was ich da tu'....Ich will's eigentlich auch gar nicht tun.....Aber ich kann's nicht anders.
 Ich fühle mich eklig....Ich schäme mich....Ich bin ein Stück Sondermüll....Ich hasse mich....Alle denken, ich bin so nett....Ich bin ja nur eine Last für meine Familie.... Ich geh' auf Parties und fühl' mich doch allein.
 Reinstopfen und rauswürgen um wieder reinstopfen zu können...
 Ich weiss genau, was ich mir antu'....Mein Hals tut nicht mehr weh....Ich kann's schon automatisch....Ich könnt' damit aufhören, aber ich will eigentlich auch wieder nicht....Ich tu' nur so, als ob ich's wollte.
 Alle meine Gedanken kreisen nur um's Essen und wenn ich gegessen habe, wie ich's wieder los werde....Ich möcht' gut da stehen vor den anderen....Ich kann mich so schlecht konzentrieren....Ich hab' Angst, dass meine Noten megaschlecht werden.... Ich hab' Angst, zu den 'Losern' zu gehören....Ich bin eine Niete....Ich pack's nicht....
 Ich weiss nicht, was ich nach dem Abi machen soll.... Ich wiege mich mindestens 5 Mal am Tag.... Ich bin schuld an allem.... Ich will ganz gut sein und alles richtig machen.
 Wer würde mich denn überhaupt anschauen, wenn ich noch dicker wäre?
 Niemand.... Ich bin niemand.....Das geht so 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche, 12 Monate im Jahr.... Ohne Pause.“

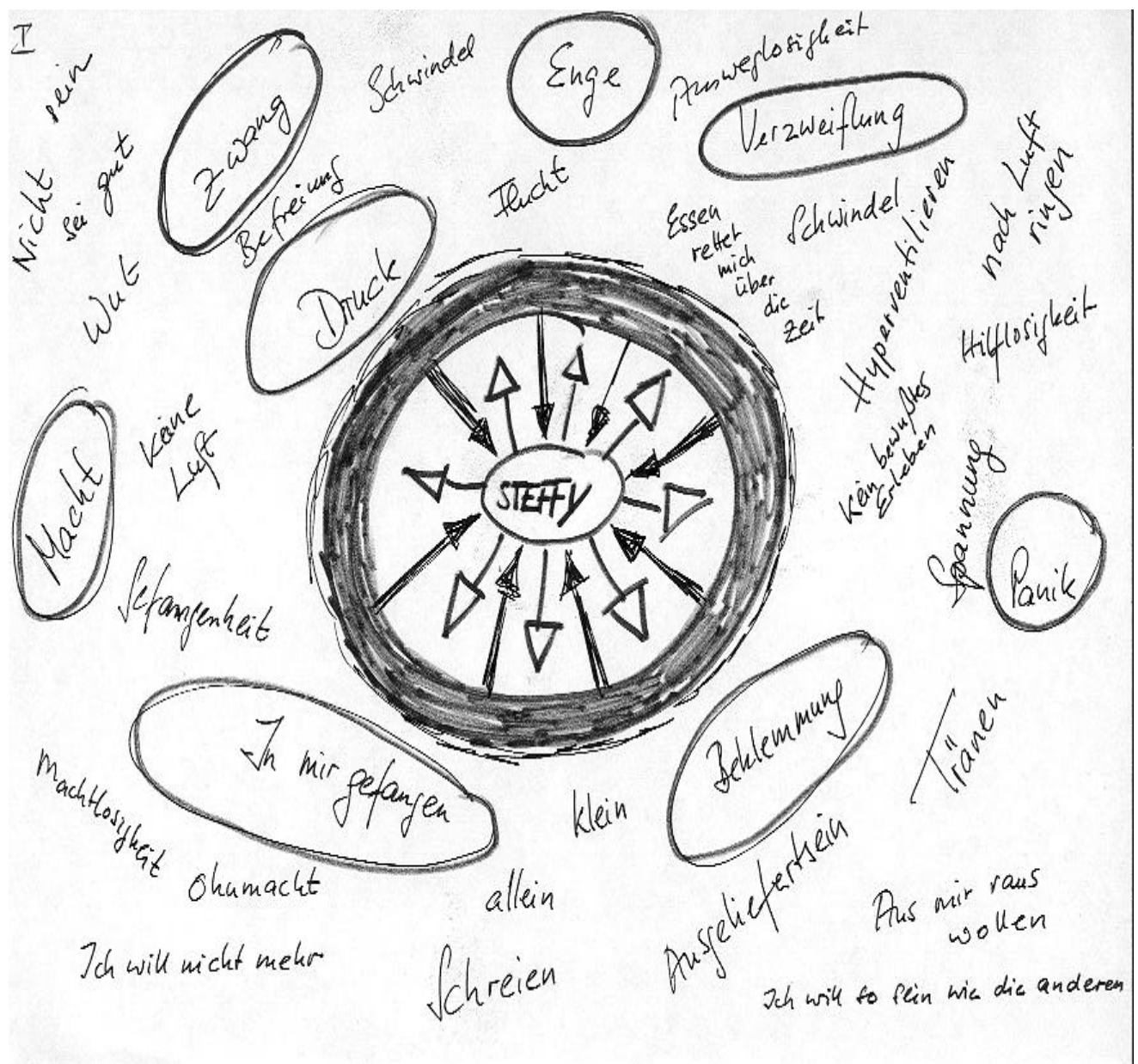
So oder so ähnlich würde eine Schülerin mit bulimischem Verhalten sich vermutlich äußern, wenn sie bereit wäre, über ihre Situation zu sprechen. Doch dies geschieht selten, denn die Gefühle der Scham, Schmach und Schuld erschweren die Selbstmitteilungen ebenso wie die Bereitschaft, sich möglichst frühzeitig kompetente Hilfe zu holen, um den negativen Kreislauf von Essen und Brechen zu durchbrechen.

Leichter als über Worte gelingt oftmals der Ausdruck des inneren Erlebens über das Medium des Malens, so wie im Fall der ehemaligen Schülerin, die die nachfolgend abgebildeten Zeichnungen für diese Veröffentlichung zur Verfügung stellte.

Ihr bulimisches Verhalten begann nach einigen Diätversuchen während der Pubertät, eine Zeit, in der sie sich als leistungsstarke Schülerin einerseits kompetent, kontrolliert, perfektionistisch und erfolgsorientiert erlebte und sich andererseits unsicher, unzufrieden mit dem eigenen Erfolg und Aussehen dem Fress-/Brezwang auszuliefern begann.

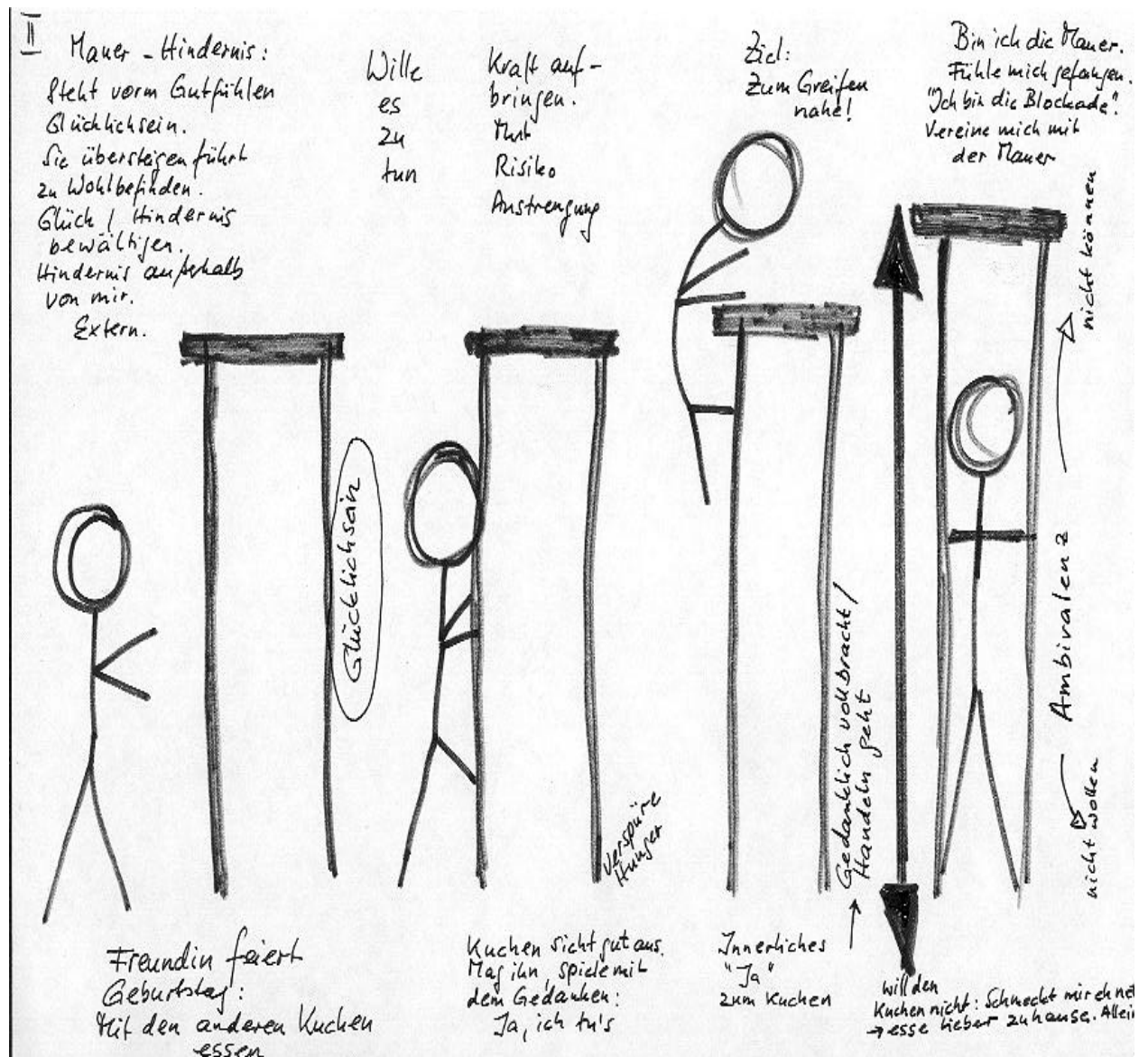
Zeichnung 1 beschreibt sie als Ausdruck ihrer Verschlussenheit, Abschottung und Hilflosigkeit. Wie ein Panzer wird sie vom Zwang des bulimischen Verhaltens umschlossen. Die Last der bedrückenden Anforderungen und Botschaften der Außenwelt wirkt durch die Abschottung nach innen und übt einen ungeheuren Druck aus, gegen den sie sich nicht zu wehren vermag.

Zeichnung 1



Mit **Zeichnung 2** stellt sie ihre Zerrissenheit dar zwischen dem starken Wunsch und dem gleichzeitigen Unvermögen, in Gesellschaft anderer entspannt und genießend zu essen, Ausdruck ihrer inneren Ambivalenz zwischen Anpasstheit und Autonomie.

Zeichnung 2



Kennzeichnend für diese Zeit sei gewesen, dass sie sich oft mit anderen Jugendlichen verglichen habe, geplagt von selbstkritischen Gedanken, nicht zu genügen, Jede Entscheidung stürzte sie in tiefe innere Konflikte, aus Angst, nicht die "richtige" Entscheidung zu wählen. Innerhalb ihrer Familie wurden Konflikte nicht zur Sprache gebracht. Übermäßiges Essen mit nachfolgendem Erbrechen sei für sie eine Methode der Stressbewältigung gewesen, um den schulischen und familiären Leistungsanforderungen gerecht zu werden. Laxantia und Diuretika, immer wieder neue Diät- und Fastenmethoden begleiteten ihr bulimisches Verhalten. Durch das Erbrechen habe sie sich ein "bestrafendes Reinigungsritual" geschaffen, mit dessen Hilfe sie den Ekel vor sich selbst mittels

Selbstkontrolle wieder ins Gleichgewicht bringen konnte. Zerrissen zwischen der inneren Rebellin, die sich mit den Heisshungerattacken gegen das vermeintlich von der Außenwelt auferlegte Diktat der Enthaltsamkeit auflehnte und der äusserlich Angepassten, die dem Ideal der schlanken, erfolgreichen, anerkannten Schülerin nacheiferte, habe sie nur diesen zwanghaften Ausweg gefunden.

Oft habe sie sich gewünscht, dass sie über ihre Schwierigkeiten und ihr bulimisches Verhalten mit einer/m Erwachsenen ins Gespräch kommen könnte. Auf die Frage, welche Gesprächs-, Unterstützungs-, und Hilfsangebote während ihrer Schulzeit für sie bedeutsam gewesen wären oder gar zur Veränderung bzw. Aufgabe dieses selbstschädigenden Prozesses beitragen hätten können, schlägt sie einen 10 Punkte Katalog vor:

1. Da Gleichaltrige oft über Essen und Gewicht miteinander reden, sollten Lehrerinnen und Lehrer, Freundinnen und Freunde, die bei bestimmten Jugendlichen Bulimie oder eine andere Essstörung vermuten, nicht auch noch mit ihnen darüber reden, denn das ist nicht das eigentliche Problem.
2. Sie sollten keine wertenden Kommentare abgeben über Aussehen und Gewicht. Andernfalls könnten Heimlichkeit und Zwang noch verstärkt werden.
Wenn eine Person jedoch hört, riecht oder gar sieht, wie ein/e Jugendliche/r das soeben eingenommene Essen in der Toilette wieder von sich gibt, sollte sie ihr/ihm diese Beobachtungen mitteilen und Gespräche anbieten unter Nennung von Anlaufstellen für professionelle Hilfe. Mehrmaliges Nachfragen, ob diese Hilfe schon in Anspruch genommen wurde, sollte unterbleiben. Statt dessen sollten Gesprächsangebote über die eigentlichen Probleme der /des Jugendlichen folgen.
3. Wenig hilfreich sind Gesprächseröffnungen mit den Floskeln "Ich mache mir Sorgen über dich." Die/ der Jugendliche könnte diese einleitenden Worte als Abwertung und Schuldzuweisung verstehen. Besser: "Ich mache mir Gedanken ..." oder "Ich habe den Eindruck, dass..."
Dann evtl. nachfragen, z.B. "Ist da was dran?"
Bei günstigem Gesprächsverlauf wird die/der Schüler/in bestätigen,
- dass die Wahrnehmungen stimmen oder dass sie falsch sind und dass sie dennoch weiterhin mit der Lehrkraft im Gespräch bleiben will oder
- dass sie gar nicht über sich selbst sprechen will, aber das Gesprächsangebot gehört hat.

Ziel der Gespräche sollte die gegenseitige Kommunikations- und Kontaktbereitschaft sein und nicht die (unrealistische) Erwartung der Einsicht der Jugendlichen in die Selbstdestruktivität der Essstörung. Momentane Gesprächsverweigerung heisst nicht, dass zu einem späteren Zeitpunkt keine Gesprächsbereitschaft möglich ist.

4. Gesprächsangebote sollten nicht den Charakter von "therapeutischen Gesprächen" annehmen. Besser wäre es, sich auf die "Kunst des aktiven Zuhörens" und auf Ich-Botschaften zu konzentrieren, um ohne Wertung den Kontakt aufzubauen und zu halten.
5. Bitte keine Ratschläge. Sie könnten Schläge sein. Dies gilt es auch bei Elterngesprächen zu berücksichtigen. Es sollte vermieden werden, über die/den Schüler/in mit anderen Personen zu sprechen, bevor die/der Betroffenen nicht selbst angesprochen wurde.
6. Manche bulimischen Jugendliche und andere Personen mit Essstörungen umgeben sich mit einem Heer von "Helfern und Helferinnen." Statt dessen wäre es hilfreicher, sie immer wieder erneut auch an ihre eigenen Fähigkeiten, Ressourcen und ihre Eigenverantwortlichkeit für die Lösung ihrer Probleme zu erinnern.
7. Es ist wichtig, sie immer wieder zu ermutigen, dass sie es wert sind, sich kompetente, professionelle Hilfe zu holen, ohne sie jedoch dazu mit allen Mitteln überreden zu wollen.

8. Außenstehende müssen Geduld haben in zweierlei Hinsicht:
 - Gespräche über tiefgreifende Probleme brauchen eine Vertrauensbasis.
 - Bulimie als Essstörung ist ein erlerntes Verhalten und braucht Zeit, um sich zu verändern und zu heilen. Versuche, dieses Essverhalten einer Person durch gutes Zureden oder gar Kontrolle verändern zu wollen, werden scheitern, denn sie bewirken nur Misstrauen und endlose Kontrollkämpfe.
Lehrerinnen und Lehrer sollten sich in Fallbesprechungsgruppen selbst Unterstützung holen.
9. Weder Bevormundungen noch Schuldzuweisungen abgeben. Weder direkt, z.B. "Du verschwendest kostbares Essen, während andere hungern," noch indirekt, z.B. über das Aufzeigen von Hungersnöten und anderen Katastrophen in der Welt. Denn hier geht es um eine andere Art von Hunger und Gesättigtsein!
10. Keine Sonderbehandlung von bulimischen Jugendlichen oder anderen Essgestörten durch Lehrerinnen und Lehrer. Statt dessen sollte die pädagogische Aufmerksamkeit auf ihre mögliche Isolation im Beziehungsbereich, Mobbing und Bossing innerhalb der Jugendclique, der Klasse und der Schule gerichtet werden.

Aus diesem 10 Punkte Katalog mit Anregungen für einen erfolgreichen Gesprächsaufbau mit bulimischen Jugendlichen (ob vermutet oder diagnostiziert) werden mehrere Vorgaben ersichtlich, die auch für die primäre und sekundäre Prävention in der Schule relevant sind: Für beide Bereiche der Prävention gegen Bulimie gilt, dass es keine allumfassende Rezepte liefernde Prävention gibt, da die Ursachen für Bulimie und anderer Essstörungen viele potentielle Risikofaktoren beinhalten und bulimisches Verhalten - anders als Anorexia nervosa oder Adipositas - oftmals keine körperlich und äusserlich sichtbaren Merkmale hinterlässt. Meist sind die Betroffenen zudem schulisch erfolgreiche Jugendliche, deren Leistungsstand keine zusätzlichen Interventionen von Seiten des Klassenlehrers oder der Klassenlehrerin, bzw. der Beratungslehrerin benötigt, die dann vielleicht die eigentlichen Probleme zu Tage fördern könnten. Auf den ersten Blick würde niemand - gelegentlich nicht einmal die engsten Familienangehörigen - hinter der vermeintlich selbstsicheren Fassade dieser Jugendlichen den fortwährenden Kampf mit der Angst, nicht zu genügen und das anstrengende Dilemma von Zuviel und Zuwenig vermuten.

Überlegungen zur Prävention gegen Bulimie

1. Die Themenbereiche Essen, Diäten, Gewicht, Aussehen, Wirkung auf andere sind von zentraler Bedeutung im verbalen und non-verbalen Kommunikationsverhalten Jugendlicher. Sie bilden gleichermaßen wichtige Komponenten innerhalb des Rahmens von Heranwachsen und Erwachsenwerden. Die präventiven Maßnahmen sollten daher nicht nur überwiegend theorie- sondern vor allem praxisbezogen sein.
Die Aufklärung über die Genese der multimedial, kommerziell propagierten Schlankheitsbilder und der damit verknüpften geschlechtsspezifischen Rollenbilder unserer westlichen Kultur müssen begleitet werden von Informationen über die körperliche Gefährdung durch repetitive Diäten (als möglicher Einstieg in die Bulimie), wobei der Schwerpunkt auf deren kurzfristigen Auswirkungen, wie z. B. dem "Jojo-Effekt und Set-Point-Gewicht" (Bennet, W. u. Gurin, J., 1983) liegen sollte und nicht auf der (für Jugendliche wenig verwertbaren) Aufzeichnung ihrer destruktiven Langzeitwirkungen, wie etwa der Beeinträchtigung des Wachstums, der Fruchtbarkeit, des Auftretens von Osteoporose, Muskelschäden oder dentalen Problemen.
2. Präventive Interventionen bzgl. der Akzeptanz des eigenen Körperbilds sollten nicht wiederum auf körperliche Erscheinungsbilder abzielen, wie z.B.: "Auch mollige Jugendliche sind doch attraktiv. Sie müssen sich nur richtig kleiden." Oder: "Wenn du weniger mit Essen beschäftigt wärst, hättest Du mehr Zeit zum Lernen."
Hierzu gehören auch die ökotrophologischen Ansätze, deren Wissenstransfer zwar auf wis-

senschaftlich fundierten Ernährungskonzepten beruhen, in denen Bulimikerinnen und Bulimiker auf Grund ihrer exzessiven Präokkupation mit Nahrungsaufnahme jedoch meist selbst schon Experten und Expertinnen sind.

Vielmehr sollten präventive Interventionen bzgl. der Akzeptanz des eigenen Körperbilds in erster Linie auf

- die generelle Stärkung des Selbstvertrauens,
 - den Umgang mit Konflikten, das Nein-Sagen-Lernen in Selbstbehauptungstrainings,
 - das Lernen, mit positivem Feedback und Anerkennung sowie mit Kritik und Versagen umzugehen sowie Übungen zum Verhaltensmanagement,
 - die Entwicklung der positiven Ausstrahlung,
 - die Ermutigung zur Kommunikationsfähigkeit,
 - die Auseinandersetzung mit der Sexualität
 - den Umgang mit verinnerlichten, perfektionistischen Leistungsantriebern,
 - den Umgang mit Gefühlen, Frustration, insbesondere Schmerz und (vermeintlicher und realer) Kränkung,
 - das Erlernen, Üben und Praktizieren von Entspannungsübungen und Selbstverteidigungsübungen (Tai Chi, Yoga, Autogenes Training, Wendo, Aikido u.a.) gerichtet sein.
3. Im Verhaltens- und Kommunikationskodex vieler Jugendlicher verheißt Dünne Akzeptanz, Zuwendung, Macht und Geld. Dünne gilt als "Sesamöffnedich" für soziale Akzeptanz innerhalb der Gruppe Gleichaltriger.
- Wenn ein/e Jugendliche/r motiviert werden soll, vom bulimischen zum normalen Essverhalten zurück zu kehren, wird er/sie damit konfrontiert, ein eigenständiges, evtl. von der gesellschaftlich statuierten Norm abweichendes Körperbild zu entwickeln und zu akzeptieren. Hier stellt sich die Frage, welche sekundärpräventiven Massnahmen seines/ihrer sozialen Umfeld, einschliesslich des schulischen Umfelds er/sie hierfür als unterstützend und hilfreich (auch im Sinne der Kompensation) erfahren kann.
- Wenn ein Verhaltensmuster aufgegeben werden soll, an dessen Beginn das Streben nach Akzeptanz und Zuwendung innerhalb einer Gruppe stand, müssen Alternativen geschaffen werden, um das entstandene Vakuum zu füllen. Diese Alternativen tangieren auch neue Strategien, um mit den Ängsten der eventuellen oder vermeintlichen Nichtakzeptanz bzw. Ausgrenzung durch die Gruppe umgehen zu können. Die präventiven Interventionen von Lehrerinnen und Lehrern, Eltern sowie Gleichaltrigen (als Multiplikatoren/innen) müssen das nötige Rüstzeug enthalten, um diesen Ängsten vorzubauen und Unterstützung anzubieten.
- In diesem Zusammenhang ist es unabdingbar, dass auch Lehrerinnen und Lehrer ihre gewohnten Vorstellungen über gängige Körperbilder überprüfen und gegebenenfalls revidieren. Auch für sie gilt, dass sie die Zusammenhänge erkennen zwischen der Idealisierung von Schlankheit und der Angst vor dem Dicksein. Es wird klar, dass Prävention gegen Bulimie und andere Essstörungen auch das soziale Umfeld mit einbeziehen muss.
4. Schülersprecherinnen und -vertreter/innen, Gruppenleiter/innen, die sog. "Role Models" und "Peer Group Leaders," werden vom Umfeld der Erwachsenen meist nicht nur als sozial kompetent und sprachlich eloquent eingestuft, sondern auch als gut aussehend, fit und schlank. Sie erleben nicht selten eine bevorzugende Behandlung durch Lehrer und Lehrerinnen gegenüber den gewichtigeren oder übergewichtigen Kindern und Jugendlichen. Extrem dünne und magersüchtige Schülerinnen erfahren sogar gelegentlich Bewunderung und Hochachtung, ob ihrer vermeintlichen Willensstärke und Askese, während übergewichtige Schüler und Schülerinnen eher bemitleidet oder abgewertet werden und in die Ecke der "Passiven, Faulen, Unsportlichen" gestellt werden. Diese bevorzugende Behandlung kann ein weiterer Faktor sein, der Schülerinnen und Schüler dazu motivieren kann, sich über bulimisches Essverhalten zu den vermeintlichen Gewinnern zu stellen. Effektive präventive Massnahmen beinhalten nicht nur eine Bewusstmachung dieser Motivationsebenen unter den Jugendlichen und Lehrer/innen

sondern auch geeignete Alternativen zur Verhaltensänderung, in deren Mittelpunkt wiederum Selbststärkungsinitiativen, Konfliktraining und Abbau von Vorurteilen einen festen Platz einnehmen.

5. Die sekundärpräventiven Massnahmen der (Sport)Lehrerinnen und Lehrer werden an Effizienz gewinnen, wenn extrem leichtgewichtige nationale und internationale Tanz-, Eiskunstlauf-, Gymnastik-, Leichtathletiksportlerinnen nicht mehr überwiegend als Idol- und Vorbildfiguren propagiert werden. (Die U.S Spitzensportlerin Christy Heinrich, die 1994 an Organversagen, verursacht durch Unterernährung starb, erwähnte vor ihrem Tod, "dass 5 von 6 von uns in der Olympiamannschaft Essstörungen hatten. Eine hat versucht, sich aus Hunger das Leben zu nehmen." Burstyn, 1999)

Längst haben Studien (Piran, 1993) gezeigt, dass die Art und Weise - vergleichend, spöttisch, abwertend, bemitleidend - , wie Erwachsene sich über das Erscheinungsbild und den Körpervumfang von Kindern und Jugendlichen äussern, noch destruktivere und nachhaltigere Auswirkungen auf das Essverhalten zeitigen kann, als ähnliche, abwertende Bemerkungen von Gleichaltrigen.

6. Präventive Massnahmen und Interventionen gegen Bulimie müssen auf dem Hintergrund der Kenntnisse über die Entstehung und Konstruktion der schnellebigen Mythen, Life-styles und Glaubensmuster der Jugendlichen und ihrer Kultur entstehen. Sie müssen die Strategien und Umgangsformen berücksichtigen, die Jugendliche benützen, um dem ungeheuren Druck zu begegnen, dem sie tagtäglich ausgesetzt sind.

Wenn die Entschlüsselung der Bulimie als (misslungener) Ausdruck der Bewältigung von Identitätsfindung und persönlichen Schwierigkeiten des Heranwachsenden verstanden wird, dann können - in Theorie und Praxis - vor allem **ressourcenorientierte** Impulse vermittelt werden, um Jugendliche zu befähigen, eigenverantwortlich den Herausforderungen der körperlichen Reifung, der Identitätsentwicklung in der Adoleszenz, den Konflikten zwischen Autonomie und Abhängigkeit und den gesellschaftlich vorgegebenen geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen zu begegnen.

Dies bedeutet, die präventiven Massnahmen gegen Bulimie nicht auf dem Hintergrund von Defiziten eines/r Jugendlichen zu gestalten, sondern unter Einbeziehung seiner/ihrer **Kompetenzen, Stärke und Kreativität**.

Es gilt die vorhandenen Ressourcen der Jugendlichen zu aktivieren, mit denen sie

- ihr Verantwortungsbewusstsein und ihre Disziplin für sich selbst einsetzen können, um mit Stress und Essen konstruktiv umzugehen,
- einen neuen Umgang mit Versagensängsten erproben können,
- realistische Zielsetzungen entwickeln, um zu lernen, sich real - statt ideal - zu erleben und um zu handeln, ohne ein "optimales" Ergebnis zu erwarten,
- irrealen Medienbilder jugendlichen Aussehens entmystifizieren,
- Zeitmanagement üben,
- individuelles Körperbewusstsein entwickeln, um Ausdrucksmittel für Stärke und Durchsetzungskraft zu finden.

Dieser ressourcenorientierte, präventive Schwerpunkt erfordert auch von den Lehrkräften eine ständige Auseinandersetzung mit den Inhalten einer sinnvollen Beziehungsdidaktik (Miller, 1997) und eine Wahrnehmung der eigenen Ressourcen und Grenzen.

Literatur:

Bennet, William, Gurin, Joel: Vom Sinn und Unsinn der Diätikuren. Tornus, München, 1983

Boskind-White, M. , White, W.: Bulimarexie. München, 1997

Burstyn, Vera: The Rites of Men, Manhood, Politics and the Culture of Sports, Ottawa,Canada, 1999, S. 89

Miller, Reinhold: Beziehungsdidaktik. Beltz Pädagogik, Weinheim, 1997

Piran, N: "Prevention of Eating Disorders - A Dilemma" in RAPPORT, Volume 8, No 1, Ontario, Canada, 1993; s.a.: <http://www.cfc-efc.ca/docs/00000409.htm>

Die Autorin:

Dr. Marion Schirling
Beratungslehrerin, Suchtbeauftragte,
Supervisorin (WIT, Tübingen)
Neudeck 38
74243 Langenbrettach
Fax: 07946/942523
e-mail: mzu_c@yahoo.com

2.4.

Ruth Seeger
Die Schulzeit - eine Rückschau von Betroffenen

Mädchen und junge Frauen, die in der Jugend- und Drogenberatungsstelle in Sindelfingen Beratung und Behandlung wegen einer Essstörung suchten, wurden gebeten, auf eine oder mehrere der nachfolgenden Fragen schriftlich zu antworten. Die ratsuchenden Mädchen und jungen Frauen litten an der Ess- Brech-Sucht (Bulimie) und/oder Magersucht (Anorexie).

Die Fragen lauteten:

- An was hätten es die anderen merken können, dass mit mir etwas nicht stimmt?
- In welchem Entwicklungsstadium meiner Krankheit hat jemand in der Schule (Lehrerin/Lehrer, Sekretärin, Hausmeister, Mitschülerinnen/Mitschüler) wie reagiert?
- War damals eher mein Verhalten auffällig oder meine körperliche Verfassung?
- Wie und wodurch habe ich mich selbst auffällig gefühlt und was davon wurde von Lehrerinnen / Lehrern und Mitschülerinnen / Mitschülern bemerkt?
- Hat die Schule im Krankheitsverlauf an Bedeutung verloren oder zugenommen? Wodurch hat sich das konkret geäußert?
- Gab es hilfreiche Reaktionen in der Schule?
- Jetzt im Rückblick: was hätte ich mir damals als Hilfestellung, von wem, gewünscht?

Im nachfolgenden Bericht kommen die ehemaligen und derzeitigen Schülerinnen von Gymnasien und Realschulen persönlich zu Wort. Die Namen sind geändert, die Altersangabe entspricht dem aktuellen Alter. Die Äußerungen der Mädchen und jungen Frauen sind *kursiv* gedruckt.

Der Druck der Rollenerwartungen

Der Erkrankungsbeginn liegt häufig im 13.-15. Lebensjahr. Die körperliche Entwicklung mit Beginn der Pubertät führt im Leben vieler Mädchen zu einer großen Verunsicherung in Bezug auf ihre Selbstdefinition, ihre Identität und körperliche Attraktivität. Eine Reihe von Mädchen verknüpfen extrem ihren Selbstwert mit einem schlanken Körper.

In der Pubertät begegnen sie auf der Suche und in der Auseinandersetzung mit ihrer zukünftigen Rolle als Frau auch der gesellschaftlichen Rollenerwartung: Ein Frau hat schön, schlank und attraktiv zu sein.

„Mit 13 Jahren war ich zum 1.Mal unzufrieden mit meinem Gewicht. Ich war eifersüchtig auf meine damalige Freundin, die längere und schlankere Beine hatte. Bei mir sah ein Rock einfach nicht so gut aus. Da ich etwas schneller in der Entwicklung als andere Mädchen war, hatte ich zu der Zeit schon etwas Busen und wurde von meinen Mitschülern deswegen gehänselt...

Ich trug nur noch weitere T-Shirts und lief immer etwas gebückt. Auf jeden Fall, wollte ich damals schon abnehmen und begann immer mehr eine Rolle zu spielen.“ (Wiebke, 24 Jahre)

„Meine Krankheit begann mit 14 Jahren. Ich wuchs unheimlich schnell und verlor dabei Gewicht. Plötzlich sagten mir viele Freunde, wie hübsch ich geworden wäre, und dass ich eine wirklich

schöne Figur bekommen hätte. Ich freute mich unheimlich über diese Komplimente und dachte mir, je dünner ich werde, um so beliebter würde ich werden." (Klarissa, 18 Jahre)

„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. Jetzt finde ich es einfach unglaublich, dass es kein Lehrer gemerkt haben will. Vielleicht hat es einer bemerkt, aber gesagt hat keiner etwas.“

Viele von uns waren ständig am Diät machen. Abnehmen, zunehmen. Sport war der Horror, die Umkleidekabine, die Blicke dort auf die Figur der anderen. Ich hatte ständig das Gefühl, dass man mir auf den Bauch starrt. Hat sie zugenommen oder abgenommen? Ich habe genauso geschaut. Hatte eine andere gerade abgenommen, dann war ich eifersüchtig, andersherum empfand ich wirklich für kurze Zeit so etwas wie Schadenfreude, zumindest für kurze Zeit." (Florence, 24 Jahre)

Die Beispiele zeigen eindrücklich, wie verunsichert diese Mädchen in dieser Altersphase waren, wie instabil ihr Selbstwert ist und wie groß die Sehnsucht nach Anerkennung, Bewunderung und Wertschätzung war.

Im Krankheitsverlauf beginnt hier oft ein schleichender sozialer Rückzug. Aus der Angst vor einer Gewichtszunahme und dem damit verbunden geglaubten Attraktivitätsverlust werden Ausreden gefunden, weshalb man keinen Hunger hat.

Zum Beispiel: „Ich habe schon zuhause gegessen.“ Pausenbrote werden verschenkt, oder nach dem Essen wird der Weg zur Toilette gesucht, um alles wieder zu erbrechen.

„Meine Lehrer hätten es im Kochunterricht merken können, wo ich nie mitaß unter fadenscheinigen Argumenten. Wenn ich doch mal mitessen musste, bat ich darum danach auf die Toilette gehen zu dürfen.“ (Klarissa, 18 Jahre)

Bedeutung der Leistung

Die Leistung tritt vor Beziehungen und Freundschaften in einer Lebensphase in der natürlicherweise die Gruppe der Gleichaltrigen an Bedeutung gewinnt und Abgrenzungen und Auseinandersetzungen mit der Eltern-/Lehrergeneration stattfinden muss, um die eigene Identität zu entwickeln.

Die Leistung wird auch zum Ausgleich für die wachsende soziale Isolation. Auf diese Weise bleibt wenigstens eine Brücke zu den Menschen (Lehrer, Eltern) erhalten.

„Ich habe mich abgesondert, isoliert von meinen Klassenkameraden, mich extrem für Sport begeistert und war wahnsinnig ehrgeizig. Ich war sehr oft gereizt und aggressiv, was ich zuvor nie war.“ (Klarissa, 18 Jahre)

„Ich wollte auch in der Schule Leistung bringen. Ich fing verstärkt an zu lernen und verbesserte mich.“ (Sarah, 16 Jahre)

„Für mich nahm die Schule in dieser Zeit sehr an Bedeutung zu, weil ich mich ganz darauf konzentrierte, wenigstens darin die Beste zu sein, wenn ich in meinen Augen schon nicht die beste Figur besaß. Ich nahm mehr am Unterricht teil und lernte mehr, weil es nicht mehr viel gab, was mich interessierte.“ (Klarissa, 18 Jahre)

„Die Schule war für mich ein weiterer Ort, an dem ich nicht so sein konnte wie ich sein wollte. Dabei wusste ich ja selbst noch nicht so recht, wie ich eigentlich bin.

Ich hätte mir einfach gewünscht, dass ich in der Schule als Mensch gesehen werde, der Fehler und Schwächen genauso hat wie Stärken. Die Erwartungshaltung der Lehrer setzte mich jedoch unter kaum aushaltbarem Druck.“ (Florence, 24 Jahre)

Die Schülerinnen zeigen ein der Schule wohlgefälliges Verhalten in einer Lebensphase in der eher Rebellion angesagt ist. Die Magersucht und Ess- Brecht- Sucht wird mitunter auch als die „Sucht der Braven“ bezeichnet.

Wie aber geht die Schule bei anderen Suchtgefährdeten vor?

Oder wie verhält sich die Schulleitung, wenn sich ein Drogendealer in der Schule eingenistet hat?

"Ansteckungspotenzial" und Diät als "Einstiegsdroge"

Hier ein Beispiel für das "Ansteckungspotenzial" der Magersucht:

„Ich kann mich daran erinnern, dass es ein Mädchen gab, das Magersucht hatte, also von der es die Schule wußte, weil sie eine Zeitlang in einer Klinik war. Es wurde irgendwie bekannt. Sie war das schönste Mädchen der Schule und ich glaube, dass ihre Magersucht sie in unseren Augen noch schöner gemacht hat. Sie war für mich der Star und ich hätte wirklich lange gehungert, um diese Figur zu bekommen.“ (Florence, 24 Jahre)

Der Vergleich mit anderen stoffgebundenen Süchten ist problematisch. Bei den Essstörungen handelt es sich um sogenannte psychosomatische Störungen mit Suchtcharakter. Bei anderen Suchtgefährdungen ist die Gefahr für den Bildungsauftrag offensichtlicher. Diäten sind aber oft die "Einstiegsdroge" für eine Essstörung.

Es gibt Gemeinsamkeiten zur Suchtentwicklung, z.B. im Bereich der Bagatellisierung und Verleugnung der Symptomatik, sowie beim Punkt Heimlichkeit.

Hier taucht die Frage auf: Was und wie unterstützt die Schule die Entwicklung und Stabilisierung der Magersucht, bzw. der Ess-Brech-Sucht?

Werden Magersüchtige klammheimlich zum Vorbild für die ansonsten oft so „schwerfälligen“, bequemen und lernmüden oder faulen Schüler?

Wie aber registriert und reagiert die Schule bei der Problemlage der Mager- und Ess-Brech-Süchtigen?

Auffälligkeiten, Symptome, Gefahr der Co-Abhängigkeit

Die Magersucht hat als das markante Leitsymptom die körperliche Auszehrung, während die Bulimie körperlich nicht auf den ersten Blick erkannt wird. Diese Mädchen sind eher normal-idealgewichtig. Fehlzeiten im Unterricht, Konzentrationsstörungen und sozialer Rückzug sind häufig beobachtbare Symptome. Körperliche Merkmale sind eher der Gewichtsverlust während der Ferien, später die gerissenen Mundwinkel, der sogenannte Brechfinger oder die geröteten Augen nach einem Ess- Brechanfall, die auf den zweiten Blick wahrgenommen werden können. Die langfristigen körperlichen Folgeschäden bei einer Chronifizierung sind jedoch sehr erheblich.

Von einer Chronifizierung bei Essstörungen sprechen die Fachleuten bereits bei einer Erkrankungsdauer von mehr als 6 Monaten. Diagnostisches Leitsymptom sind dabei die mehrmals wöchentlichen Ess-Brech-Anfälle. Problem bei der Bulimie ist dabei, dass sie so lange im Verborgenen bleibt. Aufklärung tut not!

Aber auch die offensichtliche Auszehrung bei der Magersucht wird nicht selbstverständlich wahrgenommen.

Hier ein weiteres Beispiel:

Eine knapp 18-Jährige, 1,72 m groß bei einem aktuellen Gewicht von 37 kg. Besucht die 12. Klasse, nimmt noch immer regelmäßig an Sport teil und wurde in der Schule noch von keinem Lehrer angesprochen!

Einen Blick dafür zu entwickeln, dass etwas nicht stimmt und es anzusprechen, auf Beratungsangebote hinweisen, wäre so wichtig, damit die Krankheit keinen chronischen Verlauf nimmt.

„Die Lehrer hätten schon etwas merken können, wenn sie gewollt hätten.....Es gab einfach Momente, in denen ich abwesend und unheimlich belastet ausgesehen haben muss. Keiner meiner Lehrer hat je ein Wort darüber verloren. Ein Antwort darauf werde ich wohl nicht bekommen.“ (Bella, 25 Jahre)

Im Nachhinein fallen mir zehn Mädchen ein, die alle ein überaus gestörtes Verhältnis zu 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.

Aber alles umsonst. Ich brach zusammen. Ich brach ja zusammen, mein Kreislauf unterstützte mich und bei dem anstrengenden Tag fragte sich wohl keiner, ob es noch einen anderen Grund gab“ (Florence, 24 Jahre.)

„ 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.

Auffällig war, dass ich nur noch mit meinem Schal unter dem Po (kein Po-Fett), auf dem Stuhl sitzen konnte.

Desweiteren meine extrem weiten Klamotten. Ich konnte ohne Probleme 3 Pullis in einem 23°C beheizten Raum anziehen. Mir war immer noch kalt.“ (Eva, 23 Jahre)

Positives Beispiel

Die Betroffene ansprechen und Hinweise geben. Hier ein Beispiel wie es wünschenswert wäre:

„Meine Religionslehrerin sprach mich an der Schule an. Sie sagte, dass ihr aufgefallen ist, dass meine Noten in jedem Fach sehr gut sind. Gleichzeitig werde ich aber 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 sehr hilfreich fand.“ (Veronika, 20 Jahre)

Hier hat eine Lehrerin eine Schülerin damit gut konfrontiert, dass sie Bildung möchte und selbst keine Verantwortung für ihren Körper und Seele übernimmt. Die Genesung beginnt genau dort, wo die Schülerin (zukünftig vermutlich vermehrt auch Schüler) Eigenverantwortung für ihren Gesundheitsprozess übernimmt.

Die Telefonnummer einer Beratungsstelle in der für Essgestörte eine diagnostische Abklärung und eventuell eine Weitervermittlung stattfindet, gehört an die Info-Tafel für die Lehrer- und Schülerschaft.

Lehrer müssen keine diagnostische Abklärung betreiben!

Das Positive an den folgenden Beispielen ist, dass diese Lehrer die Veränderung wahrgenommen und angesprochen haben, leider waren sie mit der ersten Antwort zufrieden:

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)

Mein Religionslehrer fragt mich, ob ich ein Drogenproblem hätte, weil ich so dünn geworden wäre, aber an eine Essstörung dachte keiner.“ (Klarissa, 18 Jahre)

In diesen Fällen hatten die Lehrerinnen und Lehrer eine Hypothese, leider die falsche! So blieb ein richtiges Erziehungsverhalten im Ansatz stecken. Wären die Pädagogen bei ihrer Beobachtung geblieben, ohne eine Diagnose zu äußern, hätte sich das Gespräch eher in die richtige Richtung entwickeln können.

Sieht eine Schülerin extrem untergewichtig aus, erscheint es mir dringend notwendig, dass sie der Schule eine Gesundheitschreibung von einem erfahrenen Hausarzt vorlegt. Dass im Sportunterricht Magersüchtige nicht mehr unterrichtet werden, sowie Fehlzeiten auch bei guten Schülerinnen als Missachtung der Anwesenheitspflicht gesehen und konsequent angesprochen werden.

Bei minderjährigen Schülerinnen sind die Eltern dringend einzubeziehen. Sie sollten in einem Elterngespräch auf Beratungsmöglichkeiten hingewiesen werden.

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.“

Aufklärung und präventive Maßnahmen

Aus den Schülerinnenberichten geht auch hervor, dass sie sich gewünscht hätten, dass Essstörungen in fächerübergreifenden Projektunterrichtseinheiten behandelt würden, als Aufklärung für sich selbst und ihre Freunde/Freundinnen.

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

An diesem Beispiel wird nochmals deutlich, dass die Gruppe der Gleichaltrigen, die Clique, eine hilfreiche Rolle spielen könnte, wenn sie informiert ist.

„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.“

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.

Interessant fand ich auch, dass die Jungen anscheinend nichts mitbekommen haben, was bei uns Mädchen so los ist.

Viel Wut steigt in mir auf, wenn ich an diese Zeit zurückdenke. Vielleicht hätten uns Lehrer weniger davon erzählen sollen, dass man Aids bekommt, wenn man den Labello des anderen benutzt und mehr über Bulimie und Magersucht.“ (Florence, 24 Jahre)

Die Bedeutung der Schule

Die Schule ist der Ort der Wissensvermittlung. Die Rückbesinnung der jungen Frauen, die an einer Essstörung erkrankt sind, zeigt deutlich, dass die Wissensvermittlung nicht alles sein kann.

Es kann nicht nur der Kopf gefordert und gefördert werden und dabei der Körper so entsetzlich übersehen werden.

Zur Lebenskompetenz gehört der verantwortliche Umgang mit Körper, Geist und Seele.

Am Ende dieser Rückbesinnung sollen nochmals zwei Schülerinnen zu Wort kommen. Ihre Äußerungen zeigen, welche große Bedeutung der Schule für Essgestörte oft zukommt. Daraus lässt sich auch ableiten, dass die Schule starke Einwirkungsmöglichkeiten auf diese Mädchen und jungen Frauen hat.

"Das Lernen war mein einziger Lebensinhalt, ich habe gebüffelt wie verrückt, wollte in allem die Beste sein. Meine schulischen Leistungen wurden immer besser, ich war stolz darauf. Die Lehrer waren mit mir zufrieden und bei meinen Mitschülern war ich die Klassenstreberin."

(Klarissa, 18 Jahre)

„Die Schule hat im Krankheitsverlauf an Bedeutung zugenommen, war für mich so eine Art Lebensinhalt geworden.“ (Denise, 20 Jahre)

Es bleibt zu wünschen, dass noch mehr Lehrerinnen und Lehrer das Thema Essstörungen in ihrem Unterricht aufgreifen und sich wie die von Veronika geschilderte Religionslehrerin verhalten: einfühlsam mit dem Problem konfrontieren und an eine Beratungsstelle vermitteln.

Die Autorin:

Ruth Seeger,
Dipl. Soz. Päd. (FH)
Sozialtherapeutin/Kinder und Jugendlichen-Psychotherapeutin
Verein für Jugendhilfe, e.V.
Drogenberatungsstelle Sindelfingen

2.5.

Dr. Christopher Terry
Die Co-Abhängigkeitsfalle:

Worauf können wir Lehrkräfte im Umgang mit Essgestörten achten?

In den Lehrerzimmern herrscht Einigkeit in der Einschätzung, dass das Unterrichten schwieriger geworden sei. Beklagt wird dabei oft, dass der Anteil der Schülerinnen und Schüler in einer Klasse, die individuelle Hilfen brauchen, größer geworden ist. Für uns Lehrkräfte hat das nicht nur einen größeren Zeitaufwand bei der Beratung und Förderung Einzelner – und oft auch deren Eltern – zur Folge, sondern auch meistens einen Konflikt zwischen unserer Rolle als Gruppenerzieher und der Hinwendung zum einzelnen Kind.

Kinder und Jugendliche in seelischen Krisensituationen, Kinder und Jugendliche mit Auffälligkeiten im Sozialverhalten, Kinder und Jugendliche mit Schwierigkeiten im Leistungsbereich beanspruchen uns heute in höherem Maße, als noch vor 10 Jahren.

Ist Suchtmittelkonsum die Ursache von auffälligem Schülerverhalten, stehen wir vor der Aufgabe, diese Schülerinnen und Schüler dazu zu motivieren, beraterische oder therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Da wir Lehrer aber keine Therapeuten sind, müssen wir pädagogische Hilfen bieten. Unser Blick richtet sich auf das konkret beobachtbare Schülerverhalten, nicht auf den Suchtmittelkonsum einer Schülerin oder eines Schülers, der in der Regel außerhalb der Schule vorkommt. Was wir in Schule und Unterricht wahrnehmen können, sind die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Verhalten und die Leistung.

Suchtmittelkonsum und Auffälligkeiten im Schülerverhalten

Wer Suchtmittel konsumiert wird Auffälligkeiten zeigen, die es uns erschweren oder sogar unmöglich machen unseren Aufgaben als Gruppenerzieher nachzukommen. Wir sind mit Unterrichtsstörungen und Pflichtverletzungen seitens dieser Schüler konfrontiert, mit denen wir umgehen müssen, auf die wir pädagogisch reagieren müssen, um unterrichten zu können.

Diese pädagogische Reaktion wird neben einem Hilfsangebot auch Sanktionen, Verträge und Absprachen beinhalten. Wegen der schlechten Schulleistungen, der Unterrichtsstörungen und Pflichtverletzungen wird ein konstruktiver Druck erzeugt, der die Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe außerhalb der Schule von Betroffenen einfordert. Denn es hat keinen Sinn, immer nur Hilfen anzubieten und der Betroffene ändert sein Verhalten nicht. An meiner Schule ist für solche Fälle ein Stufenplan von der Gesamtlehrerkonferenz als Teil unserer Erziehungs- und Ordnungsmaßnahmen beschlossen worden. Der Stufenplan soll gewährleisten, dass suchtgefährdete Schülerinnen und Schüler möglichst frühzeitig professionelle Hilfsangebote durch psychologische Berater und Therapeuten in Anspruch nehmen.

Magersucht und Schulleistung

Bei der starken Leistungsorientierung und dem oft angepassten Verhalten einer magersüchtigen Schülerin, bleiben die Auffälligkeiten, wie sie Kiffer oder Alkoholgefährdete zeigen, oft lange aus. Andere Auffälligkeiten als schlechte Schulleistungen oder Unterrichtsstörungen und Pflichtverletzungen werden leicht übersehen und eine mögliche Einwirkung der Schule im Sinne von konstruktivem Druck auf eine essgestörte Schülerin, ihre Essstörung mit Fachleuten zu bearbeiten, unterbleibt.

Dabei bestätigen die Ergebnisse der Forschung, dass die Heilungschance von Essgestörten größer ist, wenn möglichst frühzeitig begonnen wird, die Krankheit psychotherapeutisch zu behandeln.

Das Übersehen von Signalen einer Essstörung durch die Lehrkräfte ist aber nicht nur ein "Die-Augen-Zumachen". Nach meiner Erfahrung geraten Lehrerinnen und Lehrer leicht als Co-Abhängige in den Teufelskreis einer Essstörung mit hinein.

Es besteht im Umgang mit Essgestörten die Gefahr, dass nicht nur eine einzelne Lehrkraft in Co-

Abhängigkeit gerät, sondern das gesamte System "Schule", eventuell einschließlich Sekretariat und Rektorat, in Schiefelage gerät.

Eine leistungsbereite Anorektikerin zum Beispiel erhält leicht unser Mitleid, wenn es ihr schlecht geht und wir überlegen, wie *wir* ihr helfen können. Dass aber *sie* es ist, die etwas tun muss, für Veränderung sorgen muss, um zu gesunden, gerät aus dem Blick.

Co-Abhängigkeit

Anhand einer Fallschilderung möchte ich diesen typischen Prozess einer Co-Abhängigkeit exemplarisch darstellen. Im nachfolgenden Fall habe ich eine Schülerin vor mir, (ich nenne sie Miriam), deren Entwicklung ich über mehrere Jahre hinweg verfolgt habe. Miriam ist am Anfang dieser Schilderung 14 Jahre alt. Am Ende ist sie schon 19. Miriam ist an Anorexie erkrankt.

Miriam

In der Klasse 8 und 9 gefällt Miriam ihren Lehrerinnen und Lehrern.

Sie ist höflich, fleißig, aufmerksam. Bis auf Mathematik, Sport und später Französisch bringt sie sehr gute Leistungen. Im Unterricht sitzt sie in der ersten Reihe dem Lehrer gegenüber, mit dem Rücken zur Klasse.

Sie redet leise, privat, fast intim im Unterricht, für ihre Klassenkameradinnen nicht hörbar. Sie redet auf einem hohen Niveau, anders als die im Hintergrund lautstark pubertierenden Klassenkameradinnen. Im Gegensatz zu ihnen ist sie korrekt, bieder. Sie wird zu einer angenehmen Gesprächspartnerin für den Lehrer, der sensibel auf sie eingeht und der sich im Niveau seines Unterrichts bestätigt fühlt und dies genießt. Obwohl sie in Gruppengesprächen kaum zur Geltung kommt und sich gegen die Mitschüler nicht behauptet, ist sie im Unterricht immer bei der Sache und kann hervorragende Aufsätze schreiben.

Ihre Sensibilität wird vom Lehrer, der die wachsende Vereinsamung des Mädchens unter ihren Gleichaltrigen übersieht, gegenüber den anderen Klassenkameraden/innen in Schutz genommen. Indem er tröstend auf das Mädchen wirkt, da er in seinem und ihrem Verhalten eine Bestätigung seines beruflichen „Einsichtsvermögens“ und seines „Mitgefühls“ sieht, deckt er ihre krankhaft werdende Isolation für sich und für sie zu.

„Immerhin gehört Miriam zu den positiven Kräften in der Klasse, die man fördern und fordern soll“, sagen die Kollegen. Miriam ist ganz anders als der auffällige Joschua, der die Schule wegen Drogenkonsums verlassen muss und durch Unterrichtsstörungen und Demotivation aufgefallen war. Sie ähnelt auch Andrea nur wenig, die – wie sich später herausstellt – an Bulimie erkrankt ist. Andrea ist vorerst besser in die Gruppe integriert und hat mehr sozialen Kontakt als Miriam. Andrea fällt durch hysterisches Benehmen auf. Sie erscheint oft verschwitzt und mit roten Kopf im Klassenzimmer. Sie fehlt von Anfang an häufig und mehrere Tage lang. Sie kündigt ihren Selbstmord an, macht Szenen in der Schule und zieht auf diese Weise viel Aufmerksamkeit auf sich. Im Vergleich zu Miriam stört Andrea einen geordneten Unterrichtsablauf heftig, was zur Folge hat, dass die Schule interveniert und Andrea in eine Beratungsstelle vermittelt.

Im krassen Gegensatz zu diesen Kindern ist Miriam lernwillig, still und ansprechbar, - eine "ideale" Schülerin. Unter dem Schleier des scheinbar Positiven entwickelt sich eine Lehrer-Schülerin-Beziehung, die zwar korrekt und distanziert, aber auch konspirativ ist. Lehrer und Schülerin fangen an, die anderen zu ignorieren. Miriams Isolation in der Gruppe, ihr Rückzug von den Gleichaltrigen werden stärker. „Soziale“ Fürsorge und ein verzerrtes Toleranzbild verdrängen die Forderung nach Gleichbehandlung und Gerechtigkeit. Der Unterricht verliert unmerklich sein Gleichgewicht. Miriam wächst in eine Einsamkeit und Verlassenheit hinein, die vom Lehrer unbewusst gefördert werden, je häufiger er sie wahrnimmt. Zwischen den Zeilen teilt der Lehrer mit „ich merke, du bist schrecklich allein“. Aber die notwendige Aufforderung, daran etwas zu ändern, bleibt aus. Der Lehrer verfängt sich in den Schlingen des Bedauerns und des Mitleids.

Miriam ist es gelungen, den Lehrer zu manipulieren, in dem sie ihn zum scheinbar Vertrauten macht. Die notwendigen Kontakte zu Mitschülerinnen werden durch den Kontakt zum Lehrer ersetzt und blockiert. Da sich mehrere Kollegen und Kolleginnen in der gleichen Weise um das Mädchen kümmern, wird verhindert, dass sich Miriam ihre schmerzliche Vereinsamung eingesteht. Die Notwendigkeit ihrer Eigeninitiative wird verschleiert und ihre Identität als Opfer verstärkt. Implizit werden Schülerinnen, mit denen Miriam sich auseinandersetzen müsste, abgewertet. Unter dem Mantel des sozialen Einsatzes ist der Lehrer in die Falle der Co-Abhängigkeit geraten. Durch sein Mitleid hält der Lehrer das Bild einer intelligenten jungen Frau aufrecht, die auf Grund ihrer Schulleistungen eine glänzende Zukunft vor sich hat. Der möglicherweise lebensbedrohliche Verlauf einer Anorexie wird ausgeblendet.

Miriam inneres Bild ist ganz anders. Wie später im Gespräch verschlüsselt und sporadisch offenbart wird, wird Miriams Tagesablauf durch eine Kontrollobsession diktiert. Ihr Wochenende ist nicht mit Partys ausgefüllt, es ist keine Zeit der Erholung. Sie habe eine „andere Ablenkung“ gefunden, wie sie sich später ausdrückte. „Ich habe etwas anderes gefunden, stärker als Drogen, das sieht man nicht.“ (Obwohl man „es“ zu diesem Zeitpunkt hätte sehen können, ja müssen.) Sie führt eine eiserne Diät ein. Sie isst immer weniger. Die Arbeit für die Schule dient als Ersatz für die fehlenden und nicht entwickelten Kontakte zu anderen Jugendlichen.

Im Hintergrund setzen die verängstigten Eltern ihr Kind unter Esszwang und Druck. Ein Pferd wird als Ersatz für die fehlenden sozialen Kontakte gekauft. Dies führt zu Pflichten, die Miriam nicht erfüllen kann. Alle Anstrengungen, Normalität herbeizuführen, laufen ins Leere.

Bei Miriam entsteht nach außen eine elitäre Ablehnung des gemeinsamen Essens und gemeinsamen Ausgehens. Sie schläft zunehmend schlechter, steht sehr früh auf um zu arbeiten, wohl auch, um das Hungergefühl durch Disziplin zu verdrängen. Miriams Wochentage werden zur rigiden Routine. Zum Frühstück wird ein Apfel gegessen. Sie trinkt literweise Wasser. Angst vor der Schule wird als Grund nicht zu essen vorgeschoben, was die Eltern noch tiefer in eine Spirale der Schuld hineinzieht. Der Schulweg wird mit den Eltern gemeinsam zurückgelegt. In der Schule wartet sie im leeren Klassenzimmer auf den Lehrer oder arbeitet allein als Einzige in der Menge im Aufenthaltsbereich.

Gespräche mit anderen sind nur auf den Schulstoff bezogen. Vor Unterrichtsbeginn sitzt sie oft auf dem Boden vor dem Klassenzimmer und lernt. Die anderen kommen erst 10 Minuten später. In den Pausen steht sie abseits oder versteckt sich im WC. Mittags kommt die Flucht nach Hause. Ein Stück Apfel mit viel Wasser ist das Mittagessen. Die essende, sich vergnügende und sich unterhaltende Gruppe wird vermieden. Der intime Austausch über gemeinsame Probleme (Freunde, Diät, Monatsregel) findet nicht statt. Die Zeit verläuft in Entbehrungen und Verneinungen. Zuhause verbringt sie viel Zeit vor dem Spiegel im Bad. Kopfweh, Übelkeit und Leeregefühl bestimmen ihr Leben.

Diese Tortur wird durch bulimische Phasen verbunden mit Ekel und Scham in die Länge gezogen, was wiederum zur grimmigen Askese führt. Verschaffte sich Miriam früher durch die Schularbeit und durch das Lob des Lehrers durch gute Leistungen Trost, so tritt nun Versagensangst ein. Miriams körperlicher Zustand verschlechtert sich nach 2 Jahren deutlich. Infektionen und Nervenschwäche treten auf. Die Schulleistungen lassen nach, aber das Vorurteil seitens der Lehrer, das Miriam sehr intelligent und im Grund zu sehr guten Leistungen fähig sei, erleichtert die Versetzung.

Bei Miriam wird die Bewältigung des Tages zum Programm. In der Schule sind die Folgen des Versagens sichtbar: Ihre Lebenskräfte lassen nach, sie fehlt häufig, Resignation macht sich breit. Sie teilt sich auch dem Lehrer nicht mehr mit. Arztbesuche werden als Zeitfüller eingesetzt. Zeitbewältigung an sich scheint zum Lebenssinn zu geraten. Ihre Anwesenheit in der Schule wird eher zufällig. Der körperliche Abbau Miriams weckt Ängste im Kollegium. Es kommt zu einem Selbstmordversuch. Obwohl Miriam auf Grund ihrer körperlichen und seelischen Verfassung nicht mehr schulfähig ist, wird es toleriert, dass sie sporadisch am Unterricht teilnimmt oder nur zu Prüfungs-

terminen erscheint. Es bleibt weiterhin nur bei der viel zu spät geäußerten Aufforderung an Miriam, in Therapie zu gehen. Obwohl eine schulische Leistungsbeurteilung nicht mehr sachgerecht möglich ist, wird Miriam eine Sonderrolle weiterhin zugestanden. Aus Angst und Sorge Miriam könne einen Ausschluss vom Unterricht oder die Weigerung der Lehrer Noten zu geben als solche Härte empfinden, dass sie sich etwas antun könnte, wird ihr Verhalten letztlich toleriert.

Endlich erfolgt eine Vermittlung zur Beratungsstelle. Miriam beginnt Gespräche mit einer Psychologin. Bei dem sichtbar krank gewordenen Mädchen wird Anorexia Nervosa ärztlich festgestellt. Dennoch setzt sich die co-abhängige Struktur in der Schule fort. Die Schule als „Helfersystem“ stellt sogar Beratungsstelle und Psychologen in Frage. Obwohl die Psychologin anrät, Miriam nicht mehr an Prüfungen teilnehmen zu lassen, wird ihr dies weiterhin gestattet. Miriam, die gelernt hat, dass ihr Zustand Bedauern und Zuwendung seitens der Lehrerinnen und Lehrer auslöst, wandert von Lehrerin zu Lehrer, von Kollegen zum Sekretariat, vom Sekretariat zur Schulleitung, immer auf der Suche nach Trost und Mitleid, immer weiter weg von den Gleichaltrigen, immer höher in der Hierarchie. Lehrerinnen und Lehrer, die die Bemühungen der Beratungsstelle unterstützen, gelten als „zu hart“. Unterschwellig entstehen Konflikte zwischen den Kollegen, Sekretariat und Schulleitung.

Miriam bricht die Therapie ab, ihre schulinterne Wanderschaft hält an. Sie wird sogar ohne Note in einem Fach versetzt. Dies als Folge eines schulischen Experiments, „den Druck von ihr zu nehmen, damit sie die Therapie wieder beginnt“. Als ob die Schule die Verantwortung für eine Therapie hätte und nicht an erster Stelle Miriam selbst. Unser Wunsch zu helfen und zu retten, ist so groß, dass er bis zum Tod der Betroffenen anhalten kann. Der schwarze Peter wird schulintern hin und her geschoben ohne je bei Miriam selbst zu landen. Mitleid und Verantwortung werden verwechselt. Die Eigenverantwortung der Betroffenen wird übersehen. Die Hilfeversuche entmündigen letztlich die Kranke.

Die Schule als Vermittler zur Therapie

Wie können wir die Funktion der einseitig eingesetzten Fürsorge oder die verführerische Rolle des Mitleids erkennen und lenken, um ihre positiven Kräfte effektiv und so rasch wie möglich einzusetzen?

Dies ist schwierig bei essgestörten Menschen, da ihre schulischen Leistungen oft recht gut sind. Ihr Leistungsbild entspricht oft all zu sehr dem eines Modellschülers/Modellschülerin. Es ist wahrscheinlich, dass dieses Modell von vornherein ein Zerr- und Trugbild ist. Unser Erkennungsmuster ist durch unsere Arbeit bedingt fehlerhaft.

Wie bei anderen Schülerinnen und Schülern, die in Schwierigkeiten sind, setzt ein Gespräch mit einer essgestörten Schülerin auch beim konkret beobachtbaren Schülerverhalten an, nicht bei deren in der Schule nicht beobachtbarem Essverhalten. Die Auffälligkeiten bei Jugendlichen mit Essstörungen sind anders gelagert als bei suchtgefährdeten. Ziel eines Gesprächs mit einer Essgestörten muss es sein, sie dazu zu motivieren professionelle Hilfe außerhalb der Schule zu suchen. Die Gesprächsanlässe können Auffälligkeiten der Jugendlichen in der Schule in vielen Bereichen sein. Im Folgenden sind solche Auffälligkeiten aufgelistet. Dabei scheinen mir die Auffälligkeiten im Sozialverhalten bei Magersüchtigen von besonderer Bedeutung.

Beobachtbare Auffälligkeiten, die zu einem Gespräch Anlass geben können

Die nachfolgend aufgeführten Auffälligkeiten können natürlich auch auf andere Probleme hinweisen als auf eine Essstörung. Wenn sie jedoch gehäuft und anhaltend vorkommen oder es sich um besonders deutliche Anzeichen handelt, bilden sie die Grundlage für ein notwendiges Gespräch. Als isolierte Einzelbeobachtung sind die Auffälligkeiten meistens ohne Belang. Dabei ist es Aufgabe der Lehrkraft auf die betroffene Person zuzugehen und die beobachteten Auffälligkeiten anzusprechen. In dem ersten Gespräch sollte ein Verdacht auf eine Essstörung **nicht** ausgesprochen werden. Das Thema Essen spielt in dem Gespräch keine Rolle. Die Lehrkraft bleibt bei dem konkret beobachteten Verhalten und wird die Erwartung äußern, dass sich das Verhalten ändert. Nach

—
 einem ersten Gespräch muss der Betroffenen Zeit eingeräumt werden, selbst Initiativen zu ergreifen. Das Angebot der Vermittlung an eine Beratungsstelle wird in aller Regel in einem zweiten Gespräch gemacht werden, wenn sich die Auffälligkeiten fortsetzen und deutlich wird, dass die Schülerin nicht aus eigener Kraft in der Lage ist, ihr Verhalten zu ändern.

Solche Auffälligkeiten können in folgenden Bereichen auftreten, wobei sich die Auflistung beliebig ergänzen und verlängern ließe:

1. Sozialverhalten

- Isolation in der Gruppe, Vereinsamung, zunehmende Ablehnung durch die Gruppe
- anhaltende Nähe zum Lehrer - Distanz zur Klasse
- Randfigur im sozialen Bereich
- kann sich in der Gruppenarbeit weder einbringen noch durchsetzen
- Teilnahme an Gruppenaktivitäten nur nach Aufforderung, kein spontanes Engagement
- steht in der Pause und vor Unterrichtsbeginn abseits
- Verlagerung der Verantwortung für sich und ihr Verhalten auf andere
- keine Unternehmungen mit anderen in der Freizeit
- keine Beteiligung an Gruppengesprächen über Freizeitaktivitäten

2. Leistungsbereich

- übertriebener Fleiß, ausgeprägter Ehrgeiz
- penible Stoffbearbeitung, Perfektionismus
- Vermeidung des Gruppensports
- eventuell Leistungssport (mit Einzelunterricht), Extremsport
- nachlassende Leistungen (vor allem in Fächern die keine so genannten "Lieblingsfächer" sind)
- Fehlzeiten vor allem am Ende des Vormittags und beim Nachmittagsunterricht
- Vermeidung des Schwimmunterrichts
- Sportlehrerinnen stellen Gewichtsverlust fest
- Verspätung nach den Pausen, erscheint bleich oder schwitzend, mit rotem Kopf im Unterricht (bulimische Phasen?)

3. Körperhaltung

- Verkrampfte, steife Körperhaltung
- stark körperverhüllende Kleidung
- Verlust an spontaner Fröhlichkeit
- kraftlose Stimme
- Abbau des Muskeltonus, schlaffe Hand bei der Begrüßung
- Erschöpfungsanzeigen
- sichtbarer körperlicher Abbau (Haare stumpf, Wangen im Mundbereich eingefallen, Augen erscheinen unverhältnismäßig groß)
- Ohnmacht, Schwindelanfälle, Kollabieren

4. Verhalten gegenüber den Lehrkräften

- sucht ständig die Nähe zur Lehrerin/zum Lehrer, monopolisierende Tendenz
- immer beherrscht, höflich, brav
- Neigung zur tränenreichen Demonstration der eigenen Hilflosigkeit
- aggressive taktische und strategische Abwehr gegen die Vermittlung an eine Beratungsstelle
- beschäftigt mehrere Kolleginnen und Kollegen mit dem gleichen Problem gleichzeitig

5. Emotionale Reaktionen und körperliche Schwäche

- zunehmende Anfälligkeit für Infektionskrankheiten
- reißt eventuell von zu Hause aus
- hysterische Ausbrüche
- Selbstmorddrohungen
- Selbstmordversuch
- Briefe an Lehrerinnen als Hilferuf

6. Diät

- Kalorienobsession
- einzige Schülerin aus einer Diätgruppe, die die Diät nicht einstellen kann
- nimmt am gemeinsamen Essen (bei Schulfesten oder Schulfahrten) nicht teil
- trinkt auffällig viel Wasser (z.B. bei Klassenfahrten)

7. Verhalten der Mitschülerinnen

- unter Umständen teilen einzelne Schülerinnen ihre Sorgen um die Betroffene einer Lehrkraft mit
- zunehmende Ungeduld angesichts der Teilnahmslosigkeit der Betroffenen
- Sympathie nimmt ab - Unverständnis nimmt zu
- Schülerinnen sagen, die Betroffene sei ihnen gleichgültig
- die besondere Zuwendung seitens der Lehrkräfte wird missbilligt
- Ablehnung der Mädchengruppe nimmt zu

...

Das Gespräch

Das Gespräch muss eine positive Wirkung und baldige Folge nach sich ziehen, sonst ist es nutzlos für die Betroffene, auch wenn uns als Lehrkräften dieses Gespräch gut tut. Für solche Gespräche ist meiner Ansicht nach Folgendes zu beachten:

- Keine Diagnose stellen. Sie steht uns nicht zu. Außerdem können die Ursachen für Auffälligkeiten anders sein als wir vermuten. Die Diagnose liegt im Verantwortungsbereich von Beratungsstellen, Psychologen und Ärzten.
- Essen, Gewicht und Aussehen **nicht** ansprechen, sondern die negativen Auffälligkeiten im sozialen und Leistungsbereich.
- Sehr gute Leistungen als Trost für die Vereinsamung nicht hervorheben.
- Tatenlosigkeit und Fehlzeiten der Betroffenen in einer bequemen und falschen Toleranz nicht hinnehmen. ("Du kannst es dir von deinen Noten her leisten", diese Haltung verstärkt die Isolation.)
- Die Integration in die Gruppe fördern und fordern (Gruppenarbeit, Ausflug, Aktivitäten mit der Klasse).
- Die Isolation ansprechen.
- Den mangelnden Einsatz in der Gruppenarbeit ansprechen.
- Die privaten, zu leise geführten Gespräche mit Lehrerin/Lehrer im Unterricht ablehnen. "Alle müssen es hören und teilnehmen können".
- Die Teilnahme an Gruppenaktivitäten, die Beteiligung am Unterricht, d.h. eine Veränderung des Verhaltens, wird gefordert und von den Kollegen kontrolliert.
- Wenn keine Verhaltensänderung erfolgt, sollte der Hinweis auf eine Beratungsstelle zur Hilfe und Unterstützung erfolgen.
- Die Kollegin/der Kollege sucht selbst Rat bei der Beratungsstelle und thematisiert die eigene Hilflosigkeit.
- Kollegen/innen konsultieren.
- Klassenlehrer/in informieren.
- Nach 2 - 3 Wochen erfolgt ein weiteres Gespräch an dem nun auch der Klassenlehrer oder eine andere Kollegin oder Kollege teilnimmt.
- Fortschritte (wenn vorhanden) loben.
- Bei Nicht-Volljährigen die Eltern zu einem Gespräch einladen.
- Auf einer Klassenkonferenz das Vorgehen mit Kolleginnen und Kollegen, eventuell auch mit der Schulleitung, abstimmen.
- Der Betroffenen gegenüber klarstellen, dass die Schule eine psychologische Beratung für unbedingbar hält.

Gespräche mit den Eltern einer Betroffenen

- Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass die Eltern bemerkt haben, dass ihr Kind möglicherweise essgestört ist.
- Wenn die Eltern von einer Essstörung ihres Kindes Kenntnis haben, ist in aller Regel die Verzweiflung umso größer, je schwerwiegender die körperlichen Schäden bereits sind.
- Bulimische Phasen bei einer Anorektikerin werden von den Eltern oft als Veränderung oder sogar Fortschritt überbewertet. Abwehr seitens der Eltern ist wahrscheinlich.
- In einzelnen Fällen erkennen die Eltern erst nach Beginn einer stationären Therapie die Tragweite des Problems und die Lebensgefahr für die Betroffene.
- In einem ersten Elterngespräch steht - wie im Gespräch mit der Schülerin - das Verhalten im Vordergrund. Die Isolation des Kindes, die Fehlzeiten, das Spielverhalten, die Teilnahme am Sport- oder Schwimmunterricht, die fehlende soziale Initiative des Kindes, nicht das Essen und das Körpergewicht sind Thema eines ersten Gesprächs.
- Häufig meiden Magersüchtige gemeinsame Aktivitäten von Gleichaltrigen, wie Pizza essen gehen oder Ähnliches mit Kommentaren wie: "Ich darf da nicht mitgehen." Es wird den Gleichaltrigen suggeriert, die Eltern würden solche Aktivitäten nicht erlauben. Wenn solche Äußerungen vorliegen, sollten die Eltern mit diesen Aussagen konfrontiert werden.
- Auch den Eltern den Besuch einer Beratungsstelle nahe legen.

Selbstreflexion ist notwendig

Bei allen Gesprächen sollte die Lehrkraft eine distanzierte Selbstreflexion betreiben, da wir in solchen Situationen emotional involviert werden. Fragen, die man sich stellen kann, sind z. B.:

- Wo tangiert meine Hilfsbereitschaft meine Pflichten anderen Schülerinnen und Schülern gegenüber? Setze ich für einen Einzelnen so viel Zeit ein, dass für die anderen in der Gruppe zuwenig Zeit bleibt?
- Wo greife ich möglicherweise unbefugt in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen ein und überschreite meine Kompetenzen als Lehrer?
- Wo trage ich dazu bei, dass der Fall länger in der Schule behandelt wird als es vertretbar ist und nicht an eine Beratungsstelle abgegeben wird?
- Wie lange schon bleiben meine Bemühungen ohne Wirkung und es zeigt sich keine positive Veränderung bei der Betroffenen?

Anorexie und das System "Schule"

Betroffenen Mädchen - wie der geschilderten Miriam - gelingt es oft, mehrere Kolleginnen und Kollegen, das Sekretariat, die Schulleitung und das Elternhaus mit ihrem Problem zu beschäftigen. Die Mitleid erzeugende Krankheit bringt die Betroffene in den Mittelpunkt der Bemühungen und absorbiert viel Energie und Gesprächszeit.

Es besteht die Gefahr einer anhaltenden Sonderbehandlung und es kann zu Ungleichbehandlung und Ungerechtigkeit gegenüber den anderen Schülerinnen und Schülern kommen, wenn sich eine wie vorher geschilderte co-abhängige Struktur entwickelt. Die maßlose Fürsorge für eine Person wird von den Schülerinnen und Schülern als ungerecht empfunden.

Übertriebene Fürsorge entmündigt die Betroffene.

Auch das Sekretariat muss in den Prozess der Hilfe für die Betroffene einbezogen werden. Gehen z. B. im Sekretariat Hilferufe ein, wie: "Mir geht es schlecht. Entschuldigen Sie mich für die nächsten Tage und verständigen Sie bitte die Lehrer." kann das dazu führen, dass das Sekretariat seine Kompetenzen überschreitet und sich instrumentalisieren lässt. Im Interesse einer an Magersucht erkrankten Schülerin sollte eine solche Entschuldigung nicht akzeptiert werden.

Die Eltern machen sich bei der Schulleitung stark, die schulische Sonderbehandlung für ihr Kind fortzusetzen und wollen die Tochter vor vermeintlicher Härte schützen, weil sie doch krank ist. (Beispiel: Ein Kollege verweigert eine Zeugnisnote, weil er wegen des häufigen Fehlens sich nicht in der Lage sieht, die Schülerin zu beurteilen.)

Eine Machtkonkurrenz um das effektivste Mitleid entsteht.

Die Schulleitung stellt sich häufig auf die Seite der Eltern und verhindert Konsequenzen. Ist die Krankheit schon sehr weit fortgeschritten, kann es sich bei Magersüchtigen aber als notwendig erweisen, die Schulfähigkeit anzuzweifeln, ein ärztliches Attest einzufordern und den Schulbesuch wegen der schlechten körperlichen Verfassung nicht weiter zu gestatten.

Instrumente gegen das "Helfersystem"

Als Motto für eine effektive Hilfe durch die Schule für eine Betroffene könnte gelten:

Klarheit - Kontinuität - Konsultation

Klarheit heißt, dass eine Schule sich über das Thema Essstörungen informiert und das Kollegium sich über den lebensbedrohlichen Charakter der Krankheit Magersucht klar wird.

Klarheit muss auch darüber herrschen, wer von den Kolleginnen und Kollegen sich im jeweiligen Fall um eine essgestörte Schülerin kümmert. Es ist wichtig, dass die zwei bis drei Kollegen, die das erste und zweite Gespräch mit der Schülerin geführt haben, auch alle weiteren Gespräche mit der Betroffenen führen bis therapeutische Maßnahmen außerhalb der Schule stattfinden. Nur so kann gewährleistet werden, dass schulische Vereinbarungen und ein Handlungszeitrahmen eingehalten werden. Zuviele Köche verderben den Brei.

Kontinuität ist also nötig, aber auch die Abstimmung und Beratung mit den anderen Lehrerinnen und Lehrern, den Eltern und der Schulleitung, also **Konsultation**.

Schulische Vereinbarungen müssen kontrolliert werden. Die Nichteinhaltung von Vereinbarungen muss Konsequenzen nach sich ziehen, die als konstruktiver Druck die Kranke zur Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe motivieren. Ohne Konsequenz kann die Motivation nicht gefördert werden.

Konsultation ist aber auch mit außerschulischen Fachleuten wichtig. Die betreuenden Kollegen und die Schulleitung sollten auch selbst mit der zuständigen Beratungsstelle als Ratsuchende in Kontakt treten.

Rolle der Schulleitung

Die nachfolgend aufgelisteten Aspekte fallen in den Zuständigkeitsbereich der Schulleitung:

- Wenn eine an einer Essstörung erkrankte Schülerin Gespräche in einer Beratungsstelle führt, sollte die Schule die Schülerin (und bei nichtvolljährigen auch deren Eltern) um eine teilweise Aufhebung des Datenschutzes bitten, um Konsultationen zwischen Beratungsstelle und Schule zu ermöglichen und den Umgang mit der Kranken in der Schule mit den Therapeuten abstimmen zu können. Dabei ist es für mich selbstverständlich, dass die Themen und Inhalte der Gespräche zwischen Therapeut und Schülerin natürlich weiterhin der Schweigepflicht unterliegen. Eine Teilaufhebung des Datenschutzes bedeutet lediglich, dass die Schule mit dem Therapeuten/ der Therapeutin über die Betroffene sprechen kann.
- Ist die körperliche Verfassung einer Magersüchtigen so schlecht, dass wir befürchten müssen, dass die Schülerin in der Schule kollabiert, vor Schwäche auf der Treppe stürzt (wie es bei der vorher geschilderten Miriam der Fall war), kann ein Schulbesuchsverbot zum Schutz des Mädchens notwendig sein.
- Möglicherweise muss ein Amtsarzt eingeschaltet werden.
- Ergeben sich in den Gesprächen Hinweise auf ein stark ungünstiges Erziehungsklima in der Familie, verweigern die Eltern eine Kooperation mit der Schule oder gibt es sogar den Verdacht auf Missbrauch, schaltet die Schulleitung das Jugendamt ein.
- Allgemein hat die Schulleitung die Aufgabe, die Entstehung einer wie vorher geschilderten Struktur der Co-Abhängigkeit zu verhindern. Dies dient nicht nur dem Schutz einer erkrankten Schülerin, sondern ist auch Ausdruck der Fürsorgepflicht gegenüber den Kolleginnen und Kollegen. Denn ein co-abhängiges Helfersystem bringt Kompetenzstreitigkeiten, Rivalität und Missstimmung hervor, was sich negativ auf den Schulbetrieb auswirkt und die Arbeitsatmosphäre belastet.

Zurück zu Miriam

Vor dem Abitur unterbrach Miriam ihre Schulausbildung für ein Jahr. Endlich stand für sie selbst, aber auch für die Schule, nicht mehr im Vordergrund, irgendwie den gewünschten Schulabschluss noch zu schaffen und sich dann um die angeschlagene Gesundheit zu kümmern. Was nützt ein Schulabschluss, wenn die Schülerin an einer schweren Krankheit sterben kann? Miriam wurde für einen langfristigen Klinikaufenthalt beurlaubt. Nach erfolgreicher Therapie wurde sie mit deutlich verbesserter Gesundheit wieder in die Schule integriert. Sie hat neue Lebenskraft mobilisiert.

Der Autor:

Dr. Chris Terry unterrichtet Englisch und Ethik am
Gymnasium Unterrieden in Sindelfingen und ist dort
als Suchtpräventionslehrer tätig.
Korrespondenzanschrift: te@gus.bb.bw.schule.de

3.1.*Viola Widmaier*

"Ich bin so froh, dass ich ein Mädchen bin..."
-ein Praxisbericht -

"Ich bin so froh, dass ich ein Mädchen bin..." Ehrlich? Oder bist du manchmal gar nicht so froh darüber? -Egal - in beiden Fällen bist du bei uns genau richtig - in der Mädchen-AG!!

So die Einladung zu Beginn des Schuljahrs an der AG-Pinnwand.

Dieser damals aktuelle Songtitel gab den Namen für unsere **Mädchen AG** an der Rilke-Realschule in Stuttgart ab.

Mädchen - AG - ein ganzes Schuljahr lang? Wie ist das möglich? Seit einigen Jahren gibt es auch in unserer Schule einige Deputatsstunden pro Woche für den sog. "besonderen Ergänzungsbereich für Stuttgarter Realschulen", in denen verstärkt Aktionen in Richtung Schulklima und Schulsozialarbeit durchgeführt werden sollen. Neben Schüler Mittagessen, Hausaufgabenbetreuung, Offener Werkraum, Sportangeboten und Klassen-AGs boten wir in einem Jahr auch diese **Mädchen-AG** an:

Alle 14 Tage trafen sich 12 Mädchen der Klassenstufe 7 und 8 für 2 Schulstunden am Nachmittag um einmal ganz für sich zu sein und mädchenstpezifische Themen und Probleme anzugehen.

Themen und Inhalte

Die ersten Nachmittage waren geprägt von Kennenlernspielen und Selbsterfahrungsrunden um die Gruppe zusammen zu bringen und gegenseitig Vertrauen zu fassen.

Großen Spaß machte es den Schülerinnen, mädchen- und jungenspezifische Körperhaltungen, Verhaltensmuster und Redeweisen zu beobachten und nachzuahmen.

Wir überlegten gemeinsam, was man dummen Anmachsprüchen und Macho-Allüren entgegenzusetzen kann, sahen uns den Film "Powermädchen " an und diskutierten über die dort vorgestellten unterschiedlichen Lebenskonzepte.

Das Thema Magersucht / Bulimie / Essstörungen wurde im Laufe dieser Zeit von den Schülerinnen selbst angesprochen und nahm in unseren Nachmittagen neben den anderen Themen (Schönheit / Werbung / Medien / Körperbewusstsein / Sexualität) großen Raum ein.

Daraufhin besuchten wir einmal den "Mädchengesundheitsladen", wo speziell auf diese Problematik eingegangen wurde (was dort genau gemacht wurde, bleibt das Geheimnis der Schülerinnen, denn ich als Lehrerin war "ausgesperrt" ☺).

Ein anderes Mal stand der Besuch bei der "Kobra" (Beratungsstelle für missbrauchte Kinder) an, wo wir neben der Besichtigung der Einrichtung auch einen kleinen Selbstbehauptungskurs absolvierten.

Ziele und Ergebnisse

Hatte ich am Anfang dieser Mädchen-AG noch recht allgemeine Ziele, wie z.B. Mädchen in ihrem Frau-Sein zu stärken und aufzubauen, um sie dadurch vor Süchten und Abhängigkeiten gleich welcher Art zu schützen, so konnte ich in der Rückschau noch einiges mehr entdecken, was diese AG gebracht hat:

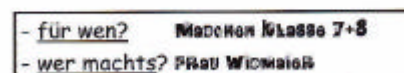
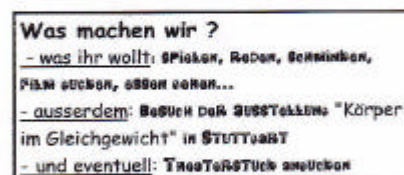
- Die Mädchen schätzten es sehr und thematisierten es auch immer wieder, dass man speziell für sie so viel Zeit erübrigte - die Wertschätzung, die ihnen durch die Schule und die Lehrerin zuteil wurde, trug zur Stärkung des eigenen Selbstwertgefühls bei.

- Dadurch, dass die AG auf ein ganzes Schuljahr hin ausgelegt war, blieb auch an den einzelnen Nachmittagen viel Zeit, sich mal in einer Diskussion zu verlieren - es musste ja kein Lehrplan stur eingehalten werden - man konnte wirklich das besprechen, was den Mädchen gerade unter den Nägeln brannte.
- Es kam zu einem intensiven interkulturellen Austausch zwischen moslemischen und anderen Mädchen: man sprach lange über die Unterschiede in der Erziehung und der Vorstellungen von Frausein. Den deutschen Mädchen wurde hier erst richtig bewusst, mit welchen Problemen ihre Mitschülerinnen zu kämpfen hatten.
- Durch die Besuche in den sozialen Einrichtungen weitete sich der Horizont in mehrfacher Hinsicht:
 - Einmal ganz praktisch: die Mädchen erfuhren, dass und wo es Beratungsstellen und Hilfsangebote in ihrer Stadt gibt.
 - Sie lernten engagierte Frauen kennen, die sich für andere einsetzen. Die Mädchen sprachen nach diesen Besuchen mit großer Achtung von den Sozialarbeiterinnen und machten sie zu ihren Vorbildern.
 - Sie lernten soziale Berufe kennen und ein Mädchen entschloss sich damals, Sozialpädagogik zu studieren.
- Und nicht zuletzt: die Mädchen fassten großes Vertrauen zu mir und es bildete sich an der Schule ein gewisser Ruf, dass man mit dieser Lehrerin über alles sprechen könne. Nicht unmittelbar danach, sondern Wochen später, offenbarte mir ein Mädchen der Gruppe, dass sie unter Bulimie leide, 2 Jahre später kam ein Mädchen - Teilnehmerin der damaligen Mädchen-AG - zu mir, die jahrelang missbraucht worden war. Noch heute bin ich für viele Mädchen Anlaufstelle, wenn solche "mädchenspezifischen Probleme" auftauchen.

Projektstage

Dazu tragen auch die alle zwei Jahre stattfindenden **Projektstage** bei, bei denen ich in den letzten Jahren immer ein mädchenspezifisches Angebot ("For girls only" / "Verflixte Schönheit") gemacht habe.

Die Inhalte dieser Projektgruppen entsprechen im Wesentlichen dem der oben beschriebenen Mädchen-AG. Allerdings gibt es einige Unterschiede:



- In Anbetracht der kurzen Zeit (3 - 5 Tage) muss man sich auf bestimmte Themen beschränken und in einer Vorbesprechung die Interessen und Bedürfnisse der Mädchen für diese Tage herausfinden.
- Das bei der Mädchen AG, die ja über ein ganzes Jahr läuft, so positiv empfundene Gruppengefühl, stellt sich bei einer solchen Projektgruppe oft nicht so schnell ein. Es hängt natürlich ganz von der Zusammensetzung der Gruppe ab. Bewährt hat sich die Einschränkung des Projekts auf eine, max. zwei Klassenstufen.

- Letztes Schuljahr stand auch noch der Besuch bei einer Kosmetikerin (empfehlenswert: *"the body shop"*:- beliebter Laden bei den Mädchen) und eine Führung durch die Ausstellung im Gesundheitsamt "Körper im Gleichgewicht" auf dem Programm.
- Dadurch, dass man etwas mehr Zeit am Stück hat, können wir nach dem Besuch einer Beratungsstelle noch ein gemeinsames Mittagessen in einem vegetarischen Vollwertrestaurant anschließen - was eine gute Ergänzung bzw. einen Einstieg zum Thema Ernährung darstellt.
- Es stellt sich die Frage nach der für den klassischen Projektunterricht geforderten Dokumentation: es könnten Plakate / Collagen zu einzelnen Themen gemacht werden/ eine alternative Modenschau vorgeführt werden / ein Interview mit einer Sozialarbeiterin aufgezeichnet werden etc. Allerdings ist dies für ein 3-tägiges Projekt oft zu viel verlangt und sollte daher kein MUSS darstellen.

Fazit

Mit diesen schulischen Angeboten können wir natürlich niemals eine Therapie oder den persönlichen Gang zu einer Beratungsstelle ersetzen, aber sie bieten den Schülerinnen bei Problemen eine Anlaufstation an der Schule an und wir Lehrerinnen und Lehrer können weitere Hilfsmöglichkeiten vermitteln.

Hilfreiche Medien sowohl für die Mädchen-AG als auch für die Projekttag:

- Geschlechtsspezifische Suchtvorbeugung (ajs-Informationen 1/ 97)
- Spiele zur Suchtprävention (BZgA)
- "Lautstark und hoch hinaus" (Ideenbuch zur Mädchenspezifischen Suchtprävention, ajs Bayern)
- Koffer "Verflixte Schönheit" (erhältlich bei der DAK: mit vielen Folien und Handbuch für Gruppenaktivitäten)
- Film "Powermädchen" Nr.42 60664 Landesbildstelle

Die Autorin:

Viola Widmaier ist Lehrerin an der Rilke Realschule in Stuttgart und unterrichtet die Fächer Biologie, Geschichte, Gemeinschaftskunde, Französisch und Religion.

Sie ist an ihrer Schule als Suchtpräventionslehrerin tätig.

Kontaktanschrift:

violawidmaier@gmx.de

Hau ab
schrie die Angst

Lass uns in Ruhe
und
lass dich nie wieder hier blicken

Sie schrie, flehte, stampfte mit den Beinen
gebärdete sich wie toll und drohend
verzweifelt
angstvoll

Hau ab
schrie sie

und stopfte den Lebenshunger und seine Schwester Sehnsucht mit einer
ausreichend großen Portion Schokolade
zur Verdauung in den Magen

Sabine Naumann-Cleve

3.2.

Prisca Roth

Das Kartonprojekt

Das Thema „Essverhalten und Ess-Störungen“ war im Schuljahr 98/99 Schwerpunkt der Arbeit der Suchtpräventionslehrerinnen Rita Gutekunst und Prisca Roth an der **Droste-Hülshoff-Schule, Haus- und Landwirtschaftliche Schule, Friedrichshafen**.

Mit dem *Kartonprojekt* sollte der Themenkreis „Schönheit-Körperwahrnehmung-Essverhalten-Ess-Störungen“ eine konkrete Gestalt erhalten und als Installation in der Aula unserer gesamten Schülerschaft (ca. 700 Schülerinnen und Schüler, ca. 15-19 Jahre) zugänglich gemacht werden. Nach dieser Sensibilisierungsphase bestand für interessierte Schülerinnen und Schüler aller Schularten das Angebot, an einem *Arbeitskreis der Suchtberatungsstelle der Caritas Friedrichshafen* teilzunehmen.

15 Schülerinnen nahmen dieses Angebot wahr und besuchten an einem Nachmittag den Arbeitskreis mit dem Thema „Essen – ein Genuss und Essstörungen“. Neben der inhaltlichen Arbeit lernten sie die Beratungsstelle und deren Mitarbeiterinnen kennen.

Darüber hinaus war zeitlich versetzt ein *Büchertisch* mit Sachbüchern und Romanen zu diesem Thema in der Aula von Schülerinnen und Schülern für Schülerinnen und Schüler geplant.

Zu der *Idee einer Karton-Installation* kam es, als mein Blick beim Gang durch die Schule zufällig auf ein „Mauerwerk“ aus leeren großen Kartons neben unserem EDV-Raum fiel, für den gerade neue Computer angeliefert worden waren.

Daraus entwickelten die Schülerinnen und Schüler einer *Mittelstufenklasse* (Zweijährige zur Prüfung der Fachschulreife führende Hauswirtschaftliche-sozialpädagogische Berufsfachschule) im Rahmen des Profulfachunterrichts „Chemie und Ernährungslehre“ (4 Wochenstunden) das *Konzept einer Kartonburg*, in die man hineingehen und in der man verweilen kann:



Im Inneren der Kartonburg laden ein Spiegel und ein Fragebogen dazu ein, in sich hinein zu spüren:

	trifft nicht zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft zu	trifft überwiegend zu
Nach dem Essen mache ich mir Sorgen, zu dick zu werden.				
Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zuviel gegessen habe.				
Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.				
Ich denke, meine Hüften sind zu breit.				
Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick.				
Ich glaube, mein Po ist zu groß.				
Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.				

(nach: Prof. Dr. Joerg M. Diehl, Soziale Normen im Ernährungsverhalten junger Frauen, in: Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzhelferinnen e.V. (Hrsg.), Aus der Praxis für die Forschung: Neueste Antworten auf Ernährungsfragen, Dokumentation eines BdA-Symposiums, o.O., o.J., S.7)

Einen *Überblick* über die genauere inhaltliche und optische Gestaltung der Kartonburg findet sich auf den nachfolgenden Seiten. Nach Herausschneiden der Seiten kann eine *dreidimensionale Mini-Kartonburg* gefaltet werden.

Die Entwicklung und Gestaltung der Kartonburg erfolgte in ca. 5 Doppelstunden. Was in den Stunden thematisiert und erarbeitet wurde, ist in der nachfolgenden **Verlaufsbeschreibung** dargestellt:

1. Doppelstunde


Thema	Lehrerimpuls	Schüleraktivität	Sozialform	Material/Hinweis
Auf der Suche nach der Schönheit	Wählt eine schöne Frau/einen schönen Mann aus einer Zeitschrift aus, schneidet sie aus und hängt das Bild auf! Überlege, was du alles unternimmst/unternehmen kannst, um dich schön zu fühlen.	Auswahl und Aufhängen von Bildern aus Zeitschriften Auswahl, Ausschneiden u. Aufhängen entsprechenden Bildmaterials	Kleingruppe	Zeitschriften, Schere, Tesa, Wandfläche zur Bildbefestigung
Schönheit kann zwei Seiten haben.	Welche/n Frau/Mann findet ihr am schönsten? Und warum? Was ist so schön am Sich-Schön-Fühlen? Sich schön machen macht Spaß. Aber kann es nicht auch zuviel Raum einnehmen? Kann das „Sich-Schön-Machen“ auch zur Sucht werden?	Diskussion Schülerinnen und Schüler berichten rege und interessiert von sich selbst und von anderen. Schülerinnen und Schüler berichten von Personen, die jeden Abend im Fitness-Studio verbringen oder ähnliches.....	Plenum	Alle betrachten die mit Abbildungen bestückte Wandfläche (Bilder sollten einige Zeit dort hängen bleiben können.) Wichtig: Parallelen zu Suchtverhalten mit Schülerinnen und Schülern herausarbeiten.

2. Doppelstunde

Thema	Lehrerimpuls	Schüleraktivität	Sozialform	Material/Hinweis
Krankheitsbilder bei Ess-Störungen	<p>Dieses extreme Kalorien zählen, Sporttreiben und Perfektionsstreben kennt ihr bei Magersucht.</p> <p>Informiert euch über die verschiedenen Krankheitsbilder bei Ess-Störungen anhand der Broschüre!</p>	<p>Schülerinnen und Schüler berichten über eigene Erfahrungen, z.b.: Meine Freundin ist mager-süchtig.....</p> <p>jede Kleingruppe informiert sich über jeweils ein Krankheitsbild</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ess-/Fettsucht • Latente Ess-Sucht • Magersucht • Bulimia nervosa <p>Bericht der einzelnen Gruppen über das jeweilige Krankheitsbild</p>	<p>Plenum</p> <p>arbeitsteiliger Gruppenunterricht</p> <p>Plenum</p>	<p>Broschüre: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln (BzgA) und DICK & DÜNN (Hrsg.), Ess-Störungen, Köln 1997 Bestell-Nr.: 35 23 1002</p>
Wie informieren und sensibilisieren wir die Schülerschaft der Drosste-Hülshoff-Schule zur Problematik „Ess-Störungen“?	<p>Wie informieren wir eure Mitschüler aus den anderen Klassen über dieses Thema?</p> <p>Eindeutige Position des Lehrers: Nein!</p> <p>Abschreckende Bilder fördern Sensationslust und/oder den Wunsch nach innerlicher Distanzierung:</p> <p>„Oh, die Arme ist aber krank; mir würde das nie passieren.“</p> <p>Wichtig ist, dass die Schülerschaft sich für das Thema innerlich öffnen kann:</p> <ul style="list-style-type: none"> • für Gefühle, die mit dem Essen zusammenhängen. • für Situationen, in denen das Essverhalten einmal aus dem Gleichgewicht gerät. Unausgewogenes Essverhalten wird aber nur dann zu einer Sucht, also einer Krankheit, wenn es unseren Lebensalltag und unsere Gefühle vollständig be- 	<p>Schülerinnen schlagen u.a. vor: Abschrecken mit entsprechenden Bildern und Texten!</p> <p>Schülerinnen und Schüler überlegen Möglichkeiten der Umsetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Sensationsbilder • Für Elemente gestörten Ess-Verhaltens sensibilisieren • möglicher Unterschied zwischen äußerer Erscheinung und innerer Befindlichkeit einer Person herausarbeiten. • Diskussion und Entscheidung für eine begehbbare Kartonburg, da diese das Innenleben 	<p>Plenum</p>	<p>Tafel für Notizen</p>

	stimmt. (z.B. ständig Diäthalten, z.B. Essen als Allround- Antwort auf Konflikte)	und die äußere Er- scheinung eines Menschen symboli- siert und erlebbar macht		
--	--	---	--	--

3. und 4. Doppelstunde

Thema	Lehrerimpuls	Schüleraktivität	Sozialform	Material/Hinweis
„Gestaltung der Kartonburg“	(Innenwand 1+2) Ist ein schöner Mensch unbedingt glücklicher?	Spiegel mit entsprechenden Fotos vorbereiten (vgl. Innenwand 2) Impulsfragen formulieren (vgl. Innenwand 1)	Kleingruppen (Schülerinnen und Schüler, die schon früher mit ihrer Arbeit fertig sind, beginnen bereits mit dem Aufbau der Kartonburg) 	Spiegel mit Aufhängevorrichtung Bilder aus: Manthey, Das große Buch der Diäten (vgl. Literaturangaben)
	(Innenwand 3) Welche Gefühle sind mit dem Essen und meinem Körper verbunden?	<ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen (siehe Seite 2) gestalten und kopieren • Kasten für leere Fragebögen und Briefkasten für ausgefüllte Fragebögen gestalten 		Pappkarton Scheren, Stifte, Kleber
	(Außenwand 1 + 4) Mann und Frau-Schattenbilder	Lebensgroße Schattenbilder mit OH-Projektor erstellen.		OH-Projektor
	(Außenwand 2) Traumfigur und Schönheitsideale früher und heute	Abbildungen auswählen und gestalten		Das große Buch der Diäten
	(Außenwand 3) Der Weg zur Perfektion: Fitness – Bodystyling – Schminken	Auswahl von Bildern aus Zeitschriften		Zeitschriften
	(Außenwand 4) Essen: Lust kann zum Stress werden.	Optische und verbale Darstellung des Problems, dass Freude und Genuss durch Essen in die Mühle von Bewertung und Verbot geraten können.		Artikel aus Zeitschrift „Girl“, o.ä. z. B. „Daniela, 16. J., Meine Figur ist schrecklich“ Das große Buch der Diäten.

5. Doppelstunde

Thema	Lehrerimpuls Schüleraktivität Sozialform	Material/Hinweis
Aufbau der Kartonburg in der Aula	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartons mit Klebeband zu Türmen zusammenkleben. 2. Kartontürme zu Kartonwänden und diese zur Burg zusammenkleben. 3. Außenwände mit grüner Pappe, Innenwände mit gelber Pappe bekleben. 4. Abbildungen und Schriftzüge aufbringen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paketklebeband • Farbkarton gelb für Innen grün für Außen • Schere, Kartons <p>Tipp: Soll die Kartonburg transportabel bleiben (z. B. für ein anderes Schulgebäude), sollten die Wände als abtrennbare Bauelemente beklebt werden.</p>



Die Kartonburg entsteht



Die Kartonburg ist im Foyer der Schule aufgebaut.

Resümee und Schülerkommentar

Während dieser Kartonprojektarbeit waren nicht nur gute Planung und Logistik einerseits, sondern andererseits auch die Bereitschaft aller nötig, flexibel, initiativ und kreativ die verfügbaren Materialien und die gewünschten Ziele in Einklang zu bringen.

Einige Schülerstimmen dazu (offener Fragebogen am Ende der zweijährigen Schulzeit):

- ❖ "Besonders viel Spaß hat mir die Gruppenarbeit gemacht."
- ❖ "Ich fand sehr interessant bei dem Projekt, dass man eigene Ideen verwirklichen konnte."
- ❖ "Ich habe mich später an das Projekt erinnert: Gemeinsamkeit. Jeder hatte gute Ideen."

Wesentlich bei dem Projekt war, dass die Schülerinnen und Schüler als aktive Gestalter des Geschehens ein hohes Maß an Eigentätigkeit zeigten und Eigenverantwortung für die Arbeit übernahmen und für jeden Einzelnen Raum bestand, sich innerhalb seiner Möglichkeiten für die eigene Gefühls- und Verhaltenswelt vorurteilsfrei zu öffnen.

Hierzu einige Schülerstimmen:

- ❖ "Ich merkte, dass ich entweder sehr viel oder sehr wenig esse."
- ❖ "Ich wurde durch das Projekt sehr nachdenklich."

So formte sich das in der Öffentlichkeit oft tabuisierte, auf emotionaler Ebene oft abgelehnte Thema sachte in einen Themenkomplex um, der achtsam, mit gegenseitigem Respekt und offen angesprochen werden konnte.



Welche Möglichkeiten und Chancen ein solches Projekt birgt, zeigt auf eindrucksvolle Weise folgender schriftlicher Rückblick einer Schülerin, die vor zwei Jahren die Kartonburg aktiv mitgestaltet hatte.

Als wir in der Schule das Thema „Ess-Störungen“ durchnahmen, befasste ich mich zum ersten Mal mit dem Gedanken es vielleicht auch zu haben. Es ist wahrlich kein angenehmes und leichtes Thema. Es braucht sehr lange sich klar zu machen, dass man selbst davon betroffen ist. Das schwerste ist aber, darüber mit jemandem zu reden. Dabei leiden so viele Menschen an der Krankheit!

Mir hat das Projekt „Ess-Störungen“ sehr viel geholfen. Ich habe zum ersten Mal darüber gesprochen. Und ich habe viele wichtige Informationen darüber erfahren. Ich finde es in der heutigen Zeit sehr wichtig, dass man über eine so verbreitete Krankheit redet und einen Grundstein setzt, das Schweigen zu brechen. Ich habe gelernt es zu bekämpfen und tue auch aktiv etwas dafür. Mein erster riesiger Schritt ist, in eine Kur zu gehen, was ich auch im Sommer tun werde. Dort will ich auch lernen, dass „schön und schlank“ nicht zusammenhängen müssen.

Für mich waren die Projektstage sehr aufschlussreich und ein Einstieg zur Selbstheilung. Aber das hab ich alleine durch das Reden darüber gelernt.

Literatur:

Als Arbeitsmaterial für die Schülerinnen und Schüler wurden nur wenige Quellen verwendet:

Für die bildhafte Gestaltung der Kartonburg und als Impulse für die Gespräche mit Schülerinnen und Schülern waren neben etlichen Illustrierten und Mädchenzeitschriften die Texte und Bilder aus folgendem Buch sehr hilfreich und nützlich:

- **Dirk Manthey (Hrsg.), Das große Buch der Diäten, Hamburg 1995 (FIT FOR FUN-Verlag)**
Verlags- und Redaktionsanschrift: Milchstr. 1, 20148 Hamburg
Telefon 040/44198-0, Telefax: 040/458519

In der Gruppenarbeit wurde zur sachlichen Information verwendet:

- **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und DICK&DÜNN (Hrsg.), Ess-Störungen, Köln 1997**

Unsere Kontaktadresse Prisca Roth und Rita Gutekunst
 Droste-Hülshoff-Schule
 Haus- und Landwirtschaftliche Schule
 Steinbeisstr. 20-26
 88046 Friedrichshafen
 Tel.: 07541-7003550
 Fax: 07541-7003526

3.3.

Susanne Keefer

“Candy - ein Mädchen geht durch dick und dünn”

präventives Theaterprojekt mit pädagogischer Nachbereitung
zum Thema Essstörungen für Schüler/-innen ab Klasse 7

Schauspielerin:	Marla Levenstein
Regisseur:	Clemens Schäfer
Koordination:	Referatsabteilung Suchthilfekoordinator der Stadt Stuttgart Tel: 07 11 / 2 16 -77 65, Fax: 07 11 / 2 16 -56 40 E-mail: veronika.eitelwein@stuttgart.de
Finanzierung:	Referatsabteilung Suchthilfekoordinator der Stadt Stuttgart außerdem Sponsoren und Eigenbeteiligung der Schulen
Zielgruppe:	Schüler/-innen ab der 7. Klasse
Dauer des Stückes:	45 Minuten
Dauer der Nachbereitung:	90 Minuten
Kosten für die Schule:	200,- DM (nur für Stuttgarter Schulen)
Kooperationspartner:	Mädchengesundheitsladen, Pro Familia, AOK Stuttgart, freiberufliche pädagogische Fachkräfte
Sponsoren:	Landesgirokasse, AOK Stuttgart Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart Jugendamt der Landeshauptstadt Stuttgart Theater im Zentrum
Projektbeginn:	Premiere am 03.11.1998 seitdem ca. 1 Aufführung pro Woche jeweils 50 - 75 Schüler/-innen aller Schularten
Dokumentation:	erhältlich beim Suchthilfekoordinator der Stadt Stuttgart (Anschrift siehe oben)

Die Geschichte

Claire, 24 Jahre alt, kommt nach längerer Abwesenheit zu Besuch nach Hause zurück.

In ihrem Zimmer findet sie ein verloren geglaubtes Tagebuch wieder. Sie schlägt eine beliebige Seite auf: es ist der 26. Juni 1988. An diesem Tag hat ihre Freundin Melanie angerufen. Melanie?

Melanie: das schlanke attraktive Mädchen aus ihrer Klasse, mit dem sie eine Zeit lang befreundet war; sie, die dicke Claire.

In der Erinnerung durchlebt Claire nochmals ihre Zeit als Vierzehnjährige, diese nicht ganz unproblematische Freundschaft, ihren eigenen Kampf ums Essen und Abnehmen, den Wunsch, beliebt zu sein.

In diesem Erzähltheater zeigt Marla Levenstein eine junge Frau, die unversehens einen wichtigen Lebensabschnitt vor ihrem inneren Auge Revue passieren lässt.

Pädagogische Nachbereitung in Mädchen- und Jungengruppen

Für die Nachbereitung werden Inhalte und Ansatzpunkte getrennt für Mädchen und Jungen erarbeitet. Die im Stück enthaltenen Themen, die sich für die Nachbereitung eignen, bieten Ansatzpunkte für Jungen und für Mädchen. Die Schüler/-innen bestimmen zu einem großen Teil selbst, an welchen Themen sie arbeiten möchten. Es zeigt sich, dass die Schwerpunkte bei Mädchen und Jungen anders liegen:

Mädchen

Schönheitsideal, Essstörungen (Formen, Ursachen, Therapie, Anlaufstellen), Diäten,

Vorbilder, die beste Freundin, was finden Jungen an Mädchen attraktiv, Beziehung zu den Eltern, wie kann man einer Mitschülerin helfen, die Essstörungen entwickelt oder andere Probleme hat

Jungen

was finden wir an Mädchen anziehend (Figur, Haare, Charakter, Lachen.), Gruppennormen/Dazugehören-Wollen, die Bedeutung des Aussehens (bei Mädchen und bei Jungen), Freundschaft, die Beziehung zu den Eltern

Besonderheiten des Projekts

Gemeinsame Stückentwicklung: Bereits in der Entstehungsphase des Stückes arbeiten die SchauspielerIn und der Regisseur (Theater) mit der Beauftragten für Suchtprophylaxe und dem Mädchengesundheitsladen (Suchtprävention) zusammen. Das Stück basiert auf tatsächlichen Erfahrungen aus der Beratungsarbeit mit Mädchen und wird in der Entwicklungsphase mehrfach von Fachkräften aus der Suchtprävention diskutiert und Änderungsvorschläge werden eingebracht.

- Pädagogische Nachbereitung in Kleingruppen (bis 15 Schüler/-innen)
- geschlechtsspezifische Gruppeneinteilung (Mädchen und Jungen getrennt)
- spielerischer Ansatz in der Nachbereitung (Rollenspiele, interaktive Methoden)
Arbeit im Team / interdisziplinärer Ansatz: Bei der pädagogischen Nachbereitung wirken Mitarbeiter/-innen unterschiedlicher Berufsgruppen und Ausbildungsschwerpunkte

- ergänzend zusammen: Ernährungsberatung / Pädagogik / Sozialpädagogik / Psychodrama / Theaterpädagogik
- Schüler/-innen werden auf der Gefühlsebene angesprochen / Schwerpunkt liegt auf eigenem Erleben, statt auf verbaler Reflexion
- präventiver Ansatz zum Thema Essstörungen (auch für Jungen!)
- Öffnung der Schule
- Kooperation von Schule, Kultur und sozialen Einrichtungen (Stadt Stuttgart, Mädchengesundheitsladen, Pro Familia, AOK)

Kontakt:

**Landeshauptstadt Stuttgart
Referatsabteilung Suchthilfekoordinator
Frau Eitelwein (SJG-SHK)
70161 Stuttgart
Tel: 07 11 / 2 16 -77 65
Fax: 07 11 / 2 16 -56 40
E-mail: veronika.eitelwein@stuttgart.de**

Warum und Wann

habe ich meine Leichtigkeit verloren?

Die Leichtigkeit, die mich glauben ließ, alles in meinem Leben sei machbar

Die Grenzen der Erwachsenen überfliege ich

Ich halte aus, bis ich erwachsen bin

Dann mache ich all das, was ich früher nie durfte

Als allererstes Kuchenteig aus der Schüssel essen

Und zwar so viel, wie ich will - auch wenn für den Kuchen kaum oder nichts übrigbleibt

Rebellion

Kompromißlos und gnadenlos

und jetzt

das Ergebnis der Rebellion

dick und fett, erstarrt und bewegungslos

gefangen im Märchenturm

es nützt nichts, mein Haar herunterzulassen

der Märchenprinz reitet vorbei, er reitet weiter

Ich habe nichts, womit ich ihn locken kann

Sabine Naumann-Cleve

3.4.*Marion Werling-Barth***Schutzfaktoren gegen gestörtes Essverhalten fördern***Eine kleine Auswahl von Übungen zur Primärprävention mit Kindern*

Ende des Jahres 2000 erschien beim Kultusministerium Baden-Württemberg ein Heft zu dem Thema Essstörungen mit dem Titel "Nichts leichter als Essen?! - Essstörungen im Jugendalter". Darin stellen die Autorinnen Dagmar Preiß und Anja Wilser vom Mädchengesundheitsladen Stuttgart in einem Kapitel eine Reihe interessanter Übungen zum Thema Essen, Schönheit und Körperbewusstsein dar, die auch in der Schule vor allem mit Mädchen im Alter von 10-14 Jahren gemacht werden können. Wer Anregungen für die Präventionsarbeit mit dieser Altersgruppe sucht, wird in dem genannten Heft gute Beispiele für geeignete Übungen finden.

Deshalb werden an dieser Stelle Spiele, Übungen und Fantasiereisen vorgeschlagen, die schon mit Kindern (ab 6 - 8 Jahren) durchgeführt werden können.

Es ist sicher nützlich und notwendig, die Spiele und Übungen einmal vorher selbst ausprobiert zu haben oder über Erfahrungen mit solchen Methoden zu verfügen.

Die Spiele und Übungen werden im Folgenden in die Kapitel I - VI untergliedert:

- I. Positive Selbst-Bilder**
- II. Selbst-Wahrnehmung und Selbst-Ausdruck**
- III. Selbst-Kommunikation – Selbst-Reflexion**
- IV. Kontakt und Austausch**
- V. Körper- und Raumwahrnehmung**
- VI. Fantasiereisen**

I. Positive Selbst-Bilder

Gestaltungsaufgaben zu den Themen / Bereichen Identität, Selbst-Konzept, Biografie, Mädchen (Junge) sein ...

1. Namensbild – Ich-Bild (nach Vopel, Interaktion 1, S.62f), ab 8

Die Kinder bekommen ein großes Blatt Papier (A3) und gestalten darauf entweder das Wort ICH oder ihren eigenen Vornamen: sie malen oder schreiben in die (das gesamte Blatt ausfüllenden) Buchstaben alles hinein, was ihnen zu sich und/oder ihrem Namen einfällt.

Die Bilder werden aufgehängt und besprochen, wobei die Kinder alles äußern dürfen, was ihnen auffällt; die Bilder der anderen dürfen aber nicht (im Sinne einer „Bildbeschreibung“) interpretiert oder negativ beschrieben/kritisiert werden!

2. Ich-Stern, ab 8

Die Kinder malen einen großen 9zackigen Stern auf ein A4-Blatt; in jede Sternspitze wird eine positive Eigenschaft notiert, die das Kind sich selber zuschreibt; diese kann farblich gestaltet oder mit einer kleinen Skizze versehen werden.

Danach tauschen die Kinder sich über ihre Erfahrungen beim Ausfüllen aus.

3. Variation von 2: Du-Stern, ab 8

Die Kinder dürfen bei anderen jeweils ergänzen, was sie als (zusätzliche) positive Eigenschaft an dem jeweiligen Kind wahrgenommen haben.
Danach kann besprochen werden, was daran erstaunt / freut / hilft ...

4. Akrostichon (Wilhelm-Bako, S.25), ab 8

Die Kinder schreiben die Buchstaben ihres Vornamens untereinander und nehmen diese als Anfangsbuchstaben für kleine Selbst-Beschreibungen anhand von Attributen oder Aussagesätzen, z.B.: **U**ngeheuergeschichten liebe ich sehr!

L ästig ist mir ...

I mmer wenn ich einschlafe, ...

5. Mein Bild als Tier (nach Wal, S.40), ab 6

Die Kinder malen auf einen großen Bogen Papier ihr (früheres oder momentanes) Lieblingstier; sie dürfen dabei ruhig übertreiben, wenn ihnen etwas besonders wichtig ist. Wenn sie fertig sind, sollen sie sich überlegen, wie sie sich als dieses Tier irgendwo in der (tatsächlichen oder fiktiven) Welt bewegen, was sie tun würden etc. Diese Geschichten dürfen sie danach den anderen erzählen: zunächst in Dreier- oder Vierer-Gruppen, dann wählen sie ein Bild aus, das sie der ganzen Gruppe vorstellen wollen.

6. Selbst-Bild in Lebensgröße (nach Seyffert, S.14), ab 6

Jeweils 2 Kinder bekommen je einen übergroßen Bogen Tapete o.Ä., legen sich darauf und dürfen gegenseitig Ihre Körperumrisse einzeichnen; danach zeichnet jedes Kind ein, welche Körperteile es mag, malt diese farbig an und schreibt, wenn es möchte, Kommentare dazu. Danach sollen die Kinder entweder zu zweit oder in der Gruppe ihre „Körper“ vorstellen und / oder über ihr Erleben beim Zeichnen berichten.

7. Mein Symbol (nach Wilhelm-Bako, S.73.), ab 8

Die Kinder schreiben ihren Vornamen auf ein Kärtchen und entwerfen ein Symbol dazu, das Auskunft über ein bestimmtes Thema gibt (Bei Hemmungen die schreibungewohnte Hand benutzen!):

- momentane Stimmung – Hobby
- Lieblingsspeise – Lieblingstier
- Lieblingsfarben – Fähigkeiten

Hinterher gemeinsam betrachten und austauschen, wenn erwünscht (ev. auch nur zu zweit)

8. Metaphorischer Schattenriss 1, ab 8

Alle sitzen im Stuhlkreis und erfinden jeweils der Reihe nach für sich eine Metapher, die unkommentiert aufgenommen werden kann oder, falls Einzelne das wünschen, nach jeder Runde nachbesprochen wird: z.B.

Wenn ich ein Tier wäre, dann wäre ich ...

Wenn ich etwas zum Essen wäre, dann wäre ich ...

Wenn ich eine Fantasiegestalt wäre, dann wäre ich ...

II. Selbst-Wahrnehmung und Selbst-Ausdruck

im Kreativen / biografischen Schreiben: Versprachlichung von Wahrnehmungen und Gefühlen, „Zukunftssicherung“ von fantasiertem und tatsächlichem Erlebten, Zulassen von und Bewusstsein für explizite Selbst- (und Fremd-) Wahrnehmung, Unmittelbarkeit im nicht auf Reflexion beruhenden Erkennen/Erspüren von Phänomenen, Intuitionsschulung ...

Bearbeitung: Altersgruppe: ab 10 schriftlich, d.h.: Vorlage ausgeben, schreiben lassen, nach Wunsch nachbesprechen. Bei jüngeren Kindern: vortragen, dazu/danach die Kinder spontan berichten oder still für sich „sinnieren“ lassen.

1. Mich selbst kennen lernen (nach Day, S.40ff)

Schreibe die erste und alle anderen Antworten, die dir zu den Fragen unten einfallen gleich auf! Sei ehrlich und fasse dich kurz; manchmal genügt schon ein Wort.

Hier sind deine Fragen:

- Was brauche ich zurzeit am meisten?
- Was ist zurzeit meine größte Angst?
- Was ist zurzeit mein sehnlichster Wunsch?
- Was brauche ich zurzeit um glücklich zu sein?
- Was ist zurzeit mein Ziel?
- Was kann ich zurzeit am besten?
- Was ist zurzeit mein größtes Hindernis?
- Was fehlt mir in meinem Leben?
- Auf welchem Gebiet meines Lebens würde ich im nächsten Jahr gern etwas ändern?

2. Sicherheit und Stärke nachspüren

Lass die heutige Unterrichts- oder Trainingsstunde (oder die von gestern oder vorgestern oder vorgestern) noch einmal vor deinem inneren Auge erscheinen und schreibe alles auf, was dir zu den folgenden Fragen einfällt:

- Woran erinnere ich mich gern?
 - Was war besonders schön?
 - Was hat mir gut gefallen?
 - In welchen Augenblicken habe ich mich besonders sicher und stark gefühlt?
- Beschreibe deine Gefühle und alles, was du gesehen, gehört, gerochen hast!

3. Die Bedeutung meiner Wahrnehmungen kennen (nach Day, S.186ff)

Schreibe deine Antworten auf die folgenden Fragen auf; du kannst so herausfinden, was die Wahrnehmungen deiner Sinne bedeuten:

- Wie fühle ich mich, wenn jemand nein zu mir sagt?
- Wie fühle ich mich, wenn ich glücklich bin?
- Was ist für mich ein „gutes“ inneres Bild?
- Was ist für mich ein „schlechtes“ inneres Bild?
- Welchen Geruch empfinde ich als ekelhaft?
- Welcher Geruch ist mir angenehm?

4. Mitteilungen meines Körpers (nach Rabe, Karawane meiner Träume, S.38)

Stell dir bitte jetzt vor, dass ein Teil deines Körpers zu dir spricht – und zwar der Teil, der dich am meisten interessiert! Das könnte dein Herz sein, das vor Liebeskummer schmerzt, oder dein Magen, der unzufrieden mit dir ist, oder deine Hände, die so besonders schön sind, oder ...

Wähle also den Körperteil aus, der dich am meisten interessiert oder den du zu Wort kommen lassen möchtest. Schreib alles auf:

- Warum möchte er gehört werden?
- Was hat er mir zu sagen?
- Was will er mir beibringen?
- Wie geht es ihm?
- Was will er, das ich tun soll?
- Wie soll ich ihn in Zukunft behandeln?

5. Meinen Träumereien folgen (vgl. Day S.204)

Versuche nun über die folgenden Fragen kleine Tag-Träume zu „träumen“; schreibe dann auf, was du dir vorgestellt hast!

- Einen Moment als ich noch ein ganz kleines Kind war
- Etwas, das vor kurzem geschehen ist
- Was ich morgen tun will
- Was du in ein paar Jahren tun wirst.
- So weit in der Zukunft, wie du dir vorstellen kannst

III. Selbst-Kommunikation - Selbst-Reflexion

Vergegenwärtigung und Versinnbildlichung von Zusammenhängen, Ingangsetzen von Erkenntnisprozessen und Nutzbarmachung für eigene Handlungen, Stärkung des Selbst-Bewusst-Seins. Bearbeitung wie vorab: die Arbeitsblätter können unkommentiert schriftlich bearbeitet oder in der Gruppe kurz nachbesprochen werden; bei jüngeren Kindern empfiehlt sich ein mündliches Verfahren (s.o.)

1. Angefangene Sätze – Wer ich bin (nach Vopel, Interaktion 1, S.68f), ab 8/10

Wenn ich morgens aufstehe, bin ich meistens

Bevor ich einschlafe, denke ich oft

Besonders mag ich

- Ich mag keine Leute, die
- Ich vertraue Leuten, die
- Ich bereue, dass.....
- Ich verstehe nicht, dass.....
- Ich möchte unbedingt wissen,
- Ich möchte, dass meine Eltern wissen, dass ich
- Ich habe Angst, wenn
- Ich bin traurig, wenn
- Ich bin glücklich, wenn
- Ich bin stolz, wenn
- Ich bin

Ort, Datum

Unterschrift

2. Meine Wünsche und Träume, ab 8/10

- Wenn ich 3 Wünsche frei hätte, würde ich mir wünschen:.....
- Wenn ich mir 3 Ziele setzen würde, wären das:
- Wenn ich 3 Dinge haben könnte, wären das:
- Wenn ich 3 neue Fähigkeiten aussuchen dürfte, wären das:
- Wenn ich 3 neue Freund/innen haben könnte, wären das:
- Wenn ich mich für 3 Dinge einsetzen würde, wären das:
- Wenn ich einmal für 3 Dinge berühmt werden könnte, wären das:
- Wenn ich 3 Lieblingsträume haben dürfte, wären das

3. Was mir (und anderen) gefällt, ab 8/10

Die Kinder sollen jeweils mindestens 3 unterschiedliche Antworten geben!

- Was ich alles gut kann: 1. 2. 3.
- Was mir alles an mir gefällt: 1. 2. 3.
- Was anderen alles an mir gefällt: 1. 2. 3.

4. Wo ich finde, was ich brauche (nach AG SOS Rassismus, S.124), ab 8/10

sollte möglichst in einer Stillphase bearbeitet werden – Nachbereitung je nach Gruppensituation (Stichwort Vertrauen!), da die Kinder zum Teil stark emotional reagieren können.

Wo oder bei wem ich das finde:

- mich wohl und geborgen zu fühlen:
- eine/n gute/n Freund/in zu haben:
- mich jemandem ganz nah zu fühlen:
- das Gefühl etwas wert zu sein:
- Hilfe und Unterstützung in der Schule:
- Gespräche über meine Zukunft:
- Gespräche über merkwürdige Dinge, die ich erlebe:
- jemanden, der mich stark macht:
- Möglichkeit zum „Auspowern“:
- Möglichkeit um wieder zur Ruhe zu kommen:

5. Meine 10 Genuss-Gesetze (nach Psychologie heute, Juni 1998, S.54f), ab 8/10

Zum gemeinsamen Lesen, Diskutieren oder mit nach Hause geben.

- Mein 1.GG: Ich genieße jeden Tag 3 Mal, dass es mir gut geht!
- Mein 2.GG: Ich bin 3 Mal am Tag dankbar dafür, dass ich gesund und munter bin!
- Mein 4.GG: Ich suche mir jeden Tag Unterstützung für etwas, das nicht klappt oder Trost für etwas, das schief gegangen ist!
- Mein 5.GG: Ich achte 3 Mal am Tag auf meine Haltung und meine Bewegungen!
- Mein 6.GG: Ich achte jeden Tag auf meinen Körper und fühle ein mal am Tag meinen Körper ganz bewusst!

- Mein 7.GG: Ich nehme mir eine „Auszeit“, wenn es mir mal nicht gut geht, und mache etwas, das mit gut tut!
- Mein 8.GG: Ich bewege mich jeden Tag mindestens eine halbe Stunde draußen!
- Mein 9.GG: Ich erinnere mich jeden Tag mindestens ein Mal daran, dass mein Leben kostbar ist und eine bestimmte Richtung hat.
- Mein 10.GG: Ich versorge mich jeden Tag mit Nahrung, die mir gut tut.

IV. Kontakt und Austausch – Selbst-, Fremd- und Rollenbilder

Erfahrungen von Kommunikation, Interaktion und Kooperation, Abbau von Hemmungen in der Gruppe, Rückmeldung eigenen Verhaltens, Erfahrung von Akzeptanz, Durchsetzung, Intensivierung des Selbst-Wert-Gefühls.

1. **Namen rufen, ab 6**

Ziel: Kennenlernen in der Gruppe bzw. Einstiegs-Ritual; wir verbinden das Rufen der Vornamen mit einem kurzen „Blitzlicht“, z.B: „Ich bin die sonnige Sabine und ich fühle mich im Augenblick ... (...gespannt, aufgereggt, locker, sehr wohl ...); und wie geht es dir, Luisa?“; „Ich bin die lustige Luisa und ...“

2. **Wurfmatz, ab 6**

Folge des Einstiegs-Rituals: Die Kinder sitzen im Kreis zusammen und geben den Wurfmatz (einen kleinen Stoffball mit langem Stoffschwanz) oder einen schönen glatten Stein weiter; dabei erzählen sie einander von ihren Sorgen, Nöten und Erlebnissen seit der letzten Zusammenkunft. Wenn ein Kind fertig ist, gibt es unter Nennung des Namens weiter. Selbstverständlich wissen die Kinder vorab, dass alles, was hier besprochen wird, absolut vertraulich behandelt wird.

3. **Meine Stärken (aus der Arbeit mit Selbsterfahrungsgruppen), ab 8**

Die Kinder suchen sich eine/n Partner/in ihres Vertrauens und setzen sich einander gegenüber.

A soll beginnen, gleich eine Minute lang nur Gutes über sich selbst zu sagen. A kann erzählen, was sie/er alles gelernt hat, sie/er kann ihr/sein Äußeres rühmen etc. Wichtig ist, dass es lauter gute Dinge sind, die A von sich selbst und von ihrem/seinem Leben mitteilt. Und B sitzt gegenüber und macht das, was ein Spiegel tut: Sie kopiert möglichst genau, wie A sitzt und was A beim Erzählen mit dem Körper tut. B kopiert die Körpersprache von A. Die Worte von A werden nicht kopiert.

Jetzt soll B sagen; was sie/er beobachtet hat und A hört zu; danach erzählt A, wie es ihr/ihm erging, als sie/er sich gelobt hat: welches Gefühl das war, ob es einem komisch vorkam ... Nun werden die Rollen gewechselt.

Nachbesprechung/Auswertung im Sitzkreis.

4. **Variation von 3: Ich kann gut ... (aus der Arbeit mit Selbsterfahrungsgruppen), ab 8**

Sollten die Kinder mit der offenen Form Probleme haben, können sie sich jeweils im Wechsel 2 Minuten lang an Hand der folgenden Satzanfänge einander mitteilen:

Mit meinem Kopf kann ich gut ...

Mit meinen Händen kann ich gut ...

Mit meinem Herzen kann ich gut

Nachbesprechung/Auswertung im Sitzkreis.

5. Fremd-Bilder, ab 8

Dieses Spiel ist nur sinnvoll, wenn die Kinder sich schon eine Weile kennen!

Jedes Kind schreibt seinen Namen auf einen kleinen Zettel. Diese werden eingesammelt und durcheinander gemischt. Dann zieht jedes Kind einen Namenszettel und ergänzt darauf die folgenden Satzanfänge, die nun deutlich sichtbar (Wandtafel, Projektor ...) für alle sind:

- Ich bin ...
- Ich sage immer ...
- Ich möchte am liebsten ...

Die Spielleiter/innen sammeln die Zettel wieder ein und lesen der Reihe nach vor was darauf steht. Alle Kinder dürfen raten, wer mit diesem Fremdbild gemeint sein könnte.

Im Auswertungsgespräch kann thematisiert werden, wer sich warum erkannt / nicht erkannt hat und wie/warum die Selbst- und Fremdbilder voneinander abweichen.

6. Chinesisches Roulette - metaphorischer Schattenriss 2

Fremdbild-Ratespiel: alle sitzen im Kreis, ein Kind geht vor die Tür: es soll gleich ein anderes Kind, auf das sich die Gruppe zuvor geeinigt hat erraten. Das Ganze geschieht streng nach folgendem Schema: Was wäre die Person für ein/e.... (z.B. Tier, Duft, Gefäß, Stoff, Flüssigkeit, Gebäude ...).

Der/die Fragende hat 3 Fragen frei, darf die aber allen Kindern in der Gruppe stellen; schließlich muss er/sie erraten, wer gemeint sein könnte. (Auswertung wie Spiel 5)

7. Im Zoo (nach Vopel, Interaktion1, S.72ff), ab 8

Hier können die Kinder Identifikation ausagieren, einzelne Aspekte ihrer Identität. Alle überlegen einmal, in welches Tier er/sie sich verwandeln möchten. Sie laufen im Raum herum und spielen das Tier, das ihnen eingefallen ist: machen die Bewegungen des Tieres nach und seine Geräusche und sprechen nicht dabei in der normalen Menschengesprache.

Die Kinder sollen herausfinden, ob sie wild oder friedlich, bissig oder verschmust, gefährlich oder anhänglich, einsam oder miteinander sein möchten und dies einige Minuten spielen. Dann verwandeln sich alle zurück und erzählen im Stuhlkreis ganz genau ihre Erfahrungen und Erlebnisse!

Auswertung: was ist leicht/schwer gefallen? Wie habe ich mich und andere erlebt? ...

8. Rollen-Bilder, ab 6

Bilder von Frauen und Männern in unterschiedlichsten Situationen werden von den Spielleiter/innen mitgebracht und ausgelegt, z.B. Fotos, Postkarten etc.

Jedes Kind sucht sich ein Bild aus und erzählt in der Runde: "Ich habe mir dieses Bild genommen, weil ...", oder: "Mir gefällt dieses. Bild, weil ...".

Variante: Die Kinder bringen selbst Bilder mit und legen sie aus ohne dass die anderen zuordnen können, wer was mitgebracht hat. Dann dürfen alle raten, zu wem welches Bild gehört. Weiter s.o.

9. Feed-back, ab 8

Sinnvoll am Ende jeder Trainings- oder Spieleinheit um Erlebtes rückzumelden; wichtig dabei:

- Ich-Aussagen: Ich habe gespürt, dass ...
- Ausdruck des augenblicklichen Gefühls: Ich bin jetzt froh, weil ...
- Beschreibung von beobachtetem Verhalten: Ich fand es mutig, dass du die Übung vorgemacht hast ...

10. Abschiedsritual, ab 6

Alle Kinder und die Leiter/innen kommen zum Kreis zusammen und reichen sich die Hände; dann zählen alle im Chor – dabei steigern sich Tempo und Lautstärke stetig – von 10 nach 1 rückwärts, jeweils mit einem „Und“ dazwischen. Bei „Und“ schwingen die Arme immer alle zusammen hoch zur Kreismitte; nach dem letzten, laut geschrieenen „eins und“ hüpfen alle mit noch hoch erhobenen Armen in die Kreismitte und schreien ... „tschüss!!“.

V. Körper- und Raumwahrnehmung

Spiele und Übungen zur Lösung von Verkrampfungen und Steigerung der Koordinationsfähigkeit (Körper- und Empfindungsebene), Verbesserung von Konzentration und Auffassungsgabe (mentale Ebene), gezielteren Selbstwahrnehmung und Sensibilität (emotionale Ebene), Selbst-Erfahrung auch in der Gruppe.

Auswertung / Nachbereitung jeweils in der Gesamtgruppe.

1. Lebensenergie wecken – den Körper spüren (nach Stürmer, S. 91f, Seyffert, S.15f), ab 6 Jahre

Im Stehen: Beine leicht gegrätscht, Schultern locker und „breit“, gerade, aber nicht angespannt, Fußspitzen zeigen nach vorne außen, Arme hängen locker herab oder im Sitzen: gesamte Fläche inklusive Lehne einnehmen, Füße in Kontakt mit dem Boden, Arme locker auf der Lehne oder Hände locker auf den Oberschenkeln ablegen, nicht verknoten oder verschränken

beklopfen oder „rubbeln“ wir (Klopfinstrument ist die schwach gewölbte Hand, die linke Seite der Brust beklopfen wir mit der rechten Hand und umgekehrt):

- den Brustkorb unterhalb des Schlüsselbeins,
- die Bereiche oberhalb des Schlüsselbeins (nicht den Hals); bis hierher dient die Übung gleichzeitig der Aktivierung der Thymusdrüse!,
- die Brustkorbseite/Flanke von der Achselhöhle bis zur letzten Rippe,
- die Rückenhälften - so weit wie möglich: wir greifen mit der Klopfhand unter der Schulter durch und über die Schulter hinweg,
- die Kopfhaut, die Ohren, das Gesicht, der Hals, die Arme (beginnend in der Handinnenfläche, nach oben klopfen, von der Schulter ab auf der Armaußenseite wieder abwärts zum Handrücken), die Beine (beginnend Oberschenkel vorne zu den Füßen runter, hinten hoch bis zur Hüfte / zum Po), die Körperdiagonale (von links oben nach rechts unten und gegengleich).

Anschließend nach-spüren, wie sich die einzelnen Körperregionen jetzt anfühlen!

2. Körperspannung spüren – „Partielle Muskelentspannung“ (nach Sonntag, S.23f), ab 6

ist von der Progressiven Muskelentspannung nach JACOBSON abgeleitet. Die Abfolge ist immer die gleiche: Die Muskeln werden etwa zu 60 bis 80 Prozent des Möglichen angespannt.

Dabei dürfen sie keinesfalls schmerzen. Ganz normal weiteratmen oder weitersprechen.

Die Spannung rund 5-10 Sekunden lang auf diesem Niveau halten, schließlich die Spannung lösen und die Entspannung bewusst genießen.

Geeignete Muskelgruppen sind:

- Beine: Ober- und Unterschenkel gleichzeitig anspannen; oder: Fersen in den Boden drücken, Spannung halten.

- Arme: Hände zu Fäusten schließen und zur gleichen Zeit die Unterarme anspannen; oder:
- Arme + Beine: bei geöffneten Knien mit beiden Händen an den Innenseiten nach außen drücken, die Beine halten Stand, oder: versuchen Knie nach innen zu drücken.
- Schultern: Schultern in Richtung Ohren ziehen und den Kopf leicht nach hinten drücken; oder: Kinn dabei auf die Brust drücken.
- Hals: Kopf so weit wie möglich nach links drehen, dann nach rechts.
Gesäß: anspannen, halten, loslassen.
- Gesicht: Augen, Mund und Kaumuskulatur anspannen, halten, loslassen.

3. Mein Körper (nach Vopel, Interaktionsspiele 3, S.51ff), ab 8

Die Gruppenleiter/innen geben folgende Satzanfänge vor, die die Kinder entweder laut oder leise („inneres Sprechen“) vervollständigen:

- Meinen Körper finde ich selber ...
- Am wenigsten mag ich mein/e ...
- Im Alter von einem Jahr / von 3 Jahren / von 6 Jahren war mir von meinem Körper am wichtigsten ...
- Jetzt ist mir von meinem Körper am wichtigsten ...
- Wenn ich auf alles von meinem Körper verzichten müsste und nur einen Teil behalten dürfte, würde ich wählen
- In der Schule gebrauche ich hauptsächlich ...
- In der Freizeit gebrauche ich eher ...
- Zuhause gebrauche ich hauptsächlich
- Was meine Augen am liebsten tun, ist
- Meine Ohren hören am liebsten
- Wenn mein Körper nicht aus Fleisch, Blut und Knochen wäre, dann sollte er aus ... sein.
- Wenn mein Körper sich bei meinem Kopf beklagen könnte, würde er sagen: ...
- Was tue ich, damit mein Körper gesund bleibt?
- Womit schade ich meinem Körper?
- In Zukunft will ich für meinen Körper besser sorgen, indem ich ...
- Auswertung / Nachbesprechung nach den Wünschen der Kinder.

4. Reise durch den Körper (nach Seyffert, S.16f), ab 6 (1Laken+ 1 Decke)

Praktische Übung: alle Kinder legen sich auf das Laken und decken sich mit ihrer Decke zu. Dann werden sie in langsamen und ruhigen Äußerungen aufgefordert, mit allen Sinnen wahrzunehmen und zu spüren, wie folgende Körperteile auf dem Laken aufliegen und von der Decke umhüllt werden, und zwar jeweils zuerst ganz ruhig und dann in leichter Veränderung/Bewegung:

die Füße, die Beine, der Po, die Pobacken, der Rücken, die Schultern, die Arme, die Hände, der Kopf, schließlich der gesamte Körper.

Wenn bei der Reise eine Körperstelle dabei war, die die Kinder nicht so gut spüren konnten wie die anderen, sollen sie noch einen Moment lang versuchen, genau diese Stelle intensiv zu spüren.

Beenden: Die Hände zu ganz festen Fäusten ballen, einige Male tief ein und ausatmen, dann recken und strecken, bei Bedarf rückmelden lassen: was war? Wie war es? ...

5. Grenzen finden und gestalten, ab 6 (Seile, Wolle, Decken)

In der Übung gestalten die Kinder mit Hilfe von Seilen (oder Wolle) ihren eigenen Raum und dessen Grenzen. Zu einer ruhigen Hintergrundmusik richten sie sich so im Raum ein, wie es ihnen gefällt, experimentieren, verändern Grenzen, vergrößern oder verkleinern sie, nehmen Kontakt auf. Nach Wunsch verlassen sie (nach einer zuvor festgelegten Zeitspanne) ihren Raum und besuchen andere, die Kontaktbereitschaft signalisieren. Sie dürfen sich aber auch "verkriechen" in einer Ecke, in eine Decke einrollen etc.. Alle sollen einen Zustand er-

reichen, in dem sie mit ihrem Raum und ihrer Grenze zufrieden sind und versuchen dieses Bild "innerlich" zu bewahren.

Dieser Raum und seine Grenzen können später auch aufgemalt oder (schriftlich) beschrieben werden. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung wird im Gesprächskreis ausgewertet: Wie habe ich gefühlt? Was war mir angenehm/unangenehm?

6. Raum wahrnehmen: wo stehe ich? (nach Baer, S.400), ab 6

Alle gehen mit geöffneten Augen nicht zu schnell, aufmerksam kreuz und quer durch den Raum; auf ein Händeklatschen der Spielleiter/innen (oder bei Musikstopp) bleiben alle sofort stehen und schließen die Augen. Jede/r soll sich jetzt daran erinnern, in welcher Richtung sie/er im Raum steht, wo die Möbel im Raum stehen und wer um sie/ihn herum steht. Nach einigen Sekunden werden die Augen wieder geöffnet und die Erinnerung überprüft. Dann geht es wieder eine Runde weiter; je nach Lust und Laune der Gruppe drei- bis fünfmal wiederholen.

Variante: die Kinder gehen gleich mit geschlossenen Augen los; auf das vereinbarte Zeichen hin überprüfen sie an Hand der Fragen ihre Intuitionen:

Wo stehe ich? Wo von mir aus gesehen ist? Stehe ich alleine? Wenn nicht, sind eine oder mehrere Personen in meiner Nähe? Wenn ja, wer könnte das sein?

Nachbesprechung wieder ganz nach Wunsch der Kinder.

7. Raum einnehmen (nach Vopel, Lehr mich nicht, Teil3, S.75f), ab 8 (1 Tuch oder 1 Decke)

Alle probieren in der Gruppe spielerisch aus oder stellen sich vor, wie viele Kinder auf einen Stuhl passen, auf ein (mitgebrachtes) Tuch oder eine Decke, in eine Telefonzelle, in ein Klassenzimmer, in eine Turnhalle ...

Dann setzen oder legen die Kinder sich auf den Boden und decken sich zu; sie stellen sich vor, dass der Platz, den sie zum Leben haben, jetzt dort unter dem Tuch ist. Wie hören sich die Geräusche dort an? Wie riecht die Luft? Wie fühlt sich das Tuch an? ...

Jetzt öffnen die Kinder die Augen und schauen sich unter dem Tuch um: wo das Tuch den Boden berührt, den Körper ... Langsam werden einzelne Körperteile bewegt; dann können die Kinder sich bewegen: auf Knie und Hände stützen, den Rücken nach oben wölben und beobachten, was die Bewegung mit dem Tuch macht. Nun fangen die Kinder an herumzukriechen; sie achten auf den Platz, den sie dabei haben. Dabei immer unter der Decke bleiben! Wenn sie sich vorwärts oder rückwärts bewegen, treffen sie andere: Was passiert dann? Wo drängen andere in den eigenen Raum ein? Wo dringt man selbst in „fremde“ Räume ein?

Jetzt kriechen alle langsam an eine Stelle, wo sie für sich sind, richten sich auf, stellen sich langsam hin: sie achten dabei auf ihren ganzen Körper und darauf, was sich verändert (am Körper und am Platz). Dann betrachten alle den Raum, den sie jetzt für sich geschaffen haben.

Alle beginnen langsam umherzugehen, immer noch unter dem Tuch: Was ändert sich? Wer trifft wen? Wie verändert sich dann der eigene/der fremde Raum?

Schließlich suchen sich alle einen „guten“ Platz, wo sie für sich sind, und nehmen das Tuch weg: sie achten auf den Raum; den sie nun haben, und nehmen ihn mit allen Sinnen wahr: was zu sehen, zu hören, auf der Haut zu spüren, zu riechen und zu schmecken ist!

Wenn alle so weit sind, kommen sie zur Gruppe zurück und tauschen ihre Erfahrungen aus: Was war angenehm? Erfreulich? Schwierig? Überraschend? ...

8. **Raum einnehmen – was wäre, wenn ... (nach Vopel, Interaktionsspiele 3, S.44f), ab 6**

Alle Kinder stellen sich jeweils auf den entsprechenden Zuruf des/der Spielleiter/s/in ein bestimmtes Körpergefühl vor und versuchen diese Vorstellungen in entsprechende Raumbewegungen umzusetzen:

Was wäre, wenn ich

Einen halben Meter größer wäre – ganz winzig klein wäre - drei mal so dick wäre - drei mal so dünn wäre - eine Feder wäre - ein Betonklotz wäre - keine Muskeln mehr hätte - ein Muskelprotz wäre - Sprungfedern an den Beinen hätte – Gewichte an den Beinen hätte – einen Körper aus Glas hätte – einen Körper aus Gummi hätte – Gelenke aus altem rostigem Eisen hätte – Gelenke aus leichten Daunenfedern hätte – wie der langsamste Mensch der Welt laufen würde – wie der schnellste Mensch der Welt laufen würde -

Vorstellung und Bewegung sollten jeweils etwa eine halbe Minute dauern; Auswertung in der Gruppe: Körpergefühl jetzt, jeweils vorher, Vor- und Nachteile bestimmter Bewegungsarten, eigene Vorlieben und Abneigungen ...

VI. Fantasiereisen

Förderung von Imaginationsfähigkeit und selektiver Aufmerksamkeit, Erfahrung von Bei-Sich-Sein und Versenkung, Möglichkeit gezielter Emotionsregulation...

Musikuntermalung (z.B. CUSCO, DEUTER), ruhige, fast gleichförmige Stimmlage, kurze Pausen (...) zwischen einzelnen Sätzen.

Rahmentexte zum Ein- bzw. Ausstieg (sinnvoll als Ritualisierung; Vorschläge sind selbstredend nach Gutdünken abwandelbar!).

Vorschlag Einstieg:

Leg dich jetzt ganz bequem hin und spüre einen Moment lang, ob dich auch nichts mehr stört. Fühle deinen Körper auf dem Boden liegen und nimm wahr, wie du gleichmäßig ein- und ausatmest.

Ich zähle jetzt gleich von 1 bis 5. Du kannst innerlich mitzählen.

- 1 Du kannst dich entspannen.
- 2 Du vergisst alles, was um dich herum geschieht.
- 3 Du fühlst dich ganz sicher und ruhig.
- 4 Du schließt deine Augen.
- 5 Du bist jetzt bereit für eine kleine Fantasiereise.

Texte der Fantasiereise Nr. 1-5 (siehe unten)

Vorschlag Ausstieg:

Es war schön, eine Reise in die Fantasie zu unternehmen ...

Wenn ich jetzt gleich von 5 bis 1 rückwärts zähle, kehrst du allmählich zurück ins Hier und Jetzt...

Wenn du wach geworden bist, fühlst du dich ganz ruhig, stark und selbstbewusst ...

- 5 Du bist ganz entspannt und gelassen.
- 4 Du wirst allmählich wieder wach.
- 3 Du atmest tief ein und aus.
- 2 Du öffnest die Augen.
- 1 Du bist zurückgekehrt ins Hier und Jetzt

Nach dem Ausstieg dehnen, räkeln und strecken, mit dem Aufstehen etwas Zeit lassen.

Sinnvoll (aber nicht unbedingt notwendig: viele Kinder behalten das Erlebte lieber erst mal für sich) ist ein kurzes „Blitzlicht“: Wie geht es mir jetzt? Was habe ich gesehen, gedacht, gespürt ...?.....

1. **Fantasiereise 1: Wer ich bin (nach Seyffert, S. 72), ab 6**

Versuche einmal, dir dich vorzustellen: so, als würdest du in einen Spiegel sehen ... Schau dich dabei ganz genau an ... Beginne bei deinem Kopf: Wie groß ist er, welche Form hat er? ... Wie liegen deine Haare und wie trägst du sie am liebsten? ... Schau dir auch dein Gesicht an: Augen, Nase, Mund, Kinn, Backen und auch die Stirn ...

Wenn du damit fertig bist, betrachte deinen Körper: Wie groß ist er? ... Wie lang sind deine Arme und Beine? ... Hast du große Füße oder eher kleine? ... Und was ist mit den Händen?...

Nun schau dir deine Kleidung an: Welche Sachen hast du am liebsten an? Und vor allen Dingen, in welchen Farben? ...

Wenn du nun ganz genau weißt, wie du aussiehst, dann überlege dir einmal, welche Dinge du besonders gern tust ... Und vor allem überlege, welche du besonders gut kannst. Lass dir ruhig Zeit dabei ...

Nun schau dich noch einmal an: Siehst du dich nun anders, nachdem du überlegt hast, was du alles gut kannst und tust? ...

All diese Dinge machen dich als eine Person aus ... Nur du bist ganz genau so, wie du bist ... Du bist einzigartig und niemand kann dich ersetzen ...

Vielleicht kann dir dies das nächste Mal weiter helfen, wenn es dir aus welchen Gründen auch immer nicht gut geht! ...

2. **Fantasiereise 2: Ich mag mich (nach Seyffert, S.73), ab 6**

Stell dir einen schönen Ort vor, an dem du jetzt am liebsten wärst ... Das kann überall dort sein, wo du dich rundherum wohl fühlst ... Wenn du dir deinen Ort überlegt hast, versuche dir dort alles ganz genau vorzustellen: Was gibt es da alles? ... Welche Dinge kannst du sehen? ... Wie riecht es an dem Ort? ... Welche Farben gibt es da? ...

Male dir in Gedanken diesen Ort so wunderschön aus, wie du ihn dir erträumst ...

Dann mach es dir hier so richtig gemütlich ... Und wenn du ganz bequem liegst, überlege mal, was dir ganz besonders an dir selber und an deinem Aussehen gefällt ...

Denke eine Weile darüber nach, welche Eigenschaften du hast, die du an dir magst: Vielleicht bist du eine, die besonders zuverlässig ist oder gut zuhören kann? ...

Und jetzt möchte ich dich bitten, dass du dir überlegst, welche Dinge du besonders gut kannst: Vielleicht bist du sehr sportlich und kannst deshalb gut schwimmen ... Oder du kannst ein Instrument spielen oder tolle Sachen basteln ... Oder ...

Betrachte nun alles noch einmal: da gibt es doch eine ganze Menge von Dingen, die toll an dir sind! Eine Menge Sachen, die dich liebenswert machen ...

Sag dir deswegen jetzt einige Male in Gedanken den Satz vor: Ich mag mich so, wie ich bin! Ich mag mich so, wie ich bin...

Und wenn es dir irgendwann einmal nicht gut geht oder du unsicher bist, denkst du einfach an diese Fantasiereise und sagst dir in Gedanken den Satz: Ich mag mich so, wie ich bin!...

3. **Fantasiereise 3: Das kleine Kind, das ich war, ab 8**

Versuch dir nun vorzustellen, dass du an (d)einem wunderschönen Ort bist ... es könnte dein Lieblingsort werden! Es ist hell da und die Sonne scheint dir schön warm ins Gesicht ... du fühlst ihre Wärme auf deiner Haut ... du riechst einen angenehmen Duft .. du hörst in der Ferne eine leise wunderbare Melodie ...

Und auf einmal kannst du zaubern: du siehst dich als ganz kleines Kind! Du bist vielleicht drei oder vier ... Du beobachtest dich erst mal ein bisschen: wie du spielst, wie du lachst, wie du mit jemandem sprichst Du erkennst, dass das Kind, das du warst, schon eine richtige kleine Persönlichkeit ist!

Das Kind sieht in deine Richtung und kommt zu dir... Du sprichst mit ihm Es schaut dich an und sagt etwas zu dir ... Dann geht ihr gemeinsam zur nahen Quelle, trinkt von dem klaren Wasser,

lasst die Füße hineinhängen und unterhaltet euch miteinander. Ihr sprecht über alles, was du wissen willst das dauert ein Weilchen. Ihr beide genießt euer Zusammensein sehr ... Schließlich macht das Kind seine Hand auf und gibt dir etwas: ein Geschenk! ... Du freust dich sehr und bedankst dich. Gern würdest du bleiben, aber ihr müsst euch jetzt langsam trennen; aber du weißt auch, dass du dem Kind immer wieder begegnen kannst, wenn du es möchtest – z.B. in deinen Träumen! ... Ihr winkt euch noch einmal liebevoll zu, dann kehrst du schließlich zurück ...

4. **Fantasiereise 4: Mir selbst ein/e Freund/in sein (nach Seyffert, S.74f), ab 8**

Nun versuch dir einmal vorzustellen, dass du in einer Situation bist, in der du dich überhaupt nicht wohl fühlst und du darüber sehr unglücklich bist ... Vielleicht fühlst du dich allein gelassen und bist so traurig, dass du auf der Stelle losheulen möchtest ... Wenn doch nur ein/e Freund/in da wäre!

Stell dir jetzt einfach vor, dass neben dir ein/e Doppelgänger/in oder dein Spiegelbild sitzen würde ... Auf einmal gibt es dich in doppelter Ausführung!

Was würdest du als dein/e Doppelgänger/in jetzt tun?... Wie könntest du dich am besten trösten, dir Mut machen oder einfach nur deine gute Laune wieder herstellen? ...

Wäre dir als trauriges oder verzweifertes Kind am liebsten, wenn dich dein Spiegelbild fest in den Arm nehmen und dich trösten würde? ...

Oder sollte dir dein Spiegelbild lieber etwas Lustiges erzählen oder dir Mut zusprechen?

Dein Spiegelbild kann alles tun, was du dir von ihm wünschst ... Du musst es dir nur vorstellen!

Lass dir dabei ein bisschen Zeit und überlege, was dein Spiegelbild alles mit dir oder für dich machen soll ...

Und stell dir ruhig alles vor, was du gerne mit einer/m besten Freund/in unternehmen würdest ...

Langsam wird es an der Zeit zurückzukehren und dich für heute zu verabschieden ...

Aber es hilft dir sicher, wenn du dir vorstellst, dass dein/e beste/r Freund/in in Gedanken bei dir ist ...und dass du selbst dir ein/e gute/r Freund/in sein kannst, wenn du willst ...Und wenn du wieder einmal in einer Situation bist, in der du Hilfe brauchen kannst, dann stellst du dir in Gedanken dein Spiegelbild oder deine/n Doppelgänger/in vor und wünschst dir das, was du in diesem Augenblick am allerliebsten hättest ... Das wird dir sicherlich weiter helfen ...

5. **Fantasiereise 5: Meine Erklärung der Selbstachtung (nach Virginia SATIR, Kommunikation – Selbstwert – Kongruenz, Paderborn 1992,s.49ff), ab 8**

Ich bin ich.

Auf der ganzen Welt gibt es niemanden, der genauso ist wie ich. Es gibt Menschen, die mir ähnlich sind, aber niemand ist ganz wie ich. Deswegen ist alles, was von mir kommt, auf eine echte Weise meins.

Mir gehört alles von mir – mein Körper und alles, was er tut; mein Kopf und alle Gedanken und Ideen darin; meine Augen und alle Bilder, die sie sehen; meine Ohren mit allen Tönen, die sie hören. Mir gehören auch meine Gefühle, egal welche es sind – Wut, Freude, Zorn, Liebe, Enttäuschung, Aufregung. Mir gehört mein Mund und alle Worte, die aus ihm kommen – höfliche, angenehme und unangenehme, richtige oder falsche. Mir gehört meine Stimme, ob sie laut oder leise ist. Und zu mir gehören alle meine Taten, ob sie auf andere oder mich selbst gerichtet sind. Mir gehören auch meine Fantasien, meine Träume, meine Hoffnungen und meine Ängste.

Mir gehören all meine Siege und Erfolge, all meine Niederlagen und Fehler.
 Weil mir alles von mir gehört, kann ich mir selbst eng vertraut sein. Dadurch kann ich mich lieben und freundlich zu mir sein. Ich kann in meinem Interesse für mich wirken.
 Ich weiß, es gibt Teile von mir selbst, über die ich mir nicht klar bin, und andere Teile, die ich nicht kenne. Aber so lange ich mir selbst gegenüber freundlich und liebevoll bin, kann ich mutig und hoffnungsvoll sein: ich kann nach Lösungen für meine rätselhaften Seiten suchen - und nach Möglichkeiten, mehr über mich herauszufinden.
 Wie ich auch immer aussehe und klinge, was immer ich sage und tue und was immer ich denke und fühle, bin ich.
 Wenn ich später überblicke, wie ich ausgesehen und geklungen habe, was ich gesagt und getan und wie ich gedacht und gefühlt hab, finde ich vielleicht einiges unpassend. Ich kann das Unpassende ändern und das Passende behalten – und ich kann etwas Neues finden.
 Ich kann sehen, hören, fühlen, denken, sagen und tun. Ich besitze viele Fähigkeiten und gute Seiten und kann meine Welt gestalten. Ich gehöre mir, und deswegen kann ich mich gestalten.
 Ich bin ich, und das ist in Ordnung.

Literatur:

1. ARBEITSGEMEINSCHAFT SOS RASSISMUS, Spiele, Impulse und Übungen zur Thematisierung von Gewalt und Rassismus, Schwerte 1996 (Materialiensammlung)
2. BAER, Ulrich, 666 Spiele. Für jede Gruppe. Für alle Situationen, Seelze 1996, 4.Auflage, Kallmeyersche Verlagsbuchhandlung (Spielekartei)
3. DAY, Laura, Praktische Intuition, München 1998, dtv (Grundlagenwerk Intuition)
4. DEUTER, Land of enchantment (CD)
5. PSYCHOLOGIE HEUTE, Heft Juni 1998
6. RABE, Roman, Karawane meiner Träume, Salzhausen, iskopress
7. SATIR, Virginia, Kommunikation – Selbstwert – Kongruenz, Paderborn 1992
8. SEYFFERT, Sabine, Kleine Mädchen –Starke Mädchen. Spiele und Fantasiereisen, München 1997, Kösel Verlag (Materialiensammlung)
9. SONNTAG, Robert, Blitzschnell entspannt, Stuttgart 1998 , Georg-Thieme-Verlag (Ratgeber)
10. STÜRMER, Ernst, Atme dich gesund. 80 Methoden der richtigen Atmung, Freiburg 1992, Herder Verlag (Ratgeber)
11. VOPEL, Klaus, Interaktionsspiele für Kinder 1, 2 und 3, Hamburg 1991, 5.Auflage, iskopress (Spielesammlung)
12. VOPEL, Klaus, Lehr mich nicht, lass mich lernen, Salzhausen, iskopress (Materialiensammlung)
13. WAL, Violetta, Eine Kiste voller Bilder. Malexperimente für Kinder, Salzhausen, iskopress
14. WILHELM-BAKO, Martha, Sanfte Pädagogik, Hamburg 1992, 2.Auflage, iskopress

Die Autorin:

Marion Werling-Barth
 arbeitet als Oberstudienrätin am
 Friedrich-Schiller-Gymnasium in Ludwigsburg

4.1.

Marina Horbatsch

Neuere Literatur zum Thema "Essstörungen"**1. Sachbücher / Ratgeber****Claude-Pierre, P: Der Weg zurück ins Leben.**

Magersucht und Bulimie verstehen und heilen.

327 S. 3. Aufl. 1999.

Gebundene Ausgabe: KRÜGER Verlag, 39.80 DM

Taschenbuchausgabe in Vorbereitung für Frühjahr 2001

(FISCHER TB Nr.14922, 18.90 DM)

Das Leben der in Kanada lebenden Autorin veränderte sich dramatisch, als ihre beiden Töchter nacheinander an Anorexie erkrankten, und sie verzweifelt um deren Leben kämpfte. Als praktizierende Psychologin entwickelte sie ein Programm, mit dem sie neue Wege in der Behandlung von Magersucht und Bulimie beschrift. Es ist ein Programm, das auf Liebe und Verständnis basiert, den Kranken die quälenden Gefühle von Versagen nimmt und ihr Selbstwertgefühl stärkt.

**Vandereycken, W.: Magersucht und Bulimie: ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörigen**

ca. 96 S. 1. Auflage 2000 HUBER Verlag

Aus dem Programm Huber: Psychologie-Sachbuch, 24.80 DM

**Bruch, H: Das verhungerte Selbst. Gespräche mit Magersüchtigen.**

FISCHER Taschenbuch Bd.10167 19.90 DM

**Bruch, H: Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht.**

FISCHER Taschenbuch Bd. 6744 Reihe: Psychologie. 1998. 176 S. 17.90 DM

**Bruch, H: Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht.**

FISCHER Taschenbuch Bd. 6796 24.90 DM

**Huon, GF; Brown, LB: Bulimie. Neue Wege zur Heilung, ein Selbsthilfe-Programm. 1999**

HEYNE Ratgeber Nr.5249 14.90 DM

Die australischen Ernährungsspezialisten Huon und Brown stellen ein in der Praxis erfolgreich angewandtes Programm vor, mit dessen Hilfe Essstörungen von den Betroffenen und ihren Angehörigen erkannt und behandelt werden können.

**Gerlinghoff, M; Backmund, H: Was sind Essstörungen**

Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung.

BELTZ Taschenbuch 827. 120 Seiten. 18.00 DM

In diesem Handbuch finden die Leserin und der Leser alles Wissenswerte über Essstörungen: Wie und warum sie entstehen, woran Eltern, Lehrer, Mitschüler oder auch Betroffene sie bereits im Anfangsstadium erkennen und ihnen vorbeugen können. Hintergrund des Buches ist die langjährige Praxis der beiden Autoren am weltweit anerkannten „Therapie-Centrum für Ess-Störungen“ in München. So geben sie nicht nur Ratschläge für eine vernünftige Vorbeugung, sie erläutern, dass auch Essen „gelernt sein will“, und berichten über therapeutische Möglichkeiten, die Krankheit in den Griff zu bekommen und sie dauerhaft zu heilen. Eine große Rolle spielen bei diesem Therapieansatz die Patientinnen

selbst, die ausführlich zu Wort kommen, u.A. mit Ratschlägen, wie Eltern, Lehrer und Mitschüler mit der Krankheit umgehen.



Gerlinghoff, M; Backmund, H: Wege aus der Essstörung.

Magersucht und Bulimie, Wie sie entstehen und behandelt werden. So finden Sie zu einem normalen Essverhalten zurück. Denkanstöße und Hilfen für Betroffene, Angehörige und Freunde. 3. Aufl. 1999. 151 S. - TRIAS Verlag - 29.90 DM

In diesem Buch geht es um mehr als eine Normalisierung des Gewichts und des Essverhaltens. Magersucht und Bulimie sind beides rätselhafte Krankheiten mit verborgenen Ursachen, bizarren Symptomen, heimtückischen Gefahren und trügerischer Faszination. Die Autoren (Therapeuten mit langjähriger Erfahrung) bieten Betroffenen und ihren Angehörigen Hilfe, die Botschaft dieser Krankheiten zu entschlüsseln und sie für sie verstehbar zu machen.



Gerlinghoff, M: Magersucht und Bulimie, Innenansichten.

Heilungswege aus der Sicht Betroffener und einer Therapeutin. 2. Aufl. 1998. 212 S. - Verlag KLETT-COTTA; PFEIFFER, Reihe: Leben lernen Bd.109. 36.00 DM

Betroffene Patientinnen, die ihre Krankheit heute - dank Therapie - überwunden haben, berichten über Anfang und Verlauf ihrer Essstörung, über Ursachen und Hintergründe aus ihrer persönlichen Sicht. Sie beschreiben auch die Phase der Therapie und der Überwindung der Krankheit. Zu Wort kommen auch Eltern von essgestörten jungen Frauen. Eine Therapeutin informiert über die Krankheitsbilder und stellt das Therapiemodell der "Tagklinik" vor.



Gerlinghoff, M; Backmund, H: Essen will gelernt sein.

Ess-Störungen vorbeugen, erkennen, behandeln. 2000. 206 S. BELTZ TB Bd. 810. 24.90 DM



Gerlinghoff, M; Backmund, H: Schlankheitstick oder Essstörung?

Ein Dialog mit Angehörigen. 1999. dtv Bd.36118 16.90 DM

Erkrankungen wie Bulimie oder Magersucht können das ganze Gefüge familiärer Wertvorstellungen erschüttern. Die Autoren gehen u.a. auf die häufigsten Fragen aus ihrer Praxis ein: Wie ernst sind Essstörungen? Was sind die Ursachen? Welche Therapieform ist die beste? Zu Wort kommen Fachleute, Patientinnen und ihre Eltern, die aus ihrer Perspektive Einblick in das Krankheitsbild geben und aufzeigen, wie Essstörungen bewältigt werden können.



Gerlinghoff, M; Backmund, H; Mai, N: Magersucht und Bulimie.

Verstehen und bewältigen. 1999. BELTZ TB Bd.804 19.90 DM

Die Autoren setzen sich mit den Erkrankten und ihren Familien auseinander, mit gesellschaftlichen Begleiterscheinungen und den therapeutischen Versuchen, Magersucht und Bulimie in den Griff zu bekommen. Die Betroffenen selbst kommen ausführlich zu Wort. Ihre Aufzeichnungen vermitteln unerwartete Einblicke in das "Kranksein" an Magersucht und Bulimie.

**Schimpf, M: Selbstheilung von Essstörungen für langjährig Betroffene.**

Ein Arbeitshandbuch. 4. Aufl. 1999. 191 S. VERLAG MODERNES LERNEN-
29.80 DM

Aus einer Rezension:

"Selbstheilungskräfte und eigene Lösungsideen zu verstärken und auszubauen, ist das vorrangige Ziel, das durch 55 Übungen erreicht werden soll. Dabei werden z.B. die Gedanken beim Essen notiert und selbstverachtende Gefühle nach und nach in eine eigene Wertschätzung umgewandelt. Die Autorin begleitet den Leser durch das Übungsprogramm. Das Übungsprogramm eignet sich für den Einsatz bei Einzel- und Gruppenberatungen. Es zeigt einen vielversprechenden Weg, mit Essstörungen umzugehen."

„... verfasst in Form eines Zwiegespräches zwischen Therapeutin und Klientin: Die persönliche Aussprache ermöglicht eine manchmal fast suggestive Form der Einladung, ja gar Verführung zu bestimmten An- und Einsichten. So entsteht ein positiver Sog, dem man sich auch als Leser ohne Essprobleme (selbst im Urlaub) nicht entziehen kann. Ein weiterer Pluspunkt des Buches: konzipiert als Handbuch zum Eigenstudium für Klientinnen, eignet es sich dennoch eben so gut als Zusatzinstrument in einer Einzel- oder Familientherapie."

**Cavelius, A-A; Grasberger, D: Befreiende Wege aus der Bulimie.**

Die Ess-Brech-Sucht rechtzeitig erkennen und verstehen.
Die besten Behandlungsmöglichkeiten und Tipps zur Selbsthilfe. Was Betroffene und Angehörige wirklich tun können.
SÜDWEST Verlag, Reihe: Gesundheit 1999. 95 S. 19.90 DM

Die Hintergründe von Bulimie verstehen und ihre Symptome erkennen: Ein Ratgeber mit Selbsthilfeprogramm zur Bekämpfung von Heißhungerattacken. Vorgestellt sind verschiedene Therapieformen, die Wege aus der Isolation bieten - das Selbstvertrauen stärken und die Körperwahrnehmung verbessern, um wieder bewusst und mit Genuss essen zu lernen. Ein eigenes Kapitel widmet sich Angehörigen und Freunden Bulimiekranker.

**Treasure, J: Gemeinsam die Magersucht besiegen.**

Ein Leitfaden für Betroffene, Freunde und Angehörige. Mit Adressen.
Reihe: CAMPUS Concret Bd.46. BELTZ Verlag 1999. 213 S., 29.80 DM

**Schmidt, U; Treasure, J: Die Bulimie besiegen.**





Ein Selbsthilfe-Programm. BELTZ TB Bd. 823 Neuauflage 2000. 219 S.
30.00 DM

Ein Arbeits- und Übungsbuch für Betroffene. Die erste konkrete Anleitung zur Selbsthilfe, die auf ihre Wirksamkeit hin wissenschaftlich überprüft wurde, geschrieben von Expertinnen, die die Betroffenen Schritt für Schritt auf dem Weg zur Besserung begleiten. Anhand von erprobten Mitteln wird gezeigt, wie Heilung möglich ist.


Die Autorinnen wenden sich an Frauen und Männer, die aus dem Teufelskreis des Ess- und Brechzwangs herausfinden wollen, an Angehörige und Freunde, aber auch an Therapeuten, die dieses Buch begleitend zu ihrer Behandlung einsetzen können.

**Leibl, C; Leibl, G: Wenn die Seele hungert.**


Essstörungen und was sich dagegen tun lässt. 2000.
HERDER Spektrum TB Bd.4853. 17.80 DM

-
-  **Aliabadi, C; Lehnig, W: Wenn Essen zur Sucht wird.**
Ursachen, Erscheinungsformen und Therapie von Essstörungen.
BASTEI LÜBBE TB Nr.60217, 12.80 DM
-  **Orbach, S: Antidiätbuch.**
Verlag FRAUENOFFENSIVE
TI.1 Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Essucht.
17. Aufl. 1997. 160 S. 18.50 DM
TI.2 Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Essucht.
8. Aufl. 1993. 190 S. 18.50 DM
-  **Arenz-Greiving, I: Wenn Essen zum Problem wird.**
Wege aus Essstörungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 1999. 44 S.
LAMBERTUS-VERLAG. 6.00 DM
-  **Mucha, S; Hoffmann, K: Essstörungen erkennen, verstehen, überwinden.**
Wie Magersucht und Bulimie behandelt werden. So finden Sie den richtigen Therapeuten.
Wie Angehörige und Freunde helfen können. 1998. <
128 S. TRIAS Verlag. 19.80 DM




2. Fachbuch

-  **Weiss, L; Katzmann, M; Wolchik, S: Bulimie.**
Ein Behandlungsplan. (Psychologie Praxis). 138 S.
Verlag HUBER. 34.80 DM *Neuaufgabe z.Z. in Vorbereitung.*

Bulimiekrankte Frauen haben einige gemeinsame Persönlichkeitseigenschaften, die inzwischen als Begleitsymptome anerkannt sind. Bislang lag kein Behandlungskonzept vor, in dem diese berücksichtigt wurden. Das hier vorgestellte Behandlungsprogramm basiert auf Ergebnissen einschlägiger Untersuchungen und wurde in Gruppen- und Einzeltherapien erfolgreich eingesetzt.

-  **Die Behandlung von Magersucht, ein integrativer Therapieansatz:** Ein Therapeuten-
team aus der Filderklinik berichtet. Mit Beitr. von M Bissegger, G Bräuner-Gülow, S Brongs
u. a. 1998. 162 S. Verlag FREIES GEISTESLEBEN,
Reihe: Menschenwesen und Heilkunst Bd. 23. 38.00 DM

Ärztlich-therapeutische Behandlung der Magersucht aus Sicht der anthroposophischen Medizin. Die Autoren, Therapeuten und Ärzte der psychosomatischen Jugendstation an der Filderklinik bei Stuttgart, berichten von ihren Erfahrungen in der Behandlung der Krankheit im Laufe von über dreizehn Jahren und stellen ihr ganzheitliches, integratives Konzept vor.

-  **Borkenhagen, A: Dissoziationen des Körpers.** Eine Untersuchung
der psychischen Repräsentanz des Körpers magersüchtiger Patientinnen
und von Frauen, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen. 2000.
232 S. PSYCHOSOZIAL-VERLAG. 79.00 DM
-  **Jacobi, C; Thiel, A; Paul, T: Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia
und Bulimia nervosa.** Materialien für die psychosoziale Praxis. Neuaufg. 2000.
163 S., PSYCHOLOGIE VERLAGS UNION. 68.00 DM
Neuaufgabe in Vorbereitung für Herbst 2000.
-  **Essstörungen.** Hrsg. v. M Gastpar, H Remschmidt u. W Senf. 2000. 204 S.
Verlag WISSENSCHAFT & PRAXIS - 48.00 DM

 **Anorexie und Bulimie: Neue familientherapeutische Perspektiven.**

Von M. Selvini Palazzoli, S Cirillo, M Selvini u. a. 1999. 251 S.
Verlag KLETT-COTTA - 68.00 DM

 **Analytische Psychotherapie bei Essstörungen: Therapieführer.**

Hrsg. v. W Herzog, D Munz, H Kächele u. a. Neuaufl. 2000. XIV, 361 S.,
SCHATTAUER- 68.00 DM

Inhalt:

- ätiologische und klinische Grundlagen von Bulimie und Anorexie
- Grundprinzipien der Behandlung, illustriert an zahlreichen eindrucksvollen Fallbeispielen
- Institutionen, die Essstörungen behandeln
- Charakteristika der verschiedenen Behandlungsprogramme im gesamten Bundesgebiet im Rahmen eines systematischen "Therapieführers"
- Entscheidungskriterien für gezielte Therapieempfehlungen für ärztliches und therapeutisches Personal, die auch von Laien nachvollzogen werden können.

 **Buddeberg-Fischer, B: Früherkennung und Prävention von Essstörungen.** Essver-

halten und Körpererleben bei Jugendlichen. 2000.
216 S.- SCHATTAUER- 59.00 DM

Das Buch befaßt sich mit Frühsymptomen von Essstörungen bei Jugendlichen und Möglichkeiten der Prävention in Schulklassen. Die vorgestellten Ergebnisse basieren auf einer epidemiologischen und prospektiven Interventionsstudie bei 14-19jährigen Schülerinnen und Schülern des Kantons Zürich.

Das Buch wendet sich an Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Lehr- und Fachpersonen, die im Bereich der Jugendmedizin und Suchtprävention wissenschaftlich, präventiv oder praktisch therapeutisch tätig sind.

 **Cuntz, U; Hillert, A: Essstörungen.**

Ursachen, Symptome, Therapien. 2., aktualis. Aufl. 2000.
135 S. Beck'sche Reihe Bd.2087. 14.80 DM

Die Autoren dieses Buches erläutern die körperlichen und seelischen Vorgänge, die zu krankhaftem Essverhalten führen, beschreiben seine unterschiedlichen Erscheinungsformen und stellen die therapeutischen Wege dar, die aus dem Teufelskreis der Essstörungen herausführen. Im Anhang: Wichtige Adressen und Institutionen.

3. Erfahrungsberichte

 **Grant, S: Der heilige Hunger.**

Die Geschichte einer Magersüchtigen. 1998. 252 S.
SCHERZ Verlag - 39.90 DM

 **Beeken, C; Greenstreet, R: Mein Körper, mein Feind.**

Aus d. Englischen. (Reihe: Erfahrungen). 1998.
BASTEI LÜBBE - TB Nr.61422. 12.90 DM

**Hornbacher, M: Alice im Hungerland.**

Leben mit Bulimie und Magersucht. Eine Autobiografie.
Gebundene Ausgabe: bei Campus DM 39,80 (erschienen 1999)
Taschenbuchausgabe bei Ullstein erscheint im Frühjahr 2001.

Stationen einer selbst zerstörerischen Sucht. Wer verstehen will, was hinter anorektischem und bulimischem Verhalten steckt und keine weinerliche Krankengeschichte lesen will, der sollte diese eindringliche Biographie zur Hand nehmen.

**Fusini, N: Am besten gefiel mir ihr Mund.**

Roman. Aus d. Italienischen. 2000. 219 S.
btb Taschenbuch Bd. 72270 bei GOLDMANN 15.00 DM

Der Roman erzählt die Geschichte Nadias, Tochter aus gutbürgerlichem Hause. Nadia steht an der Schwelle zum Erwachsenwerden, eine Tatsache, die sie völlig verunsichert und in eine tiefe Krise stürzt.

Sie möchte eigentlich nur Kind bleiben und beschließt, um ihren Körper kindlich zu halten, nicht mehr zu essen. Erst als es fast schon zu spät ist, wird sie in letzter Sekunde ins Leben zurückgeholt.

**Flöss, H: Dürre Jahre.**

Erzählung. 1998. 78 S. HAYMON VERLAG - 29.00 DM

Knappe Sätze und Dialoge umreißen Stimmungen und innere Vorgänge der Protagonistin, schildern das Verhalten ihrer Verwandten, Freunde, der Umwelt. Ohne je reportagenhaft zu werden, kann sie auf diese Weise vom Beginn und vom Verlauf der Krankheit berichten, von Hoffnungen und Enttäuschungen, bis der schwierige Weg zur Heilung gefunden scheint.

**Litty, S: Hinter den Türen der Angst.** Sehnsucht nach Leben.

Der innere Kampf einer Magersüchtigen. 2000. 76 S.,
HÄNSSLER Verlag; edition TROBISCH - 12.95 DM



Gottlieb, L: Magere Zeiten. Das Jahr, in dem ich erwachsen wurde. 2000.
264 S. LIST Taschenbücher Bd. 65044, 24.00 DM *Neuerscheinung Herbst 2000.*

**Schmidinger, D: Raus damit!**

Bulimie, ein autobiographischer Ratgeber. 1998. 160 S., ORAC Verlag - 29.80 DM

Roter Faden ist die persönliche Geschichte der Autorin als Bulimiekranke: Ihre Beziehung zu den Eltern, ihre Freundinnen, sie selbst als Schauspielerin und stets gegenwärtig, das schlanke Schönheitsideal, Diäten und Appetitzügler, Jahre der Selbstzerstörung und letztendlich ihre Befreiung durch Therapie, denn ohne Hilfe wird man diese Krankheit nicht los.

4. Kinder-und Jugendliteratur



Stewart, M: Essen? Nein, danke!

Ravensburger TB Bd.8086 Reihe Reality 1998. 9.90 DM

Rebecca hat nur ein Ziel: abnehmen. Sie ist süchtig nach dem Hochgefühl, wieder ein Pfund "abgespeckt" zu haben. Und sie fühlt sich bestätigt, wenn sie ihrer Freundin Jessi beim Essen zusieht oder ihrer Familie. Was die alles in sich hineinstopfen! Rebecca ist wochenlang fast gar nichts und hat "super Ergebnisse". Eines Tages aber kippt sie um und landet - mit nunmehr 35 Kilo Gewicht – im Krankenhaus. Rebecca fühlt sich unverstanden, sie kann nichts Schlechtes an ihrer Magerkeit finden und denkt sich, wieder daheim, immer raffiniertere Methoden aus, ihre Sucht zu verbergen. Es muss noch so einiges geschehen, bis Rebecca begreift, dass sie dabei ist sich umzubringen.



Lembcke, M: Der Schatten des Schmetterlings.

Omnibus Taschenbücher Bd.20712 (Bertelsmann) 2000.
157 S. 11.90 DM ab 12 J.

Katja und Michael stehen beide vor dem Abitur. Eigentlich kennen sie sich schon von klein auf, doch irgendwie haben sie im Laufe der Jahre den inneren Kontakt zueinander verloren. Als Katja plötzlich verschwindet, fängt Michael an, über sie nachzudenken. Nach fünf Tagen kehrt Katja zurück. Am Abitur wird sie nicht teilnehmen, stattdessen geht sie für einige Zeit in eine Klinik, denn sie hat Magersucht. Sie denkt viel über ihr Leben nach, wünscht sich Nähe und Liebe, die sie von Seiten ihrer Eltern nur als Besorgtheit erfahren hat und die sie wegen ihrer Verslossenheit auch selbst nicht geben kann. Am liebsten würde sie so leicht werden wie ein Schmetterling. Nach einem Beinahe-Unfall gelingt es ihr schließlich, sich trotz allem bewusst für das Leben zu entscheiden. Als Michael sie besucht, spürt er, dass etwas mit ihr vorgegangen ist. Langsam wandelt sich sein Bild von ihr.



Fülscher, S: Nie mehr Keks und Schokolade.

Neuauf. 2000. 159 S., ab 12 J. - KERLE Verlag - 22.80 DM

Mit 13 hat das Leben seine Tücken. Weibliche Formen - wie grauenhaft! Ninas Vorbilder sehen ganz anders aus: gertenschlank wie die Hauptdarstellerin ihrer Lieblingsserie, grazil wie die Schwester, eine begabte Tänzerin. Was nützen da schon die tollen Noten in der Schule, wenn man sich fühlt wie ein trampeliger Elefant im Porzellanladen! Wie schön muss das Leben erst sein, wenn man dünn ist! Nina steuert in ihrer Pubertät auf einen neuen Lebensabschnitt zu, einen Abschnitt ohne Keks und Schokolade.



Arold, M: Völlig schwerelos. Miriam ist magersüchtig.

1997. 155 S. ab 12 J. - LOEWE VERLAG - 16.80 DM

Miriam hat alles unter Kontrolle. Seitdem sie streng ihre Diät hält und regelmäßig im Park joggen geht, hat sie schon sechs Kilo abgenommen. Trotzdem findet Miriam sich immer noch viel zu dick. Also müssen noch einmal fünf Kilo runter. Und wenn sie vor Hunger und Magenschmerzen wieder mal nicht einschlafen kann, nimmt sie eben Appetitzügler und Abführmittel. Während der Klassenfahrt nach England wird Miriam plötzlich ohnmächtig.

**Seyfahrt, K: SuperSchlank !?**

Zwischen Traumfigur und Essstörungen. 2000. 126 S. – KÖSEL - 19.90 DM

**Blobel, B: Meine schöne Schwester.** Jugendroman. 1998. 221 S. ab 12 J. ARENA Taschenbücher Bd.1696, 10.90 DM

Daniela und ihre Schwester Beate könnten verschiedener nicht sein. Beate ist sich ihrer Schönheit bewusst. Dana sehnt sich nach Anerkennung und tröstet sich mit Essen - bis sie beschließt abzunehmen. Die Abmagerungskur entwickelt sich zum Zwang: Dana wird magersüchtig.

**Nygaard, G A: Inger oder Jede Mahlzeit ist ein Krieg.**

dtv Junior Pocket Bd.7899 - 11.90 DM

"Wer bin ich?", fragt sich ängstlich und verzweifelt die 14-jährige Inger. Spiegel und Waage scheinen ihr Auskunft zu geben, sie sind Verbündete im Kampf gegen eine unsichtbare äußere Übermacht. Und so hungert sich Inger verbissen ihrem Ich-Ideal, dem schwerelosen Vogelmadchen, entgegen. Immer mehr zieht sie sich zurück in eine mystische Traumwelt, und als ihr Vertrauen in Aksel, den jungen Klassenlehrer, erschüttert wird, bricht sie jeden Kontakt mit ihrer Umwelt ab:

**Schlipper, A: Gewitter im Bauch**

- ENSSLIN & LAIBLIN- Verlag, Reihe: Lese-Eule. 1999. 158 S. ab 12 J. 10.00 DM

Zunächst will Anette nur ein bisschen abnehmen, doch dann treibt sie es zu weit: Sie wird magersüchtig. Ein einfühlsames und wichtiges Buch, erzählt aus der Sicht einer Betroffenen.

5. Sonstige Informationsmittel

Die Informationsschriften der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) Köln können im Internet unter <http://www.bzga.de> kostenlos bestellt werden.

Zu diesen Materialien gehören neben mehreren Broschüren zu Ess-Störungen seit Ende letzten Jahres ein **Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen**.

**Aus der Pressemitteilung der BzGA vom 23. Oktober 2000:
Ess-Störungen – Magersucht, Bulimie und Adipositas**

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat ein Medienpaket entwickelt, das über den verhängnisvollen Kreislauf aus Diät und Ess-Störungen informiert und aufklärt. Es wurde aktuell um zwei neue Publikationen erweitert. Der "**Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen**" gibt Auskunft über Entstehungsgeschichte, Symptomatik, Folgeschäden sowie therapeutische Ansätze und rückt die Varianten Übergewicht, Magersucht und Ess-Brechsucht ins Blickfeld. Außerdem liefert die praxisbezogene Schrift wichtige Adressen. Das "**Praxishandbuch für Gruppenmoderatorinnen**" setzt sich in erster Linie mit der besonderen Situation von Selbsthilfegruppen auseinander. Neben den Störungen selbst werden die Modalitäten der Selbsthilfe, ihre Bedeutung innerhalb der Therapie und die Phasen der Gruppenbildung behandelt. Der große Praxisbezug kommt unter anderem in vielen Übungsanleitungen zum Ausdruck.

"In der Prävention von Ess-Störungen hat sich gezeigt, dass gerade im Vorfeld und der Anfangsphase die Aufmerksamkeit und die richtige Unterstützung durch das soziale Umfeld entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung einer Störung nimmt", erklärt Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. "Manchmal kann diese Hilfe erst einsetzen, wenn es schon zu Auffälligkeiten, d.h. gesundheitsriskanten Verhaltensweisen gekommen ist. Besonders dann ist die wirksame Unterstützung der Betroffenen durch Eltern, Geschwister oder Freunde von entscheidender Bedeutung. Auch den Selbsthilfegruppen kommt in dieser Situation eine wichtige Rolle zu. Mit den beiden neuen Medien will die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vor allem jene Menschen unterstützen, die in der Förderung und Stabilisierung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen eine wichtige Aufgabe wahrnehmen."

 **Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen (Hrsg.), Mal dick, mal dünn.**

Hannover 1999. 55 Seiten. DM 13.-

Bestellanschrift:

Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen
Leisewitzstraße 26
30175 Hannover
Tel.: 0511-85 87 88

Die gut gestaltete Broschüre beschreibt die Symptome und möglichen Ursachen von Essstörungen und gibt Anregungen für die Prävention. Die Broschüre enthält auch einen Beitrag zum Problem "Essstörungen bei Männern."

 **Stiftung Pro Juventute:**

Magersucht - Hungern im Überfluss. Eine Informationsbroschüre für Eltern. Die schweizerische Stiftung Pro Juventute setzt sich seit mehr als 80 Jahren für die Würde und das Wohl von Kindern, Jugendlichen und Familien ein. Die Stiftung gibt eine große Zahl von Broschüren zu Themen im Kinder-, Jugend- und Präventionsbereich heraus.

 **Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (Hrsg.), Nichts leichter als Essen?! - Essstörungen im Jugendalter, Stuttgart 2000**

Die Autorinnen Dagmar Preiß und Anja Wilser vom Mädchengesundheitsladen Stuttgart geben in der Broschüre darüber Auskunft, was Essstörungen sind, welche Ursachen für die Krankheit bekannt sind, wie Lehrerinnen und Lehrer, bzw. Erzieherinnen und Erzieher intervenieren können und wie sinnvolle Prävention aussehen kann. Im letzten Kapitel der Broschüre werden konkrete Vorschläge für die Arbeit mit Jugendlichen gemacht.

Nutella

mit dem Löffel in das Glas
die Augen schließen
einen Moment den alltäglichen Wahnsinn vergessen
der mich umgibt

die Augen öffnen
und schuldbewusst feststellen
den Normen wieder nicht zu entsprechen
wieder versagt zu haben
wieder der Gier und der Angst nachgegeben zu haben

essen essen essen
schlucken
reinstopfen
bis zum Moment der Übelkeit

endlich ist mir schlecht
endlich ist mir so schlecht
dass ich kotzen könnte

endlich darf ich sagen
ich finde es zum Kotzen
denn ich spüre es auch

endlich fühle ich mich so wie ich von mir denke
aber etwas hält mich davon ab zu kotzen

Ich weiß nicht was es ist
ist es Angst?
Angst, noch tiefer in den Abgrund gezogen zu werden

Vielleicht sollte ich tatsächlich all das ändern
was ich zum Kotzen finde

Sabine Naumann-Cleve

4.2.

Rolf Schneider
Bücher zum Thema
Suchtprävention und Gesundheitsförderung

Petra Kolip (Hrsg.),
Programme gegen Sucht:
Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter.

Juventa Verlag, München und Weinheim
1999, 264 Seiten, DM 46,--

Der Sammelband fasst jüngere Ansätze der Suchtprävention zusammen. Dabei bietet er sowohl einen Überblick über den internationalen Forschungsstand als auch Einblicke in einzelne Projekte der deutschen Präventionspraxis und -forschung.

Das Buch bietet eine gelungene Zusammenschau zum Thema. Das liegt u.a. daran, dass hier national und international renommierte Fachleute, etwa der Sozialisationsforscher Hurrelmann, der Entwicklungspsychologe Silbereisen oder der amerikanische Gesundheitsforscher Jessor, ihren fundierten Sachverstand **inhaltsreiches**. Plus des Buches besteht darin, dass es sich nicht nur mit Aspekten stofflicher Suchtprävention, sondern auch mit Fragen zu Essstörungen und jungendlichem Risikoverhalten befasst.

Als „common sense“ aller vorgestellten Beiträge darf gelten, dass gesundheitspräventive Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter sinnvoll auf die Steigerung allgemeiner Lebenskompetenz, also auf die suchtmittelunspezifische Prävention, und vor allem auf Familie, Peers und Schule ausgerichtet werden.

Somit nehmen sich in den 90er Jahren Soziologen und Psychologen eines Themas an, das in der Erziehungswissenschaft eine lange humanistische Tradition hat. Gemeint ist die Debatte um Allgemeinbildung, in der die Entwicklung von Lebensfähigkeiten und Basiskompetenzen seit langem vorrangig diskutiert wird.

Bettina Schmidt,
Klaus Hurrelmann (Hrsg.),

Präventive Sucht- und Drogenpolitik
Ein Handbuch

Leske und Budrich, Leverkusen 2000,
372 Seiten, DM 48.-

Der Band gibt einen Überblick über suchtpreventive und drogenpolitische Maßnahmen. Präventionspolitische Strategien werden beschrieben und u.a. hinsichtlich ihrer Wirksamkeit, Durchsetzbarkeit und Kosten erörtert. Der Band leistet damit einen Beitrag zur Neuorientierung in der nationalen und internationalen Drogenpolitik.

Seit einiger Zeit stehen Suchtprävention und Drogenpolitik auf dem Prüfstand. Die traditionelle Suchtprävention ist allein offenbar ebenso wenig wie die herkömmliche Drogenpolitik dazu geeignet, Sucht- und Drogenmissbrauch zu vermindern oder gar zu verhüten. Es fehlt an Theorie und Praxis von Suchtprävention und Drogenpolitik, die darauf angelegt sind, gesellschaftliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass schädlichem Drogengebrauch vorgebeugt werden kann. Gesellschaftspolitische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung, wie etwa Einschränkung von Werbung oder Abbau von Zigarettenautomaten, werden in eklatanter Weise vernachlässigt. Das Buch zeigt das Potential einer Suchtprävention auf, die nach Maßgabe von Public Health die Gesundheit ganzer Bevölkerungen durch die Gestaltung gesundheitsgerechter Lebenswelten fördert, und macht es für die politische Praxis nutzbar.

–
Kerstin Walden, Christoph Kröger, e.a.,

ALF

Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten

Programm für Schüler und Schülerinnen der 6. Klasse mit Unterrichtseinheiten zu Nikotin und Alkohol. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 2000

ALF 5 DM 49,80

ALF 6 DM 42,--

(jeweils incl. Versandkosten)

Schneider-Verlag Hohengehren GmbH
 Wilhelmsstraße 13
 73666 Baltmannsweiler
 Tel.: 07153 - 41206
 FAX: 07153 – 48761

ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten ist ein Präventionsprogramm für die Klassen 5 und 6. Die Autoren sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des renomierten Münchner Instituts für Therapieforchung (IFT) und daher Fachleute in Fragen von Prävention und Gesundheitsförderung.

ALF geht von der Erkenntnis aus, dass es nicht ausreicht über die Gefahren des Suchtmittelmissbrauchs Bescheid zu wissen, um vor Sucht und Drogen geschützt zu sein, sondern dass schon frühzeitig von den Kindern Schutzfaktoren ausgebildet werden müssen, um gegen Suchtgefahren bestehen zu können. Diese Schutzfaktoren sind Lebenskompetenzen wie z.B. Selbstvertrauen, Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz und Stressbewältigung.

ALF bietet Lehrkräften ein Konzept, die Suchtprävention in den Unterricht zu integrieren. ALF liegt in 2 dicken Ordnern in Form eines Lehrermanuals vor und enthält Unterrichtseinheiten mit einer Fülle von Übungen und Arbeitsblättern als Kopiervorlagen.

Die vorgelegten Unterrichtseinheiten, z.B. sich kennenlernen, sich wohlfühlen, Gruppendruck widerstehen, Gefühle ausdrücken – um nur einige zu nennen – sind thematisch für die Altersgruppe relevant, die Übungen und Arbeitsformen sind interessant und abwechslungsreich. Lehrerinnen

und Lehrer, die mit ALF in ihren Klassen gearbeitet haben, berichten nicht nur von positiven Erfahrungen im Hinblick auf einzelne Kinder, sondern auch im Hinblick auf die Gruppe. Mit ALF habe sich die Klassengemeinschaft gefestigt und der „Klassengeist“ wurde gestärkt.

Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (in Zusammenarbeit mit dem Gemeindeunfallversicherungsverband (GUV) Westfalen-Lippe) (Hg.),

Gesundheitsförderung in der Schule Ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer aller Schulformen, Bönen 1998, DM 36,--

Bestellnr.: 2262

Was man zur schulischen Gesundheitsförderung braucht, findet sich auf den 340 Seiten des Handbuches. Diese Veröffentlichung von Fachleuten aus der schulischen Gesundheitsförderung wendet sich an alle an Schule Beteiligten, die daran interessiert sind, dass die Schule die vorhandenen Chancen zur Gesundheitsförderung für Schülerinnen und Schüler und Lehrerinnen und Lehrer nutzt.

In erster Linie erhalten Lehrerinnen und Lehrer, Schulleitungen, Lehrerfortbildner und Schulentwickler Empfehlungen und Anleitungen zu praktischen Handlungsschritten, mit denen sich die Schule gegenwärtigen und zukünftigen Aufgaben stellt und zu einem gesundheitsförderlichen Lern-, Lebens- und Arbeitsort entwickelt.

Bezugsadresse:

DruckVerlag Kettler GmbH

Postfach 1150

59193 Bönen / Westf.

Tel. 02383/91013-0

Fax 02383/91013-40

ISDN 02383/91013-502

E-mail:

DruckVerlag@Kettler.do.uunet.de

Roland Simon/Martin Tauscher/Tim Pfeiffer

Suchtbericht Deutschland 1999,
Schneider Verlag Hohengehren,
Baltmannsweiler 1999

DM 25,--

Der **Suchtbericht Deutschland 1999** ist eine Zusammenstellung von Fakten und Zahlen über die Verbreitung des Konsums und der negativen Folgen der häufigsten psychoaktiven Substanzen in Deutschland. Alkohol, Tabak, Medikamente und illegale Drogen werden behandelt.

Das Buch wendet sich an interessierte Laien sowie an Lehrer und Eltern, die sich über die Situation anhand von Fakten informieren wollen. In mehr als 300 Grafiken werden die wesentlichen Tatsachen und Trends dargestellt.

Der Suchtbericht wurde im Rahmen der Aufgaben der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) in Lissabon erstellt. Grundlage sind Daten aus den Jahren 1997 und 1998.

Die Autoren sind Mitarbeiter des Instituts für Therapieforschung, München (IFT).

Das IFT ist neben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einer der deutschen Knotenpunkte der EBDD. Der **Suchtbericht Deutschland 1999** stellt eine Vertiefung zum Jahrbuch Sucht (Neuland-Verlag) der DHS dar.

Susanne Nowitzki-Grimm, Peter Grimm
Mensch, bist Du dünn!

Ein Programm für Leute, die gerne ein paar Kilo mehr auf die Waage bringen würden.

Schneider-Verlag. Hohengehren,
Baltmannsweiler 1994

DM 20,--

Schlank sein gilt bei uns nach wie vor als Schönheits- und Gesundheitsideal. Die Angebote, dieses Ziel zu erreichen, sind ebenso vielfältig wie allgegenwärtig.

Dass es auch Personen gibt, die sich mit ihrem niedrigen Körpergewicht nicht wohlfühlen, erscheint vielen undenkbar. Entsprechend dünn gesät sind Informationen und Angebote zum Zunehmen.

Angesprochen sind Erwachsene jeden Alters, die sich mit ihrem Körpergewicht nicht wohl fühlen und gerne ein paar Kilo zunehmen würden – allein oder in der Gruppe.

Das Ziel des Programms ist es nicht, in möglichst kurzer Zeit viel Gewicht zuzulegen. Das ist auch leichter gesagt als getan – denn vergleichbar mit "Übergewichtigen" berichten viele "Niedriggewichtige" von unzähligen erfolglosen Versuchen, ihr Wohlfühlgewicht zu erreichen.

Ziel des Programmes ist es, Impulse zu geben, das Gewicht langsam zu steigern. Das Programm leitet dazu an, die individuellen Ursachen für das niedrige Gewicht zu erforschen, Alternativen zu finden und sie vor allem im Alltag umzusetzen.

Das Programm leitet dazu an, den individuellen Energiebedarf zu ermitteln, eine individuelle Nahrungsmittelauswahl und ein individuelles Ernährungsverhalten zu erarbeiten und dabei langfristig die Veränderungen zu festigen.

Das Programm ist **nicht geeignet für Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimie**. Der bei diesen Erkrankungen notwendige komplexe therapeutische Ansatz würde den Rahmen des Programms sprengen.

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. (Hrsg.),

Suchtprävention im Kinder- und Jugendschutz - Theoretische Grundlagen und Praxisprojekte,

Bonn 1999, 104 Seiten, DM 5.-

(Die Publikation ist gegen Rechnung beim Herausgeber zu beziehen, Staffelpreise auf Anfrage.)

Bestellanschrift:

Bundesarbeitsgemeinschaft
Kinder- und Jugendschutz e.V.
Haager Weg 44
53127 Bonn
Tel.: 0228-29 94 21 / 29 93 59
Fax: 0228-28 27 73
E-Mail: BAJ-bonn@t-online.de

In der Reihe Modelle, Dokumente, Analysen legt die Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz hier eine informative Sammlung von Beiträgen zum Thema Suchtprävention vor.

Namhafte Autoren wie Klaus Janke, Klaus Hurrelmann, Barbara Tilke, Traudel Schlieckau und andere verbinden in dem Heft die theoretischen Grundlagen moderner Suchtprävention mit Praxisbeispielen aus der suchtpreventiven Arbeit der Landesstellen Jugendschutz.

Auf wenigen Seiten erhalten die Leserinnen und Leser kompakt, prägnant und sachkundig Informationen zu den Grundlagen und Zielen der Suchtprävention vor dem Hintergrund einer Analyse aktueller Jugendkulturen.

Die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Prävention wird ebenso reflektiert wie die grundlegende Frage, was Prävention überhaupt ausmacht, wenn sie in dem primärpräventiven Hauptanliegen aufgeht, die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen zu fördern.

Die Schrift plädiert für eine Aufhebung der Trennung in Primär- und Sekundärprävention, da in der Jugendarbeit wie im Schulbereich weibliche und männliche Jugendliche anzutreffen sind, die legale oder illegale Drogen ignorieren, ausprobieren, gelegentlich konsumieren oder sogar regelmäßig nehmen.

Die Praxisbeispiele geben Einblick in die Arbeit der Landesstellen Jugendschutz und berichten von der Suchtprävention im Kindergarten, von der Arbeit in der Eltern- und Lehrerbildung, der peer-group-education, bis zur Suchtprävention im Betrieb an Hand eines Beitrags über Azubis bei VW.

Abgerundet wird das Heft durch eine Liste ausgewählter Materialien der Landesstellen Jugendschutz mit Bestellanschriften und Preisangaben.

4.3.

Marina Horbatsch

Links zum Thema Essstörungen im Internet

@ www.neuland.com/adressen/index.htm

Eine gute Übersicht mit Links zum Thema Essstörungen, weiteren Literaturhinweisen sowie Verweisen auf Zeitschriftenartikel, Forschungsstudien, Therapiemöglichkeiten und -einrichtungen; die Seite des Neuland Verlags bietet Newsgroups, Mailinglisten, Chats etc.

@ www.fz-ess-stoerungen.de

die Seite des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen, Hansaallee 18, 60322 Frankfurt, Tel.: 069 - 55 01 76, Fax: 069 - 5 96 17 23

Neben Therapie und Beratung werden auch Fortbildungen und Seminare angeboten. Eine eigene Schriftenreihe widmet sich ebenfalls dem Thema.

Die Fortbildungen haben sowohl theoretische Fragen von Essstörungen/-sucht, ihren Erscheinungsformen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten zum Inhalt, als auch praktische Selbsterfahrung.

Zielgruppe sind Fachkräfte, die im psycho- und sozialtherapeutischen Bereich arbeiten: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Therapie- und Beratungseinrichtungen, Fachkräfte im klinischen Bereich und in freien Praxen, Ernährungsfachleute u.a.m.

Aktuell bemüht sich das Frankfurter Zentrum für Ess-Störungen um die Realisierung des Projektes "Jugend mit Biss – Prävention von Essstörungen an Frankfurter Schulen".

@ www.magersucht-online.de

@ www.bulimie-online.de

Beide websites bieten Informationen zur Magersucht resp. Bulimie, zusammengestellt von Betroffenen für Betroffene.

Angeboten werden neben einer umfassenden Literaturübersicht u.a. ein Diskussionsforum, Mailing-Listen und ein Online-Chat zum Thema. Neben Berichten Betroffener steht u.a. auch ein Archiv mit Presseartikeln zur Verfügung.

Insgesamt eine sehr gute Übersicht, umfassend und informativ.

@ www.Hungrig-Online.de

ist die gemeinsame Kommunikationsplattform von Magersucht-Online und Bulimie-Online.

@ <http://www.wegbegleiter.de>

bietet eine Mailingliste zum Thema Essprobleme an, sowohl für Betroffene als auch Angehörige und Freunde Betroffener.

E-Mail: essprobleme@nettefreunde.de

Schützendes Fett
Isolierendes Fett

Trennt die Außenwelt
Schmerzen federn ab auf dieser weichen, kompakten, elastischen, flexiblen
Schicht
Wie bei einer Sprungmatte im Sport

Ich nehme sie wahr, aber die Giftpfeile dringen nicht bis in mein Innerstes vor
Ich sehe sie
ich höre sie, wie sie durch die Luft sausen
wie sie sich ihren Weg
scharf schneidend und trennend bahnen
um mich zu treffen

Ich wehre sie ab,
baue mein Polster auf und pflege es

Schützendes Fett
Isolierendes Fett

Gefangene des eigenen Körpers
Ich komme nicht heraus - noch nicht
meine Ausbruchsversuche scheitern kläglich
inzwischen bin ich Fachfrau in puncto Diäten, gesunde und vollwertige Ernährung
sowie Meisterin in der Selbsterfahrung des Scheiterns

Wenn meine körperliche Hülle sich direkt um mich legt
ohne Zwischenpolsterung
habe ich Angst vor dem Gefühl, so direkt und unmittelbar mit der Außenwelt in
Verbindung zu stehen und mit ihr Kontakt zu haben
Meine Haut ist dünn - vielleicht platzt sie eines Tages unter diesem Druck
dieser Spannung, die sich über die Jahre immer stärker aufgebaut hat
je ausgestopfter ich mich fühle, umso stärker entlädt sich das ganze Fett in
reißende Fluten
fließt unter mir hinweg und verschwindet im Gulli
schwimmt oben
auf dieser stinkenden fauligen Brühe
direkt hinein ins seelische Klärwerk
verläßt diese Stätte in kleinen Einheiten portioniert
neu geformt
nach Größe und Farbe sortiert

Sabine Naumann-Cleve

4.4.

Gudrun Riedinger

Medien zu den Themen "Essstörungen" und "Geschlechterrolle"*im Verleih der Bildstellen in Baden-Württemberg***1. Medien zum Thema "Essstörungen"**

-  **42 02541 Magersucht** - Im Kampf mit dem eigenen Körper
2000
22 Min
S. 1, S 2
Der Film versucht Verständnis für das Wesen dieser Krankheit zu wecken und Wege aufzuzeigen, wie die Krankheit überwunden werden kann.
-  **42 02542 Bulimia nervosa** – Wenn Essen zum Zwang wird
2000
22 Min
S. 1, S 2
Der Film findet einen sensiblen Zugang zu dieser Krankheit, ihre Ursachen und Auswirkungen und zeigt den Zusammenhang zur „Schwesterkrankheit“ Magersucht.
-  **42 55292 Ich will die Leere füllen, Therapie**
1992
27 Min
EB
Das Video zeigt Therapieerfahrungen von Sandra (17 Jahre) und Andrea (36 Jahre), die beide unter Bulimie leiden.
-  **42 55293 Ich find' mich zum Kotzen schön, Bulimie**
1992
32 Min
EB
Der Film beschreibt die Lebenssituation zweier Bulimikerinnen (18 und 36 Jahre alt).
-  **42 55294 Weiblichkeit ist eine ominöse Sache**
1992
27 Min
EB
Im Video wird über Formen von Essstörungen wie Mager- und Fresssucht berichtet. Eine Expertin erklärt Symptome und Ursachen.
-  **42 59263 Süß-Stoff oder wenn Hungern und Essen zur Sucht wird**
1993
37 Min
EB
Der Film möchte Einblick geben in die Erkrankungen Magersucht, Bulimie und Abführmittelmissbrauch. Interviews mit Betroffenen und Therapeuten sollen informieren.
-  **42 61827 Süß-Stoff, wenn Essen ein Problem ist**
1994
42 Min
S 2, EB
Es werden Einblicke in die Erkrankung der Magersucht, Bulimie und Abführmittelmissbrauch gegeben. Der Film regt zur Diskussion über die verschiedenen Arten von Essstörungen an.
-  **42 66533 Durch Dick und Dünn**
1995
11 Min
S 2, EB
Was ist Magersucht, wie kommt es dazu, was kann man dagegen tun und was ist Bulimie? In einer knappen Collage liefert der erste Beitrag die wichtigsten Schlagwörter für einen jugendgemäßen Einstieg in das Thema. Der zweite Beitrag dokumentiert im Rückblick, wie Julias Magersucht verlief und wie eine Spezialklinik ihr den rettenden Ausweg finden half.
-  **42 82481 Wenn die Psyche leidet**
1991
15 Min
S 2
Der Mensch und sein Körper – kranke Seele, kranker Körper
Die Reportage geht der Frage nach, inwieweit psychische Faktoren Wohlbefinden und Gesundheit beeinflussen, ja sogar zu manifesten, lebensbedrohlichen Erkrankungen führen können. In drei Fallbeispielen werden diese Zu-

sammenhänge dargestellt und interpretiert.



2000
45 Min
S 2

Esstörungen

Der aid-Videofilm will Betroffenen und ihren Angehörigen Hintergrundinformationen liefern, zum Nachdenken anregen, Verständnis für das Leid der Kranken fördern, aber auch Mut machen. Zahlreiche Betroffene kommen zu Wort und schildern bewegend ihre Erfahrungen, aber auch ihre Fortschritte in der Therapie und ihre Vorstellungen von Zukunft.

Beim Institut für den Wissenschaftlichen Film erhältlich (<http://www.iwf.de>) :



1989
16mm-Film
oder Video
(37 Min.)
zum
Verleih
oder
Verkauf

Gerlinghoff, Monika (München); Backmund, Herbert (München):

Magersucht - Pathogenese einer Krankheit:

Beispielhafte Alltagssituationen einer vierköpfigen Familie versuchen zu verdeutlichen, welche Faktoren die Entstehung einer Magersucht (Anorexia nervosa und Bulimie) begünstigen können. Im Tagesablauf einer Magersüchtigen werden typische Verhaltensmuster und die Symptomatik beschrieben.

Betroffene äußern sich rückblickend zu ihrem Krankheitserleben.

2. Medien zum Thema "Geschlechterrolle"



42 51582
1987
15 Min
S1

Der Zweikampf

Ein elfjähriges Mädchen besucht in den Ferien den gleichaltrigen Vetter. Dieser hat sich gegenüber früher verändert, spielt jetzt lieber mit seinen Freunden als mit einem Mädchen. So beginnt die bisher unbefangene Kinderfreundschaft sich zu lösen, typische Konflikte zwischen Jungen und Mädchen in der Vorpubertät tauchen auf.



42 51882
1985
148 Min
EB

Die Farbe Lila

Die Geschichte einer Emanzipation. Die junge Celie wird mit 14 an einen Witwer mit vier Kindern verheiratet. Erst die Freundschaft mit einer Blues-Sängerin bietet ihr die Möglichkeit, der Enge und Unterdrückung des Alltags zu entfliehen. Nach einem Roman von Alice Walker (Originalfassung s. 42 53815, 4850017).



42 56780
1992
30 Min
S2

Frauensache

Die Erfahrungen und Gefühle von Mädchen und Frauen stehen im Mittelpunkt. Sie sprechen von ihrer ersten Regel, dem wachsenden Busen, über das verrückte Auf und Ab ihrer Gefühle, die vorsichtigen Schwärmereien und die Entdeckung der Lust am eigenen Körper, das Ende ihrer Kindheit im Elternhaus und die Suche nach einer neuen Frauenrolle jenseits der Klischees (s. a. 42 58085).



42 58085
1993
52 Min
S 2

Das erste Mal, Teil 1; Frauensache, Teil 2

In Interviews berichten Jungen und Mädchen über ihre Ängste, Wünsche, Aufregungen und Sehnsüchte bei ihren ersten sexuellen Kontakten. Der 2. Teil beschreibt die Probleme junger Mädchen und Frauen in der Zeit ihrer körperlichen Reifung (s.a. 42 56779, 42 81284, 42 58086/87 + Buch 01050109).














42 60157
1991
15 Min
S 2

Zum Glück nur ein Traum

Was wäre wenn ...? z. B. die Rollen von Mann und Frau vertauscht wären? Im Film verkörpert die Frau gekonnt den lateinamerikanischen Macho, der Mann hingegen verkümmert in der Rolle der Frau. Ein lustiger und zugleich unheimlich provokativer Film zur traditionellen Geschlechterrolle, der zum Nachden-

mein provokativer Film zur traditionellen Geschlechterrolle, der zum Nachdenken zwingt.

-  **42 60196 Stumme Liebe**
1994
8 Min
S 2
Ein kurzer Flirt auf der Rollschuhbahn, ein Mädchen neckt einen Jungen. Er startet einen ersten, unbeholfenen Annäherungsversuch. Nach einem Kuss möchte der Junge mehr. Dem Mädchen geht das alles zu schnell - sie ergreift die Flucht.
-  **42 60198 Die doppelte Charlie**
1994
30 Min
S 2
Charlie ist ein Mädchen, sieht aber aus wie ein Junge. Sie fühlt sich auch so, obwohl sie in Wirklichkeit Charlotte heißt. Alle halten sie, auch auf Grund ihrer Kleidung, für einen Jungen, was sie eigentlich gar nicht so stört. Bis eines Tages ein Junge auftaucht. Im Zusammenhang mit ihm entdeckt sie, wie gerne sie ein Mädchen ist.
-  **42 60664 Powermädchen**
1994
44 Min
S 2
Der Beitrag der Sendereihe „Moskito“ zeigt Portraits sehr unterschiedlicher Mädchen mit unterschiedlichen Lebensauffassungen und Vorstellungen. Cartoons und Musikclips verbinden die einzelnen Personenbilder in witziger Weise und greifen Aspekte von Frauenbildern und Rollenklischees auf.
-  **42 62394 Kerle**
1995
44 Min
S 2
In der für die Sendereihe „Moskito“ eigenen Manier (szenische Darstellung, Comics, Videoclips, Interviews) wird die Sozialisation von Jungen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Es geht dabei ebenso um gesellschaftliche Rollenerwartungen wie um Vorstellungen vom „Mann-Sein“ bei Jungen und Mädchen.
-  **42 62665 Gewalt macht Angst macht Gewalt**
1996
13 Min
S 1
Der Film montiert gewalttätige Konflikt-Szenen aus dem Alltagsleben von 12 – 14jährigen mit Ausschnitten aus „ihren Gewaltfilmen“. Dabei werden die Parallelen zwischen ihrem Verhalten und Gewalt-Bildern sichtbar. So können die Zuschauer (geschlechtsspezifisch differenziert) direkt nachvollziehen, wie sehr sie selbst, vor allem die Jungen, die Gewaltstrukturen aus ihrem Medien-Konsum übernehmen.
-  **42 66711 Frauenbilder verändern sich**
1999
15 Min
S 2
Geschichte der Bundesrepublik
Der Film stellt die Wandlungsfähigkeit gesellschaftlicher Leitbilder in Abhängigkeit von der jeweiligen politisch-wirtschaftlichen Situation dar: vom Bild der selbständigen Nachkriegsfrau über die klassische Frauenrolle in den 50er Jahren, die sexuelle Befreiung und die Emanzipationsbewegung.
-  **42 8115 Frauenbilder verändern sich**
2000
15 Min
S 2
Geschichte der Bundesrepublik
Text und Inhalt wie 42 66711
-  **42 81598 Rollenspiele, Sozialverhalten**
1997
30 Min
S 2
Liebe, Leben, Lampenfieber; 4teilige Serie
Vier Jugendliche, Renan, Sherry, Vincent und Friedemann, verbindet der Spaß und die Freude am Theater. Was sie trennt, sind ihre unterschiedlichen Lebenserfahrungen, Wünsche und Hoffnungen. Ihre Probleme sind bestimmt von der Suche nach Identität und Eigenständigkeit, Toleranz und Verantwortung. Dies ist eine Serie für Kinder und Jugendliche, die ihnen Problembewusstsein und Orientierung zugleich bietet und sich von den gängigen Fernsehmustern abhebt.

-  **42 81599 Bauchtänze**
1998 Schulfunkserie „Liebe, Leben, Lampenfieber“
30 Min Text siehe 42 81598
S 2
-  **42 81600 Brücken bauen, Toleranz**
1998 Schulfunkserie „Liebe, Leben, Lampenfieber“
30 Min Text siehe 42 81598
S 2
-  **42 81601 Bauchtänze, Gleichberechtigung**
1998 Schulfunkserie „Liebe, Leben, Lampenfieber“
30 Min Text siehe 42 81598
S 2

5.1.

Langzeitstudie der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg zur Magersucht

Die Redaktion des Informationsdienstes zur Suchtprävention hatte im vergangenen Jahr die Gelegenheit, mit Dr. Stephan Zipfel, Oberarzt in der Abteilung Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg, zu sprechen. Herr Dr. Zipfel ist zusammen mit anderen Heidelberger Wissenschaftlern Verfasser einer Langzeitstudie zur Magersucht, die im letzten Jahr über die Fachöffentlichkeit hinaus große Beachtung in den Medien fand. Dr. Zipfel erläuterte in dem Gespräch die Ergebnisse der im Folgenden beschriebenen Langzeitstudie.

Als Konsequenz der Studie, so Dr. Zipfel, gibt es eine gute und eine schlechte Nachricht.

Die gute Nachricht lautet: die Hälfte aller untersuchten Frauen, die an Magersucht erkrankt waren, konnte wieder als völlig geheilt angesehen werden.

Die schlechte Nachricht lautet: fast 16% der an Magersucht erkrankten Frauen starben an ihrer Krankheit.

Oder anders ausgedrückt: Heilung ist in vielen Fällen möglich, aber die Wahrscheinlichkeit, an der Krankheit Magersucht zu sterben, ist größer als allgemein angenommen wird.

Da die Heilungschance mit einem möglichst frühzeitigen Behandlungsbeginn steigt, kommt der Prävention und Früherkennung große Bedeutung zu. Dr. Zipfel begrüßte daher ausdrücklich die Bemühungen der Schule, zur Prävention von Essstörungen beizutragen und wenn möglich, betroffene Mädchen und junge Frauen in Therapieeinrichtungen zu vermitteln.

Die Ergebnisse der Studie im Einzelnen können der nachfolgend abgedruckten Presseerklärung der Universität Heidelberg entnommen werden. Sie ist auch im Internet unter <http://www.uni-heidelberg.de/presse/news/2003anorex.html> nachzulesen.

Heidelberger Langzeitstudie zeigt, dass Frauen oft Jahrzehnte unter Magersucht leiden

Studie im Lancet Research Letter vorgestellt: "Der Langzeitverlauf der Anorexia nervosa: Ergebnisse einer Untersuchung 21 Jahre nach Erstbehandlung" – Autoren: Stephan Zipfel, Bernd Löwe, Christine Buchholz, Deborah L. Reas, Hans-Christian Deter, Wolfgang Herzog
(<http://www.thelancet.com>)

In den vergangenen Jahren wurde eine beachtliche Anzahl von Studien zum Langzeitverlauf von Anorexia nervosa publiziert. Diese Studien zeigen, dass eine Besserung der Symptomatik oder eine Heilung viel Zeit brauchen und oft erst Jahre nach Behandlungsbeginn erreicht werden. Angesichts dieser Erkenntnis fällt auf, dass die Studien zumeist nur einen kurzen Beobachtungszeitraum einschließen und wenig Informationen über somatische Variablen enthalten. Aus diesem Grunde untersuchten Wissenschaftler der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg in einem multidimensionalen Design Patientinnen mit Anorexia nervosa 21 Jahre nach der Erstbehandlung. Die Ergebnisse wurden nun im Lancet Research Letter veröffentlicht.

Eine durch vorherige Längsschnitt-Untersuchungen gut dokumentierte Stichprobe von 84 Patientinnen mit Anorexia nervosa, die nach den Kriterien von Feighner (1972) diagnostiziert war, wurden nach einer mittleren Periode von 21,3 Jahren erneut untersucht. Zum Einsatz kamen ein psychiatrisches Interview, Fragen zur medizinischen Anamnese, standardisierte psychologische Fragebögen, eine Blutentnahme, eine Knochendichtemessung sowie bei einem Teil der Patientinnen eine Magnetresonanztomographie des Schädels.

Von der Ausgangsstichprobe waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 16,7% der Patientinnen (=14) verstorben. Von den noch lebenden Patientinnen konnten 90% (=63) für die Nachuntersuchung gewonnen werden. Die Patientinnen waren im Mittel 41,9 Jahre alt. Eine komplette Untersuchung wurde bei 65,1% (=41) der Patientinnen durchgeführt. Die restlichen Patientinnen wurden mit Fragebögen oder Telefoninterviews untersucht.

Ergebnisse

14,3% der Patientinnen (=12) mit einer Anorexia nervosa verstarben an den direkten Folgen der Erkrankung. Dies entspricht einer fast zehnfach erhöhten standardisierten Mortalitätsrate. Zwei ehemalige Patientinnen waren aus anderen Gründen verstorben (metastasiertes Rektumkarzinom, Asthmaanfall). Die häufigsten Todesursachen waren Infektionen, Dehydratation und Suizid. Zum Todeszeitpunkt lag bei den meisten Patientinnen das Vollbild einer Anorexia nervosa vor. Somit stellt die Anorexia nervosa in diesem Altersspektrum die psychosomatische/ psychiatrische Erkrankung mit der schlechtesten Prognose dar.

Bei den überlebenden Patientinnen waren in den meisten Fällen nicht mehr alle diagnostischen Kriterien für eine Anorexia nervosa vorhanden. Drei Patientinnen wurden als "Eating disorder not otherwise specified (EDNOS)" klassifiziert. Bei sieben Patientinnen lag eine Anorexia nervosa, purging type, vor. Nur bei einer Patientin wurde eine Anorexia nervosa, restricting type, diagnostiziert. Gleichzeitig fand sich eine große Gruppe von Patientinnen (20.8%, n=16) mit mittlerem Verlaufsergebnis, bei denen zwar nicht die Volldiagnose einer Anorexia nervosa vorlag, die aber dennoch an einigen Symptomen einer Anorexia nervosa litten. Bei 50.6% der überlebenden Patientinnen (=39) kann von einem guten Verlaufsergebnis ausgegangen werden.

Hinsichtlich der psychosozialen Situation der ehemaligen Patientinnen fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit gutem, mittlerem und schlechtem Verlaufsergebnis. Die Teilgruppe mit einem schlechten Verlauf hatte im Durchschnitt 99 Fehltage/Jahr im Vergleich zur Gruppe mit partieller Heilung, bei der im Schnitt noch 40 Fehltage/Jahr zu verzeichnen waren und der gesunden Gruppe mit durchschnittlich 4 Fehltagen. Auch in den Bereichen Arbeitsfähigkeit, Familienstand und psychosoziales Funktionsniveau wurde eine hohe psychosoziale Desintegration bei den Patientinnen mit persistierender Anorexia nervosa deutlich.

Als signifikante Prädiktoren für den Verlauf der Ess-Störung konnte die Dauer bis zur Aufnahme in eine spezialisierte Einrichtung, die Schwere der psychologischen und sozialen Einschränkung als auch der Subtypus der Anorexia identifiziert werden. Gewichtsspezifische Parameter wie Ausgangsgewicht und die Gewichtsentwicklung während des initialen stationären Aufenthaltes waren weitere signifikante Prädiktoren für den Verlauf der Ess-Störung.

Schlussfolgerungen

In dieser Studie wurde der Langzeitverlauf der Anorexia nervosa bei ursprünglich 84 Patientinnen dargestellt. Die Teilnahmequote lag bei 90%. Es zeigte sich eine hohe, mit Anorexia nervosa assoziierte Mortalität (15.6%). Bei 10.4% der überlebenden Patientinnen muss auch noch nach 21 Jahren die Volldiagnose von Anorexia nervosa gestellt werden, 20.8% der Patientinnen zeigten ein mittleres Verlaufsergebnis, während bei 50.6% der Überlebenden von einer vollständigen Heilung ausgegangen werden kann. Zwischen den drei Verlaufgruppen fanden sich signifikante Unterschiede hinsichtlich Arbeitsfähigkeit, Familienstand und psychosozialem Funktionsniveau im Sinne der Erwartungen.

Insgesamt belegen die Ergebnisse die Schwere und Chronizität der Anorexia nervosa. Die Ergebnisse verweisen auf die große Bedeutung frühzeitiger Identifikation und effektiver Behandlungsstrategien dieser Störung.

(**ā** **Pressestelle der Universität Heidelberg**)

Rückfragen bitte an:

Dr. med. Stephan Zipfel (Oberarzt der Abteilung)

Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg,
Abteilung Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin
(Ärztl. Direktor: Prof. Dr. W. Herzog)

Tel. 06221 568669 oder 562764, Fax 06221 565988

E-mail: stefan_zipfel@ukl.uni-heidelberg.de

oder:

Dr. Michael Schwarz

Pressesprecher der Universität Heidelberg

Tel. 06221 542310, Fax 542317

michael.schwarz@rektorat.uni-heidelberg.de

Ebenfalls zum Thema findet man auf den Internetseiten der Universität Heidelberg aus der Zeitschrift **Ruperto Carola 3/2000** einen Artikel von Dr. Stephan Zipfel und Prof. Wolfgang Herzog (Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik, Abteilung Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin), Webanschrift:

http://www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/ruca3_2000/zipfel-herzog.html

In der gleichen Ausgabe findet sich der ebenso lesenswerte Artikel "**Die abhängige Erlebnisgesellschaft: Sucht als neues Forschungsfeld**" der Autoren Prof. Dr. Karl Mann, Lehrstuhl für Suchtforschung der Universität Heidelberg am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Telefon (0621) 1703944, Fax 1703945, e-mail: sucht@as200.zi-mannheim.de, und Prof. Dr. Rainer Spanagel, Abteilung Psychopharmakologie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J5, 68159 Mannheim, Telefon (0621) 1703833, Fax (0621) 1703837,

e-mail: psymail@as200.zi-mannheim.de unter der Webadresse:

http://www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/ruca3_2000/mann.html

wir schauen uns an
schauen uns prüfend in die Gesichter
sie
ernst reif erwachsen und erfahren
mit wissenden und wachen Augen
schlank

fremde Schwester

das wilde Ungeheuer ist nur das ungezügelte, ungezähmte Bild, das ich mit mir
herumtrage
dem ich Nahrung gebe

ich gebe die Macht
mich zu besitzen
mich zu zerstören
mich zu verlieren

fremde Schwester
begleite mich
nimm mich an deine Hand
ich nehme deine Hand
lass uns gemeinsam gehen

Sabine Naumann-Cleve

5.2.

Präventionsforschung: Studie zum Thema "Schutzfaktoren"

In der amerikanischen Zeitschrift **Character Educator** wurde in der Ausgabe Vol. 8, No.2, Spring 2000 ein Artikel von Eric Schaps vom Developmental Studies Center unter dem Titel "Community in School: A Key to Violence Prevention, Character Formation, and More" veröffentlicht. Der nachfolgende Beitrag ist eine kurze Zusammenfassung dieses Artikels.

Die Schulgemeinschaft: ein Schlüssel zur Gewaltprävention und Charakterbildung

In einer äußerst umfangreichen Studie (Resnick et. al., 1997) wurden 12.000 Schüler der Altersgruppen 13 – 18 Jahre in Einzelinterviews über ihre Erfahrungen mit acht verschiedenen Problembereichen befragt, die für Jugendliche mit hohen Gesundheitsrisiken verbunden sind (high risk areas). Diese Bereiche waren: Gewalt, Selbstmordversuche, psychische Krisen, Alkoholkonsum, Kiffen, Rauchen, Sexualverhalten und (frühe) Schwangerschaft.

Die Jugendlichen wurden zu einer Vielzahl von Faktoren befragt, die nach Auffassung der Forscher als Schutzfaktoren gegen die Gefahren dieses Risikoverhaltens wirksam sein könnten.

Nur zwei Schutzfaktoren stellten sich als im hohen Maße wirksam gegen die Mehrzahl der genannten riskanten Verhaltensweisen heraus (mit Ausnahme der frühen Schwangerschaft):

- Ein Faktor war die Verbundenheit mit der und die Einbindung in die Familie (connectedness to family): das Gefühl von emotionaler Nähe und die Fürsorge von Eltern und anderen Familienmitgliedern.
Je stärker sich die Jugendlichen in diesem Sinne mit ihrer Familie verbunden fühlten, desto weniger zeigten sie riskante Verhaltensweisen.
- Der andere Hauptschutzfaktor war die Einbindung in und Verbundenheit mit der Schule (connectedness to school): das Gefühl von emotionaler Nähe zu Menschen in der Schule, das Gefühl, von Lehrern gerecht behandelt zu werden, das Gefühl, Teil der Schulgemeinschaft zu sein.

Die Forscher stellten fest, dass Erzieher nicht viel ausrichten können, wenn es darum geht, dass Jugendliche ein Verbundheitsgefühl mit ihrer Familie entwickeln sollen, aber die Lehrer und Erzieher können eine Menge tun, um die Verbundenheit der Schüler mit der Schulgemeinschaft zu fördern.

Auch andere Forschungsergebnisse zeigen, dass die Stärkung des Gemeinschaftssinns der Jugendlichen in der Schule eine dauerhafte und grundlegend positive Auswirkung auf ihre Persönlichkeitsentwicklung hat, ihr Verhalten in Schule und Unterricht verbessert und die Gewaltbereitschaft außerhalb der Schule vermindert. (Battistich et. al., 1997)

Die Präventionsprogramme der Vergangenheit (sex education, drug education, social learning, violence prevention, suicide prevention), die in den oft vollgepackten Schultag integriert werden mussten, trugen vielfach zu einer Überforderung und Vereinzelung der Lehrer bei.

Die Forscher plädieren dafür, dass sich die Lehrer darauf konzentrieren sollen, den Gemeinschaftssinn ihrer Schüler zu stärken und die Verbundenheit mit der Schulgemeinde zu fördern. Damit würden sie den ganz normalen Schulalltag zu einem grundlegenden Präventionsprogramm machen.

Projekte zur Charakterbildung in den USA wie das Child Development Project (CDP) wurden von den Wissenschaftlern E. Schaps et. al. wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Auch dabei stellte

sich heraus, dass die Entwicklung von Gemeinschaftssinn und die Verbundenheit mit der Schule eine Vielzahl positiver Effekte hat. Schülerinnen und Schüler, die an diesen Projekten teilnahmen, zeigten im Vergleich zu anderen

- eine deutlich höhere Lernmotivation,
- mehr Freude am Lernen,
- mehr Vertrauen in und Respekt gegenüber ihren Lehrern,
- besseres Sozialverhalten,
- mehr Hilfsbereitschaft,
- bessere Konfliktlösungsfähigkeiten

und in den höheren Klassen

- signifikant weniger Alkohol- und Marihuanakonsum,
- geringfügig weniger Tabakkonsum,
- geringere Delinquenz.

Die Gründe für dieses positivere Verhalten der Jugendlichen sind vor allem darin zu finden, dass die Kinder und Jugendlichen in den Schulen, die besonderen Wert auf die Entwicklung eines gemeinsamen Schulethos, eines stärkeren Gemeinschaftsgefühls legen, bessere Lernerfolge und Schulleistungen zeigen und die gruppendynamischen Prozesse in der peer group die positiven Effekte eher verstärken.

Nähere Information über das Child Development Project (CDP) findet man im Internet auf der Homepage des Developmental Studies Center (DSC) unter der Webadresse <http://www.devstu.org>

Literatur:

1. Battistich, V. Schaps, E. Watson, M., Solomon, D. & Lewis, C. (in press). Effects of the Child Development Project on students' drug use and other problem behaviors. *Journal of Primary Prevention*.
2. Resnick, M. et al. (1997). Protecting adolescents from harm, Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association*, S. 278, 823-832.
3. Schaps, E., Battistich, V & Solomon, D. (1997). School as a caring community: A key to character education. In A. Molnar (Ed.), *The Construction of Children's Character, Part II, 96th Yearbook of the National Society for the Study of Education*. Chicago: University of Chicago Press.

Broschüre des MädchenGesundheitsladens Stuttgart

Essen macht satt?!



Tanja 14 Jahre alt und Lisa, 13 Jahre alt, sind Freundinnen und treffen sich im Bus auf dem Weg zur Schule.

Lisa: Hey Tanja, wie siehst du denn aus? Blonde Haare???

T: Findest du es nicht gut?

L: Na-ja!

T: Sandra hat gesagt, sie findet es klasse. Sie meint, die blonden Haare passen doch irre gut zu meinen blauen Augen. - Weißt du, ich brauchte einfach mal was auffälliges .

L: Wieso denn das?

T: Na, wegen Thorsten.

L: Meinst du den aus der 10.? **T:** Ja, den finde ich zu süß. Ich glaub, der steht auf blond.

L: Ach Tanja, sag bloß, du hast dir die Haare nur wegen diesem Typen gefärbt? **T:** Nein, natürlich nicht. Ich finde es halt schön so.

L: Also mir hast du vorher besser gefallen, irgendwie natürlicher. Aber du mußt es ja selber wissen -und eigentlich ist es mir auch egal, wie du aussiehst, ich finde dich sowieso in Ordnung.

Tanja hast du übrigens Lust, heute zu unserem girl-power Auftritt zu kommen?

T: ähm, ähm....., Lisa, sei mir nicht böse, aber ich hab den Jungs versprochen heute beim Training im fit & fun mitzumachen.

L: Ach Tanja, in letzter Zeit verbringst du fast jede freie Minute in diesem Fitnessstudio!

T: Komm du doch auch mal mit, dir könnte es auch nicht schaden, wenn du mal ein bisschen trainieren würdest.

L: Na vielen Dank für das Kompliment. Wie war eigentlich deine letzte Mathearbeit?

Lisas Gedanken auf dem Weg zur Klasse:

Tanja ist manchmal echt gemein. Die mit ihrem blöden Fitneßstudio.... Aber vielleicht hat sie ja recht? Aber mich abschnitten? Wofür denn? Für diese Angeber dort?



Was heißt hier schön?

Bei uns sollen und wollen Mädchen und Frauen schlank und fit sein. Wer dieses Schönheitsideal nicht erfüllt, also eher eine ganz normale weibliche Figur hat, kräftig oder sogar dick ist, wird von anderen häufig kritisiert.

Viele Mädchen wollen dem Schönheitsideal auch deshalb entsprechen, weil sie denken, als schlankes Mädchen beliebter und selbstbewusster zu sein. Schlankheit wird in unserer Gesellschaft als Rezept für Glück und Erfolg vermittelt. So kommt es häufig zu dem Glauben: "Bin ich erst schön und damit schlank, bin ich auch zufrieden, erfolgreich und glücklich."

Wann hast Du Dich das letzte Mal schön gefühlt?

Für viele Mädchen spielt die Frage, ob sie mit ihrem Äußeren bzw. ihrer

Figur zufrieden sind ab dem Beginn der Pubertät eine immer wichtigere Rolle. Viele wünschen sich, bei Jungs gut anzukommen und wollen auch für sie attraktiv sein.

Für wen willst Du schön sein?

Was als attraktiv und schön gilt, verändert sich im Laufe der Jahre. Noch vor 100 Jahren hätte ein dickes Mädchen dem geltenden Schönheitsideal entsprochen. Und heute? Heute ist es ein Mädchen mit Untergewicht.

Ein Schönheitsideal, das für alle gelten soll, führt auch dazu, dass die persönlichen und damit unterschiedlichen Voraussetzungen, die jede mit bringt, übersehen oder aber negativ bewertet werden.

Unter den Augen der Models, die von den Werbeplakaten herab lächeln, hoffen viele das gewünschte Ideal zu erreichen. Sie sind bereit, dafür reich-

lich Zeit und Energie zu investieren, viel Geld auszugeben und manche körperliche Tortour in Kauf zu nehmen.

Wieviel Zeit verbringst Du täglich vor dem Spiegel?

Wieviel Geld gibst Du monatlich für Kosmetikartikel aus?

Es ist ein schwieriger und deshalb meist langer Weg zu lernen, mit sich und seinem Aussehen, mal mehr und mal weniger, zufrieden zu sein.

Wirke ich arrogant, wenn ich mit meinem Aussehen und meiner Figur zufrieden bin?



Lisa: Hi Tanja, wie war es gestern bei dir im fit & fun?

T: Och, ganz gut, aber ich bin nicht so lange geblieben - Thorsten wollte mich noch anrufen.

L: Wie hast du denn das geschafft, dass der dich anruft?

T: Ach so ein Mist, nichts habe ich geschafft. Gewartet habe ich. Zwei Stunden lang habe ich vor diesem blöden Telefon gesessen.

Es ist ihm wahrscheinlich etwas dazwischen gekommen oder er findet mich total blöd und ruft deshalb nicht an. Was meinst du?

L: Ach, der findet dich sicher gut, aber auf die Typen ist einfach kein Verlass.

Aber weißt du Tanja, was ich nicht begreife, dass du zwei Stunden am Telefon sitzt und auf diesen dämlichen Anruf wartest. Was hast du denn die ganze Zeit gemacht??

T: Ähm, ich, och ich habe Fernseh geuckt, Chips gegessen, ne Cola getrunken, halt so rumgehangen.

L: Na, dann ging's dir ja noch ganz gut.

T: Nee, überhaupt nicht. Ich war total wütend auf mich, weil ich wieder so viel gegessen habe, ich war so voll danach. Kein Wunder, dass Thorsten mich nicht anruft, so eine fette Kuh findet der sowieso nicht gut.

Essen macht satt!?

Essen bzw. Nicht-Essen hat nicht nur etwas mit Nahrungsaufnahme oder Hungergefühlen und Satt-Sein zu tun. Wir treffen uns zum Essen mit Freundinnen und Freunden oder wenn es etwas zu feiern gibt.

Viele Menschen essen aber auch aus Langeweile oder ohne zu wissen, warum sie eigentlich gerade essen. Oder sie essen, wenn es ihnen nicht gut geht, wenn sie wütend oder traurig, vielleicht auch ärgerlich oder verletzt sind. Das Essen wird dann als Ersatz eingesetzt.

Manche Mädchen müssen in bestimmten, für sie schwierigen Situationen entweder immer essen oder aber sie können dann gar nicht mehr essen. Viele Mädchen erleben das Essen aus Frust als persönliches

Versagen, was häufig zu noch mehr Frust führt.

Dieses ersatzweise Essverhalten kann zur Gewohnheit werden, aus der sich eine Essstörung entwickeln kann.

Die eigenen unterschiedlichen Gefühle überhaupt zu spüren und mit ihnen umzugehen, ist allerdings gar nicht so einfach. Man weiß zwar: "Mir geht es schlecht", kann aber häufig gar nicht sagen, warum eigentlich. Und das kann dazu führen, dass nicht klar ist, was sich wie verändern müsste bzw. wer sich wie verhalten sollte, damit sich die Situation für das Mädchen verbessern kann.

Gefühle kann man besser wahrnehmen, wenn man die eigenen Wünsche und Bedürfnisse, und damit sich selbst, ernst nimmt.

Wie gehst du mit deinen Gefühlen um?

Wann warst du das letzte Mal richtig wütend, enttäuscht oder traurig?

Merken andere Leute, wie es dir wirklich geht?

Was machst du, wenn du traurig, wütend, enttäuscht oder glücklich bist?

Was unternimmst du, um deine Wünsche zu verwirklichen?



Fängt so alles an?

- Lisa:** Tanja, sag mal ganz ehrlich, findest du mich zu dick?
T: Neeiin, ich finde deine Figur passt zu dir.
L: Aber schon etwas zu dick, stimmt's?
T: Naja, vielleicht ein bisschen.
L: Ich glaub, ich muss doch mal abnehmen.
T: Wieso denn, du bist doch total nett, und das ist doch wichtig.
L: Von wegen total nett, wie ist es denn mit dir Tanja? Du zählst doch jede Kalorie, die du zu dir nimmst!
T: Ich fühl mich eben nicht gut, wenn ich zuviel esse.
L: Ja vielleicht, aber seit ein paar Wochen ist es bei dir echt extrem geworden. Du gehst ja nicht mal mehr mit Eis essen.... und neulich bei Sandra auf der Party habe ich, ich muss es dir jetzt wirklich mal sagen, da habe ich den Verdacht gehabt, dass du nach der Pizza auf dem Klo gekotzt hast.
T: Ja und? Mir war halt schlecht.
L: Wirklich???

Ab wann bin ich essgestört?

Viele Mädchen achten darauf, was und wieviel sie essen. Sie vermeiden beispielsweise das Essen von Süßigkeiten oder verzichten regelmäßig auf ihr Abendessen. Andere wieder versuchen ihr Gewicht durch eine Diät zu verringern. Kontrolle beim Essen und einschränkendes Essverhalten während einer Diät sind aber noch keine Essstörung.

Aber: Kontrolliertes Essen und Diäten bringen den Körper durcheinander. Die Körpersignale Hunger und Sattsein werden nicht beachtet, der Körper kann somit seinen Bedarf nicht mehr selbst regulieren, der Stoffwechsel verändert sich.

Eine Diät kann den Einstieg in eine Essstörung begünstigen. Das Essen oder Nicht-Essen kann eine Bedeutung im alltäglichen Leben bekommen, die über die Nahrungsaufnahme und den genussvollen Umgang mit dem Essen hinausgeht. Das Essen oder Nicht-Essen kann zum Maßstab werden für das Gefühl der eigenen Wertigkeit und Selbstzufriedenheit.

Von einer Essstörung spricht man, wenn mehrere der folgenden Punkte zutreffen:

- wenn sich deine Gedanken sehr viel ums Essen oder Nicht-Essen drehen
- wenn dein Gewicht, deine Figur zum Mittelpunkt deines Lebens wird
- wenn du vor einer Gewichtszunahme große Angst hast
- wenn du versuchst, dein Gewicht durch strenges Hungern, Viel-Essen und/oder absichtliches Erbrechen zu verringern
- wenn du versuchst, dein Gewicht durch Abführmittel oder Appetitzügler zu verringern.
- wenn du dich ständig überisst, indem du sehr viel und große Mengen isst
- wenn du dich sehr häufig wiegst und sich deine Tagesstimmung je nach Gewichtsangabe deutlich verbessert oder verschlechtert
- wenn du unabhängig von einer Krankheit sehr viel abgenommen hat und damit deutlich unter dem Durchschnittsgewicht deiner Klassenkameradinnen liegst
- wenn deine Periode aufgrund der unregelmäßigen Ernährung ausbleibt

Ein paar Tage später... in der Pause auf dem Schulhof

Tanja: Hallo Lisa. Kann ich dich mal sprechen?

L: Na klar Tanja, was gib't's?

T: Lisa, neulich, als du mich wegen der Party bei Sandra angesprochen hast, du weißt schon wegen dem Essen, hab ich doch gesagt, dass mir schlecht war. Das stimmte nicht.

L: Das hab ich mir gleich gedacht.

T: Jaah. (Seufz!) Ich mach das jetzt schon seit beinahe einem halben Jahr, das mit dem Spucken.

L: Warum machst du das denn?

T: Wenn ich so viel gegessen habe, fühle ich mich so voll und mein Bauch ist so dick, das kann ich gar nicht leiden, deshalb spucke ich lieber alles raus.

L: Ihh, findest du das nicht eklig?

T: Doch schon, aber ich will nicht so dick werden.

L: Ach Tanja, du siehst doch super aus. Und außerdem hast du mir selber gesagt, dass es wichtig ist, ob man nett ist.

T: Ja, dass stimmt ja auch, aber ich will trotzdem eine gute Figur haben und nicht zunehmen.

L: Ach Tanja, mich nervt das blöde Abnehmen und Theater um die Figur, was alle grad machen. Ich hab mich ja auch schon verrückt gemacht.

hin!



T: Ja, du hast ja vielleicht recht, aber ich kann da nichts dran machen, ich mach es immer wieder Aber ich möchte ja auch, dass es aufhört mit dem Spucken.

L: Tanja, ich habe mal von einer Beratungsstelle gehört, wo Frauen sind, die sich mit so Essproblemen auskennen, da könntest du doch mal hingehen. Wenn du möchtest, kann ich mitkommen.

T: Ich überleg es mir mal, Lisa. Aber erzähl bitte niemandem davon, ja?

L: Klar Tanja. Und - ich bin sicher, du kriegst das schon wieder hin!

Welche Essstörungen gibt es?

Es gibt verschiedene Formen und Ausprägungen von Essstörungen: **Magersucht, Ess-Brech-Sucht und Ess-Sucht**. Viele Mädchen sind von ihnen betroffen.

Bei der Magersucht (Anorexie) wird durch Nicht-Essen, extreme sportliche Betätigung oder auch durch Medikamente das Körpergewicht stark reduziert. Zu den körperlichen Folgen zählen das Ausbleiben der Periode, Kreislaufbeschwerden, Verdauungsstörungen, Organschäden bis zu lebensbedrohlichen Stadien.

Die Ess-Brech-Sucht (Bulimie) kennzeichnet sich durch Heißhungeranfälle, bei denen sehr große Nahrungsmengen aufgenommen werden, und anschließend selbst herbeigeführtem Erbrechen. Zu dem Erscheinungsbild gehören aber auch Phasen des Hungerns, strengen Diäthaltens und möglicherweise der Missbrauch von

Abführmitteln. Die Folgen der Ess-Brech-Sucht sind unter anderem Schäden an der Speiseröhre, Zahnschäden, Verdauungsstörungen.

Die Ess-Sucht (Adipositas) beschreibt ein Essverhalten, bei dem man sich dauerhaft überisst. In Form von Heißhungeranfällen, "pausenlosem" Essen oder nächtlichem Essen werden große Nahrungsmengen aufgenommen, die bei weitem den körperlichen Bedarf überschreiten.

Essstörungen sind keine Ernährungsstörungen und haben auch nichts mit Appetitmangel zu tun. Essstörungen sind ein körperlicher Ausdruck für Schwierigkeiten und Konflikte, die Mädchen in der Zeit der Pubertät erleben können.

Warum ein Mädchen eine Essstörung entwickelt, kann verschiedene Ursachen haben. Neben gesellschaftlichen Aspekten, wie dem strengen Schönheitsideal, können

schwierige Familienbeziehungen und frühe Kindheitserfahrungen Erklärungen sein. Bei der Suche nach einem Weg aus der Essstörung gibt die persönliche Lebensgeschichte mit den eigenen Erfahrungen, Problemen, Konflikten und Verletzungen wichtige Hinweise.

Essstörungen sind ernstzunehmende "Störungen", bei denen man fremde, professionelle Hilfe in Anspruch nehmen darf und dies auch tun sollte.

Wenn ihr selbst betroffen seid oder eine Freundin mit einer Essstörung habt, könnt ihr in Stuttgart in den **MädchenGesundheitsLaden** kommen und euch beraten lassen.

Ihr könnt aber auch in eurem Landkreis den oder die Beauftragte/n für Suchtprophylaxe anrufen und nach einer Beratungsstelle in eurer Nähe fragen. Die Telefonnummern und Kontaktadressen findet ihr auf der nächsten Seite. *

Der **MädchenGesundheitsLaden e.V.** ist eine Beratungsstelle für Mädchen und junge Frauen zwischen 10 und 20 Jahren.

Mädchen und junge Frauen können im **MädchenGesundheitsLaden** Tipps und Informationen zu ganz persönlichen Fragen bekommen und über ihre Sorgen und Probleme sprechen.

Mädchen können mit uns reden über

- die körperliche Entwicklung, Sexualität, Verhütung und Verhütungsmittel, Aids....
- Schmerzen während der Periode oder andere körperliche Beschwerden....
- Essstörungen....
- Probleme mit den Eltern, der Freundin, dem Freund oder andere Sorgen...
- Anmache- und Gewalterfahrungen...
- wer sonst weiterhelfen kann, z.B. Therapieeinrichtungen...

Der **MädchenGesundheitsLaden** ist von Dienstag bis Donnerstag jeweils von 11.00 bis 18.00 Uhr geöffnet.

Während dieser Zeit können Mädchen und junge Frauen zur Beratung kommen (günstig ist eine vorherige telefonische Terminvereinbarung) oder uns auch telefonisch erreichen.

Neben dem Angebot der Beratung bieten wir auf Anfrage Gruppenveranstaltungen für Mädchen aus Schulklassen, Wohngruppen, Jugendhäusern, Mädchentreffs usw. an. Die Themen richten sich nach den Wünschen der Mädchen....

In unserem Programm gibt es auch Veranstaltungen zum Sich-Wohl-Fühlen wie zum Beispiel Tanz, Kosmetik herstellen oder Selbstverteidigung.

Für Multiplikatorinnen und interessierte Frauen bieten wir Fortbildungen zu Themen wie Pubertät, Körperidentität, Sexualität von Mädchen, Essstörungen, Methoden der Mädchenarbeit, usw. an. Elternabende in Schulen, Kindergärten oder anderen Einrichtungen sind ebenfalls Bestandteil unseres Angebots.

*Die Kontaktadressen in eurer Nähe:

Aalen	Berthold Weiß	07361.503.293
Baden-Baden	Steffen Miller	07221.931.445
Balingen	Josef Huber	07433.921.564
Böblingen	Joerg Litzenburger	07031.663.538
Esslingen	Elke Klös	0711.3902.2571
Freiburg	Uwe Müller-Herzog	0761.201.3754
Friedrichshafen	Christine Bakalski	07541.204.121
Göppingen	Uschi Saur	07161.202.652
Graben-Neudorf	Matthias Haug	07255.7602.0
Heidelberg	Jürgen Höing	06221.58.3175
Heilbronn	Martina Groeh	07131.56.3566
Karlsruhe	Dieter Moser	0721.133.5395
Konstanz	Johannes Fuchs	07531.800.782
Künzelsau	Joachim Armbrust	07940.9221.18
Lörrach	Gisela Schleidt	07621.410.264
Ludwigsburg	Brigitte Bartenstein	07141.144.2476
Mannheim	Marcus Miertsch	0621.293.9337
Offenburg	Antonio Vetrano	0781.805.376
Pforzheim	Annette Kurth	07231.308.75
Ravensburg	Roland Gburek	0751.85.445
Schwäbisch Hall	Herbert Obermann	0791.755.454
Stuttgart	Susanne Keefer	0711.2167765
Ulm	Gabriele Joanni	0731.185.1406
Waldshut	Rudi Kappeler	07751.86.133

Die Broschüre für Mädchen kann unter der folgenden Anschrift bestellt werden:

MädchenGesundheitsLaden

Lerchenstraße 54

70176 Stuttgart

Tel.: 0711-233 99 82

Fax: 0711-226 25 67

e-mail: maedchengesundheitsladen@t-online.de

5.4.

Hinweis auf Beratungsstellen

Die Anschriften und Rufnummern der

- Psychosozialen Beratungsstellen,
- Drogenberatungsstellen,
- Jugend- und Drogenberatungsstellen und anderer Beratungsstellen

können den örtlichen Fernsprechbüchern entnommen werden.

Auf der Internetseite der Informationszentrale gegen Vergiftungen des Landes Nordrhein-Westfalen findet sich ein Verzeichnis aller Drogenberatungsstellen in Deutschland:

<http://www.meb.uni-bonn.de/giftzentrale>