



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung  
Diplomstudiengang Soziale Arbeit

# **PRÄVENTION VON ESSSTÖRUNGEN „ESS O ESS – GESUNDE LEBENSLUST“**

## **D i p l o m a r b e i t**

zur

**Erlangung des akademischen Grades**

**Diplom Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin**

**urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0173-2**

Vorgelegt von: Susanne Peters

Betreuer: Prof. Dr. Peter Schwab  
Prof. Dr. Sigrid Haselmann

Tag der Einreichung: 27.05.2008

## Inhaltsangabe

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Thematik „Prävention von Essstörungen“ unter dem Augenmerk der Essgewohnheiten von Schülern im Landkreis Müritz.

Der Literaturteil gibt einen kurzen Überblick über die Thematik „Streben nach dem Ideal“, „Störungsbilder von Essstörungen“ und „Prävention im Allgemeinen“.

Der zweite Teil ist eine empirische Erhebung zum Essverhalten von Schülern. An dieser Analyse haben 1096 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 9 bis 11 Jahren teilgenommen.

## **Danksagung**

Ich möchte mich im Vorfeld bei allen Menschen bedanken, die mich beim Schreiben dieser Diplomarbeit unterstützt haben.

Ein besonderer Dank geht hierbei an meine Mentorin Nicole Sanmann (Diplom Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin). Sie hat mir geholfen eine berufliche Orientierung zu finden und ihrer Arbeit mit Essgestörten hat mich inspiriert über die Thematik „Prävention von Essstörungen“ zu schreiben.

Großer Dank gilt auch den teilnehmenden Schülern, welche die empirische Erhebung erst möglich gemacht haben.

Neubrandenburg, den 27. Mai 2008

---

<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Das Streben nach dem Ideal</b> .....	<b>3</b>
1.1. <b>Schlankheitsideal</b> .....	<b>3</b>
1.2. <b>Die Rolle der Medien</b> .....	<b>6</b>
1.3. <b>Die Rolle des Körpers und des Körper selbstbildes</b> .....	<b>7</b>
1.4. <b>Schlankheitsdiäten und gezügeltes Essverhalten</b> .....	<b>8</b>
1.5. <b>Essstörungen</b> .....	<b>10</b>
1.5.1. Definition von Essstörungen.....	10
1.5.2. Risikogruppen .....	11
1.5.3. Erklärungsansätze.....	12
1.6. <b>Multifunktionale Behandlung und Betreuung bei Essstörungen nach S. Baeck</b> .....	<b>17</b>
<b>2. Störungsbilder</b> .....	<b>19</b>
2.1. <b>Anorexia nervosa / Magersucht</b> .....	<b>19</b>
2.1.1. Symptomatik .....	19
2.1.2. Diagnostische Leitlinien / Klassifikation nach DSM-IV.....	20
2.1.3. Ätiologie: Risikogruppen und Verlauf .....	21
2.1.4. Erklärungsansätze.....	22
2.1.5. Folgen .....	25
2.1.6. Behandlungsansätze.....	26
2.2. <b>Bulimia nervosa / Ess-Brech-Sucht</b> .....	<b>29</b>
2.2.1. Symptomatik .....	29
2.2.2. Diagnostische Leitlinien / Klassifikation nach DSM-IV.....	30
2.2.3. Ätiologie: Risikogruppen und Verlauf .....	31
2.2.4. Erklärungsansätze.....	32
2.2.5. Folgen .....	34
2.2.6. Behandlungsansätze.....	35
2.3. <b>Binge-Eating-Disorder / Fress-Sucht</b> .....	<b>36</b>
2.3.1. Symptomatik .....	36
2.3.2. Diagnostische Leitlinien / Klassifikation nach DSM-IV.....	37
2.3.3. Ätiologie: Risikogruppen und Verlauf .....	38
2.3.4. Erklärungsansätze.....	38
2.3.5. Folgen .....	39
2.3.6. Behandlungsansätze.....	40

---

<b>3.</b>	<b>Prävention von Essstörung.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1.</b>	<b>Theorie und Ansätze .....</b>	<b>41</b>
3.1.1.	Modell von Gesundheit und Krankheit.....	41
3.1.2.	Gesundheitsförderung.....	42
3.1.3.	Definition von Prävention .....	43
<b>3.2.</b>	<b>Handlungsansätze für die Prävention von Essstörungen .....</b>	<b>45</b>
3.2.1.	Präventionsansätze.....	45
<b>3.3.</b>	<b>Zielgruppen.....</b>	<b>47</b>
3.3.1.	Kinder und Jugendliche.....	47
3.3.2.	Eltern.....	48
3.3.3.	pädagogische Fachkräfte .....	49
<b>4.</b>	<b>„ESS O ESS – gesunde Lebenslust“ Analyse des Essverhaltens von Schülern im Landkreis Müritz .....</b>	<b>50</b>
<b>4.1.</b>	<b>Gründe für die Analyse.....</b>	<b>50</b>
<b>4.2.</b>	<b>Zielgruppe .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3.</b>	<b>Material und Methodik .....</b>	<b>51</b>
<b>4.4.</b>	<b>Auswertung der Ergebnisse.....</b>	<b>53</b>
4.4.1.	Teil I - Demografische Daten.....	54
4.4.2.	Zusammenfassung.....	57
4.4.3.	Teil II - Essgewohnheiten .....	58
4.4.4.	Zusammenfassung.....	72
4.4.5.	Teil III – Über dich .....	74
4.4.6.	Zusammenfassung.....	89
<b>4.5.</b>	<b>Gesamtauswertung der Analyse.....</b>	<b>90</b>
<b>5.</b>	<b>Schlussteil .....</b>	<b>93</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>98</b>
<b>7.</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>101</b>
<b>8.</b>	<b>Anhang</b>	
<b>8.1.</b>	<b>Schülerfragebogen .....</b>	<b>I</b>
<b>8.2.</b>	<b>Auswertung Essensversorgung .....</b>	<b>IV</b>
<b>8.3.</b>	<b>Kurzkonzept „ESS O ESS – gesunde Lebenslust“ von Nicole Sanmann .....</b>	<b>VII</b>

---

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Schulform.....	54
Abb. 2:	Geschlechterverteilung .....	55
Abb. 3:	Altersverteilung .....	56
Abb. 4:	Was essen die Schüler zum Frühstück?.....	58
Abb. 5:	Essen die Schüler in der Schule Frühstück?.....	60
Abb. 6:	Wo verbringen die Schüler die Frühstückspause?.....	61
Abb. 7:	Wie verbringen die Schüler die Frühstückspause?.....	63
Abb. 8:	Gibt es eine Pausenaufsicht? .....	64
Abb. 9:	Nutzung der Milchversorgung .....	65
Abb. 10:	Nutzung der Mittagsversorgung.....	66
Abb. 11:	Häufigkeit der Inanspruchnahme der Mittagsversorgung.....	68
Abb. 12:	Benotung der Speisen.....	69
Abb. 13:	Gibt es einen Speisesaal? .....	70
Abb. 14:	Zufriedenheit mit der Gestaltung des Speisesaals.....	71
Abb. 15:	Welche Bedeutung hat Essen für die Schüler?.....	75
Abb. 16:	geregelte Mahlzeiten im Elternhaus.....	76
Abb. 17:	Wird regelmäßig gekocht? .....	77
Abb. 18:	Essen mit zur Schule? .....	78
Abb. 19:	Schuldgefühle nach dem Essen.....	80
Abb. 20:	Kennen die Schüler Hunger? .....	82
Abb. 21:	Kennen die Schüler ein Sättigungsgefühl? .....	84
Abb. 22:	Erfahrungen mit Schlankheitsdiäten.....	85
Abb. 23:	Wie viel Geld haben die Schüler zur Verfügung?.....	87
Abb. 24:	Haben die Schüler Hobbys? .....	88

## **Einleitung**

Essstörungen sind aktueller denn je zuvor, viele Hollywoodstars hungern sich auf Haut und Knochen herunter. „Je dünner desto erfolgreicher“ so könnte man das Motto der Filmstars nennen. Das Schlimme an diesem Trend ist, dass viele junge Mädchen sich diesen als Maßstab von Schönheit und Schlankheit setzen. Sie versuchen ihren Stars nachzueifern und die Medien unterstützen sie dabei. Jede Woche gibt es eine neue Wunderdiät, welche eine Gewichtsreduktion von mindestens zehn Pfund innerhalb von 14 Tagen verspricht. Das vorherrschende Schlankheitsideal setzt aber nicht nur die Frauen unter Druck. Es wird auch für Männer immer wichtiger, sportlich und schlank zu sein. Die Medien zeigen durchtrainierte und somit muskulöse Männer, die nur so vor Testosteron strotzen. Der Druck der Gesellschaft immer perfekt sein zu wollen, lässt viele Menschen zu Hungerkuren und anderen Diätmaßnahmen greifen.

Ich möchte in meiner Arbeit auf die Problematik des vorherrschenden Schönheitsideals sowie auf die verschiedenen Essstörungsformen eingehen. Mein Schwerpunkt wird hierbei auf der Prävention von Essstörungen liegen sowie auf der von mir durchgeführten Studie zu den Essgewohnheiten der Schüler im Landkreis Müritz. Im letzten Teil stelle ich ein Pilotprojekt „ESS O ESS – gesunde Lebenslust“ vor.

Kapitel 1 dieser Arbeit gibt zunächst einen Überblick über das vorherrschende Schönheitsideal sowie dessen Veränderung in den letzten Jahrzehnten über die Rolle der Medien und des eigenen Körperbilds sowie der Schlankheitsdiäten. Der zweite Teil des Kapitels beinhaltet eine theoretische Abhandlung mit der allgemeinen Thematik Essstörung, deren Risikogruppen und Erklärungsansätze.

Kapitel 2 gibt einen Überblick über verschiedene Störungsbilder von Essstörungen. Ich gebe einen kurzen Überblick über Symptomatik, Klassifikation, Erklärungs- und Behandlungsansätze. Diese sind in der Präventionsarbeit von großer Bedeutung, da man nur etwas verhindern kann, wenn man weiß, wie es entsteht.

Kapitel 3 befasst sich mit der Thematik „Prävention von Essstörungen“. In diesem Zusammenhang gehe ich kurz auf die Bedeutung von präventiver Arbeit in der Gesundheitsförderung ein. Im zweiten Teil des Kapitels befasse ich mich mit Vorschlägen für Präventionsmaßnahmen zur Minderung der Prävalenz von Essstörungen.

Im Kapitel 4 beschreibe ich das Pilotprojekt „ESS O ESS- gesunde Lebenslust“. Ich habe in diesem Zusammenhang eine Analyse zum Essverhalten der Schüler im Landkreis Müritz durchgeführt. Es soll hier hinterfragt werden, wie die Kinder sich ernähren und welche Gefühle sie beim Essen empfinden.

Im Kapitel 5 befindet sich der Schlussteil. Dieser beinhaltet ein kurzes Resümee zum behandelten Thema.



## 1. Das Streben nach dem Ideal oder Essstörung

Im ersten Kapitel dieser Arbeit werde ich mich mit dem Schönheitsideal sowie der Thematik Essstörungen im Allgemeinen befassen. Dabei werde ich die Rolle der Medien, des Körperelbstbildes und den Schlankheitsdiäten hinterfragen. Im zweiten Teil des Kapitels behandle ich die Entstehung von Essstörung sowie das multifunktionale Behandlungsmodell nach Sylvia Baeck.

### 1.1. Schlankheitsideal

Viele Menschen fühlen sich zu dick. In den Medien sieht man zum größten Teil junge, schlanke und attraktive Menschen, welche nur so vor Lebensfreude strotzen. Es wird uns von Film, Zeitungen und Modenschauen vermittelt, dass man für Erfolg und Attraktivität sowie für persönliches Glück schlank sein muss. Schlankheit ist zum Symbol von dynamischer Leistungsfähigkeit und einem gesunden Lebensgefühl geworden.<sup>1</sup>

Es entsteht ein Streben nach dem Ideal. Dieser Zwang zur Wunschfigur treibt etwa die Hälfte aller Frauen in der Bundesrepublik Deutschland zu Diäten.<sup>2</sup> Pudel und Westenhöfer nennen dies Verhalten „kollektives Diätverhalten“. Es ist ein Phänomen, welches mit dem Wohlstand in den westlichen Industrienationen auftritt. Durch die fortschreitende Industrialisierung kam es in der Nachkriegszeit bis heute zu einem Überfluss an Nahrungsmitteln. Lebensmittelläden wie Supermärkte oder Discounter machen es leicht, immer das zu essen, worauf wir Appetit haben. Mit dem aufsteigenden Wohlstand durch die Industrialisierung wurde auch das Übergewicht zu einem immer größer werdenden Problem. Krankenkassen wie auch Politiker schlugen schon in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts Alarm, denn Übergewichtigen wurde eine hohe Mortalitätsrate nachgewiesen. Es wurden diverse Aufklärungskampagnen gestartet, um die Bevölkerung über die Risiken von Essstörungen zu informieren. Im Zuge dieser Kampagnen kam es dann zur Forderung amerikanischer Versicherungen nach dem „Idealgewicht“ bzw. „wünschenswerten Gewicht“. Auch in der Bundesrepublik Deutschland wurde von der Bevölkerung gefordert, dass sie dem Ideal entspricht. Das Idealgewicht lässt sich aus dem „Normalgewicht“<sup>3</sup> minus 15% bei Frauen und minus 10% bei Männern errechnen. Das Paradoxe an dieser

---

<sup>1</sup> vgl. Pudel/ Westenhöfer, 1998, S. 198

<sup>2</sup> vgl. Fehrmann, 2002, S. 31

<sup>3</sup> Das Normalgewicht errechnet sich aus Körpergröße (in cm) – 100 = Referenzgewicht (in kg).

Forderung ist, dass das Ideal- und Normalgewicht suggeriert wird, jedoch das Ideal nicht dem normalen Gewicht entspricht, sondern darunter liegt. Heute wird das „Idealgewicht“ nicht mehr ein medizinisches Maß verwendet, sondern der Body Mass Index (BMI)<sup>4</sup> gilt heute als international akzeptiertes Mess-System.<sup>5</sup>

### **Das Schlankheitsideal im Wandel der Zeit**

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts galt Körperfülle als Symbol von Wohlstand. „Dicke Silhouetten“ wurden mit Erfolg verbunden, sie galten als gemütlich, humorvoll und ausgeglichen. Hilde Bruch zitiert in diesem Zusammenhang M.F.K. Fischer, welches ich an dieser Stelle ebenfalls mache.

„... jeder von uns in sich einen Hang zur Unersättlichkeit besitzt, potentiell oder tatsächlich... Ich bedauere jeden, der sich diese sinnliche Erfahrung nicht gestattet hat (sich bis zum Platzen vollzustopfen), und wenn auch nur deshalb, um seine ganz persönlichen Grenzen herauszufinden, wo für ihn Feinschmecker-tum aufhört und Gefräßigkeit anfängt... Wahrscheinlich wird dieses Land nie mehr so viele reiche Menschen haben, wie am Ende des letzten Jahrhunderts<sup>6</sup> Kupferkönige, Eisenbahn-Millionäre und dergleichen, die sich buchstäblich zu Tode vollstopfen und so Diamanten-Jim nachahmten, dessen abnorm dicker Bauch so wunderbar mit dieser Epoche übereinstimmt... Es ist der Mühe wert, wo die meisten Ganoven Magengeschwüre haben und zum Mittagessen Kräcker und Milch auf ihren Tisch stehen haben.“<sup>7</sup>

Diese Bild hat sich jedoch in den letzten Jahrzehnten stark verändert, galten noch bis Anfang der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts Personen mit einer „dicke Körpersilhouette“ als verträglich, so sind sie heute unattraktiv, faul und träge. Pudel und Westenhöfer beschreiben in ihrem Buch „Ernährungspsychologie“ eine Untersuchung bezüglich der Attraktivität von fünf stilisierten Körpersilhouetten. Diese Erhebung wurde von Anton-Brandi (1972) durchgeführt und zeigt wie sich das Image von „Dicken“ und „Dünnen“ innerhalb von 18 Jahren verändert hat. Im Folgenden werde ich die prägnanten Veränderungen darstellen.

<sup>4</sup> BMI = (Körpergewicht in kg) / (Körpergröße in m)<sup>2</sup>

<sup>5</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 196

<sup>6</sup> gemeint ist das 18. Jahrhundert

<sup>7</sup> vgl. Hilde Bruch, 2001, S. 35

Zu Beginn der 70er Jahre galten „dicke Silhouetten“ als verträglich und von der Hälfte der Befragten wurde ihnen die meiste Lebensfreude zugeschrieben. Es wollten 40% der Befragten sie als „Freund“ haben. Am Ende des Jahrzehntes Jahre waren die Zahlen dramatisch gesunken, so fanden nur noch 11% der Teilnehmer „dicke Silhouetten“ als verträglich, wogegen es 1971 noch 43% waren. Dicke wollte keiner mehr als Freunde haben. Mit dieser negativen Bewertung/ Diskriminierung der fülligen Personen ging eine zunehmende positive Bewertung der schlanken und mageren Silhouetten einher. Ihnen wurde nun mehr Lebensfreude und Willensstärke zugeschrieben. In den 80er Jahren kam es zu einer Verschiebung des Bildes. Es waren nach wie vor die ganz Dicken out, aber nun waren auch die ganz mageren Abbildungen weniger attraktiv. Auch in der Gegenwart zeigen sich negative Bewertungen von dicken Menschen. So werden dicke Kinder vor allem als träge, faul, gutmütig, aber auch als einsam und freundlich beschreiben. Sie werden oft von ihren Mitschülern gehänselt und von der Gemeinschaft ausgeschlossen. Dünne Kinder und Jugendliche werden hingegen mit Eigenschaften wie zappelig, unruhig und nervös in Verbindung gebracht. Sie sind oft die „Insider“, welche fleißig und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.<sup>8</sup>

Ein niedriges Gewicht ist zu einem Wert von Lebensfreude geworden und wird weniger aus gesundheitlichen Überlegungen angestrebt. Diese Entwicklung ist auch in einer Untersuchung des Frauenmagazins BRIGITTE, in den 35.000 Leserinnen zu ihren Beweggründen für eine Schlankheitsdiät befragt wurden. So hat Schlankheit sehr viel mit der eigenen Akzeptanz des Körpers zu tun. 41,6% der Leserinnen gaben an, „ihren Körper so nicht leiden zu können, wie er ist“, und 33,5% „fühlen sich nicht wohl“. Die Erhebung ergab ebenfalls, dass das Schlankheitsideal bei einem Body Mass Index von 18 bis 20 liegt und somit unter dem Normalgewicht. Es entwickelt sich so eine Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Körpergewicht einer deutschen Durchschnittsfrau und dem Wunschgewicht. Jedoch sind auch viele Männer mit ihrem Gewicht unzufrieden. Pudiel und Westenhöfer verwenden in diesem Zusammenhang die Begrifflich-

---

<sup>8</sup> vgl. Pudiel/ Westenhöfer, 1998, S. 194 ff

keit „kollektive Unzufriedenheit“, d.h. die Mehrheit der deutschen Bevölkerung ist unzufrieden mit dem eigenem Körper und strebt nach dem Ideal.<sup>9</sup>

## 1.2. Die Rolle der Medien

Es hat in den letzten Jahrzehnten eine starke Veränderung des Frauenbildes in den Medien stattgefunden. Neben der medizinischen Sichtweise gewann das Schlankheitsideal eine immer größer werdende Bedeutung. In den fünfziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden Frauen in Zeitschriften als Hausfrau und Mutter dargestellt. Im Laufe der Zeit wurden jedoch die Hollywoodstars und die Models immer dünner. Zwischen 1959 und 1979 ist das Durchschnittsgewicht der Centerfold-Modelle<sup>10</sup> des „Herrenmagazins“ Playboy wie auch das der Teilnehmerinnen an Miss-Amerika-Wettbewerben deutlich gesunken. Es lag jedoch schon 1959 ca. ein Zehntel unter dem Durchschnittsgewicht der amerikanischen Frauen. Im gleichen Zeitraum ist jedoch das Durchschnittsgewicht der Frauen laut den amerikanischen Lebensversicherungen um den gleichen Prozentsatz angestiegen, wie es bei den Centerfolds-Modellen gesunken war. Es kam so zu einem immer größer werdenden Druck in Bezug auf Schlankheit und Idealgewicht.<sup>11</sup>

Den Höhepunkt gab es in den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts und wurde von dem Model „Twiggy“ gekrönt.<sup>12</sup> Hilde Bruch bezeichnet sie als „...unterernährte Göre...“, da sie auf 1,70m nur 42kg wog. Twiggy war für viele Jugendliche ein Vorbild.<sup>13</sup>

Es kam zu einem bis heute anhaltenden „Schönheitsmythos“. Dieser beinhaltet die Aussage, dass Frauen nicht nur gut gekleidet sein müssen, sondern es genau so wichtig ist schlank und jung zu sein. In den letzten Jahrzehnten sind die Maßstäbe für Schönheit und Schlankheit immer starrer geworden. Während Models und Hollywoodstars in den 70er Jahren etwa acht Prozent weniger wogen als die Durchschnittsfrau, sind es heute schon 23%. So verwundert es auch nicht, dass die Medien voll sind von jungen, großen, langbeinigen und sehr

---

<sup>9</sup> vgl. Pudel/ Westenhöfer S. 198

<sup>10</sup> Centerfolds sind Poster von spärlich bekleideten Fotomodellen, die in der Mitte der Hefte eingeklebt waren

<sup>11</sup> vgl. Pudel/ Westenhöfer S.197

<sup>12</sup> vgl. Westenhöfer, 1996, S. 10

<sup>13</sup> vgl. Hilde Bruch, 2001, S. 36

schlanken Frauen. Die Zeitungen vermitteln die Botschaft, dass Schlankheit gleichbedeutend sei mit Glück und Erfolg.<sup>14</sup>

### 1.3. Die Rolle des Körpers und des Körperelbstbildes

Der Körper spielt in der sozialen und individuellen Entwicklung von Geschlechtszugehörigkeit eine große Rolle. Über ihn definiert sich das Mann- oder Frau-Sein. Für die Entwicklung einer geschlechterspezifischen Identität werden Erfahrungen und Inszenierungen in spezifische Körpererfahrungen übersetzt. Es entsteht ein Körperbild, welches „auf Grund der Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Grenze zwischen eigenem Körper und Umwelt entstehende Bild“ beruht.<sup>15</sup> Nach Hilde Bruch entwickelt sich dieses Körperbild im Laufe des Wachstums durch verschiedene Faktoren. Kinder lernen beispielsweise durch Bewegung nicht nur ihre Umgebung kennen, sondern auch ihren Körper und dessen Grenzen. Im Laufe des Wachstums verändert sich die Körperwahrnehmung des Kindes. Diese erweitert sich, bis sie der gegenwärtigen Körperstruktur entspricht.

Die Entwicklung des Körperbildes unterliegt verschiedenen Faktoren. Das Kind nimmt neben den unmittelbaren Umwelteinflüssen auch auf, wie andere Menschen auf seinen Körper reagieren. Es kann dabei ein angenehmes und befriedigendes Bild entwickeln oder zu der Ansicht gelangen, dass sein Körper und dessen Aussehen unangenehm, schmutzig, unanständig oder ekelhaft sind. Im Idealfall sollten Körperbau, Körperbild und soziale Akzeptanz übereinstimmen.<sup>16</sup> Eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung des Körperbildes spielen die Eltern. Oftmals fällt es ihnen schwer, den Körper ihrer Kinder realistisch einzuschätzen. Die Einstellung der Eltern wird in das Körperkonzept der Kinder integriert, d.h., die Einstellung der Eltern zum Körper ihres Kindes hat starke Auswirkungen. So kommt es vor, dass Eltern ihre übergewichtigen Kinder als normalgewichtig ansehen. Es kann aber auch sein, dass normalgewichtige Kinder als zu dick wahrgenommen werden.<sup>17</sup>

Eine falsche Einschätzung des eigenen Körpers kann schwerwiegende Folgen haben. Es kann zu einer Störung in der Wahrnehmung der Körpermasse kom-

---

<sup>14</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 26

<sup>15</sup> vgl. Pschyrembel, 1993, S. 795

<sup>16</sup> vgl. Bruch, 2001, S. 115

<sup>17</sup> vgl. Bruch, 2001, S. 115

men. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer Körperwahrnehmungsstörung oder auch Dismorphophobie. Es ist eine psychische Erkrankung, bei der die Betroffenen ihren Körper als hässlich und entstellt wahrnehmen. Sie empfinden einzelne Körperteile oder auch den gesamten Körper als unattraktiv. Erkrankte Menschen leiden unter zwanghaften Gedanken über ihr Aussehen. Sie müssen ständig ihr Erscheinungsbild überprüfen und reagieren sehr verletzt bei Bemerkungen zu ihrem Äußeren. Diese Menschen meiden oft die Öffentlichkeit bzw. soziale Situationen. Jede Rundung und jedes Gramm kann in diesem Zustand als bizarres Fettsein interpretiert werden. Dieses unberechtigte Gefühl des Zudickseins kann zu unnötigen Diätverhalten führen, welches wiederum durch psychische und physische Faktoren die Körperwahrnehmung weiter verzerren kann.<sup>18</sup>

Eine andere Form der Fehlwahrnehmung ist, dass sich Menschen, die seit ihrer Kindheit fettleibig waren, eine verzerrte Wahrnehmung haben. So sehen sich dicke Personen, welche erst im erwachsenen Alter fettleibig wurden, realistischer als die, die schon seit frühester Kindheit daran leiden. Diese Wahrnehmungsstörung erstreckt sich auch auf die Mütter von fettsüchtigen Kindern, die nicht sehen, dass ihr Kind zu dick ist.<sup>19</sup>

#### **1.4. Schlankheitsdiäten und gezügeltes Essverhalten**

Die Lebensumstände für eine geregelte Nahrungsaufnahme sind heute schwieriger geworden. Es fängt schon in der Schule an, indem die Stunden über die Mittagszeit hinausgehen, und setzt sich im stressigen Arbeitsalltag fort. Den früher üblichen Essenplan, bestehend aus Frühstück, Mittag und Abendbrot, gibt es oft nicht mehr. Essen ist im Alltag oft zur Nebensächlichlichkeit geworden, und für kleine Snacks zwischendurch ist reichlich gesorgt. Man kann kleine Zwischenmahlzeiten an fast jeder Straßenecke kaufen, sei es der Bäcker, Discounter oder das Stadtcafé. Wir werden von der vielseitigen Warenpalette magisch angelockt. Es ist uns also gewährt, immer und überall etwas zu verköstigen. Diese Art der Ernährung kann jedoch leicht zu einem Kontrollverlust führen. Es kommt zu einem ständigen Hin und Her zwischen Wollen, Müssen und

---

<sup>18</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Dismorphophobie>

<sup>19</sup> vgl. Bruch, 2001, S. 119

Nicht-Dürfen. Wir hadern auf der einen Seite mit unserem schlechten Gewissen, und auf der anderen können wir oft nicht der Verlockung widerstehen.<sup>20</sup>

Es kommt somit zu einer Übersättigung unseres Körpers an Energie. Diese wiederum wird dann als Reserve für schlechte Zeiten in Fettdepots angesammelt. Die logische Konsequenz ist eine Diät bzw. gezügeltes Essen. Diät halten ist zu einem weit verbreiteten und selbstverständlichen Gegenstand des Alltags geworden. Umfragen aus den Jahren 1989 und 1990 ergaben, dass etwa jede zweite Frau und jeder vierte Mann der Bundesrepublik Deutschland bereits mindestens eine Schlankheitsdiät gemacht haben.<sup>21</sup> In dem Bemühen das Gewicht zu regulieren werden verschiedene Methoden angewandt. Die am meisten verbreitete Maßnahme ist eine regelmäßige Gewichtskontrolle. In einer Analyse zur Kontrolle der Körperfülle aus den Jahren 1978/79 gaben 26% der Befragten an, sich mehrmals in der Woche zu wiegen. Mehrmals im Monat sind es noch 39%, und lediglich 5% sagten, dass sie ihr Gewicht überhaupt nicht kontrollieren. Die häufigsten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sind hingegen „Friss die Hälfte“ (FdH) mit 55%, Verzicht auf Süßigkeiten mit 28%, und 26% gaben an, auf hoch kalorienhaltige Lebensmittel zu verzichten.<sup>22</sup>

Das Diätverhalten kann zum gezügelten Essen (restrained eating) führen. Es bezeichnet im Wesentlichen die Bemühung, die Nahrungsaufnahme bewusst einzuschränken. Es bedeutet jedoch nicht, dass es dem gezügelten Esser stets gelingt, die Nahrungsaufnahme einzuschränken. Westenhöfer und Pudel definieren in „Ernährungspsychologie“ gezügeltes Essen wie folgt:

„Als gezügeltes Essverhalten (restrained eating) wird ein zeitlich relativ überdauerndes Muster der Nahrungsaufnahme bezeichnet, gekennzeichnet durch kognitive Kontrolle und Übersteuerung physiologischer Hunger- und psychologischer Appetenzsignalen, das auf eine geringe Kalorienzufuhr zum Zweck der Gewichtsreduktion und/oder Gewichtskonstanz zielt.“<sup>23</sup>

Gezügeltes Essen kann zu einem gestörten Essverhalten führen. Es kommt zu Abmagerungskuren. Wenn diese jedoch nicht den erwünschten Effekt erzielen, werden zusätzliche Methoden zur Gewichtsreduktion eingesetzt. Die häufigsten Methoden sind Null-Diäten, Abführmittel, entwässernde Medikamente, exzessi-

---

<sup>20</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 13

<sup>21</sup> vgl. Pudel/ Westenhöfer, 1998, S. 190

<sup>22</sup> vgl. Westenhöfer, 1996, S. 12

<sup>23</sup> vgl. Westenhöfer, 1996, S. 16

ve sportliche Betätigungen und willentliches Erbrechen nach einem zu kalorienhaltigen Essen. Es gibt viele Menschen, die so leben ohne dadurch ernsthafte Schäden davonzutragen.<sup>24</sup>

Diäten, aber auch das gezügelte Essverhalten sind heute so allmächtig und präsent geworden, dass sie von vielen als völlig normal angesehen und mögliche Folgen missachtet werden. Es kann im Zuge von Hungerkuren zu Nährstoffmangel, Unterzuckerung und zu psychischen Auswirkungen wie Depressionen, Konzentrationsstörungen, übertriebener Beschäftigung mit Essen und Nichtessen und zu Heißhungerattacken kommen. Im Weiteren kann es nach einer Diät zu einem „Jojo-Effekt“ kommen, d.h. die Kilos sind schneller wieder auf den Hüften, als man sie sich vorher mühsam abgehungert hat. Das ursprüngliche Gewicht wird somit nach der Beendigung einer Diät in kurzer Zeit wieder erreicht oder überschritten. Im Weiteren kann das gestörte Essverhalten zu einer manifesten Ess-Störung übergehen<sup>25</sup>

## **1.5. Essstörungen**

### **1.5.1. Definition von Essstörungen**

„Das Leben der Betroffenen dreht sich zwanghaft um das Essen oder das Nicht-Essen. Unbeschwertes Genießen, gesunder Appetit und Hunger sind ihnen fremd. Essen ist verbunden mit Scham- und Schuldgefühlen, der Angst zuzunehmen und dem Empfinden zu versagen. Nicht-Essen dagegen bedeutet Stolz, Unabhängigkeit und Macht über den eigenen Körper. Das subjektive Wohlbefinden wird von der Kontrolle des Essverhaltens abhängig gemacht. Das Essen ist vom Lebensmittel zum Lebensmittelpunkt geworden.“<sup>26</sup>

Die Übergänge von „normalen“ zum „krankhaften“ Essverhalten sind oft fließend. Jedoch ist nicht jede Frau magersüchtig, die ihre Nahrung kontrolliert und sich bewusst ernährt. Es liegen auch nicht die Symptome einer Bulimie vor, wenn sich jemand gelegentlich seinen Gelüsten hingibt und sich über die Maße vollstopft. Im medizinischen Sinn sind Essstörungen psychische Erkrankungen. Man unterscheidet im Wesentlichen drei Krankheitsbilder: Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa oder Bulimie) und die Ess-

---

<sup>24</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 13

<sup>25</sup> vgl. Raabe, 2001, S. 28

<sup>26</sup> vgl. Steinhilbers/Becker, 1998, S. 21



Sucht (Binge-Eating-Störung). Diese drei Krankheitsbilder können in unterschiedlicher Häufigkeit ineinander übergehen.<sup>27</sup>

Die drei Störungsformen unterscheiden sich vor allem in ihrem Erscheinungsbild, jedoch haben sie alle etwas gemeinsam. Für die Betroffenen wird das lebensnotwendige Essen ein beträchtliches psychosomatisches Problem, welches oft mit körperlichen, psychischen und sozialen Folgen einhergeht.<sup>28</sup>

Die Diagnosemerkmale der verschiedenen Essstörungsformen werden in den zwei international gebräuchlichen Klassifikationssystemen „International Classification of Diseases (ICD-10)“, welches alle Krankheiten umfasst, und „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)“, welches sich auf psychische Störungen beschränkt, beschrieben. In beiden Klassifikationssystemen sind die verschiedenen Essstörungen in vergleichbarer Weise definiert. Im zweiten Kapitel werde ich näher auf die Störungsbilder eingehen.

### 1.5.2. Risikogruppen für Essstörungen

In erster Linie betreffen Essstörungen Mädchen und junge Frauen zwischen 12 und 25 Jahren. Sehr selten, etwa im Verhältnis 1:20, erkranken auch Jungen. In der Literatur wird die Häufigkeit der Magersucht auf 0,5-1% der Frauen in dieser Altersgruppe von 12 und 25 Jahren, die der Bulimie auf 2-5% geschätzt.<sup>29</sup> Darüber hinaus wird die Magersucht in einzelnen Branchen zu einer Berufskrankheit. Etwa fünf bis sieben Prozent der Models, Balletttänzerinnen und Turnerinnen leiden unter Essstörungen.<sup>30</sup>

Ein viel größerer Teil der Bevölkerung leidet unter Adipositas bzw. krankhaftem Übergewicht. In den USA werden 30 bis 40% der Bevölkerung als übergewichtig bezeichnet, in der Bundesrepublik Deutschland sind es je nach Alter zwischen 5% und 20% der Bevölkerung. Einen „Höhepunkt“ gibt es in der Altersgruppe von 45- bis 64-Jährigen.<sup>31</sup>

Essstörungen treten bevorzugt in bestimmten Gruppen auf, die sich in Geschlecht, Alter und ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit unterscheiden. Magersüchtige sind zu 95% weiblich, zwischen 15 und 23 Jahre alt und gehören zur höheren Mittelschicht. Ess-Brechsüchtige sind zwischen 20 und 30 Jahre alt

---

<sup>27</sup> vgl. Gerlinghoff, 2001, S.14

<sup>28</sup> vgl. Baeck, 2000, S.10

<sup>29</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2001, S. 15

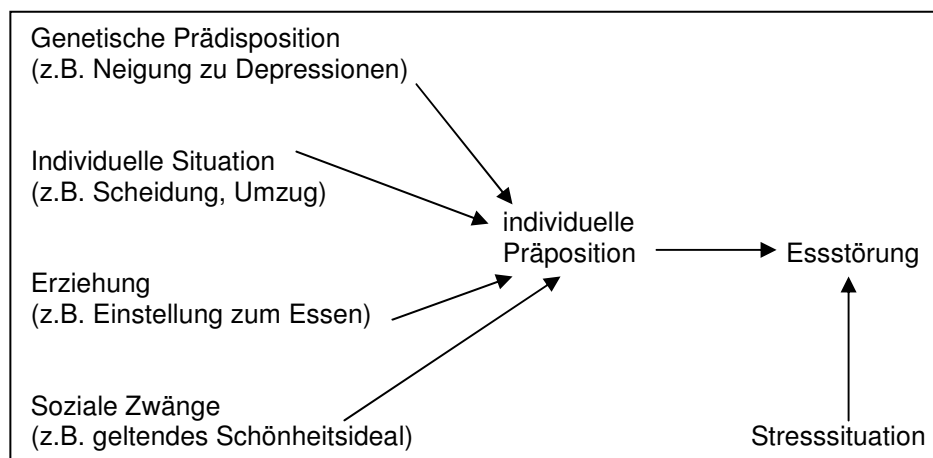
<sup>30</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S. 26

<sup>31</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S. 26

und sind zu 90% Frauen aus der Mittelschicht. Hingegen trifft das Übergewicht nur geringfügig Frauen. Es sind jedoch sechsmal häufiger Frauen aus der Unterschicht als aus der Oberschicht. Der Erkrankungsgipfel liegt hier im Alter von 40 bis 65 Jahren.<sup>32</sup>

### 1.5.3. Erklärungsansätze für Essstörungen

Essstörungen entstehen aufgrund verschiedener Faktoren und können daher nicht auf eine Ursache reduziert werden. Erklärungsansätze basieren auf multi-kausalen Entstehungsmodellen.<sup>33</sup> Diese mehrdimensionalen Modelle beinhalten biologische, individuelle, familiäre und soziokulturelle Einflüsse. Das folgende Modell von Susanne Fehrmann gibt einen Überblick über die Entstehung von Essstörungen.<sup>34</sup>



Fehrmann zeigt in ihrem Modell, dass verschiedenen Faktoren für die Entstehung einer Essstörung aufeinandertreffen. Es sind genetische, individuelle und soziale Faktoren die eine große Rolle spielen. Im Weiteren haben auch Erziehung und Stress einen Einfluss auf die Entwicklung. Jedoch entwickelt nicht jeder Stressgeplagte eine Essstörung, nicht jedes Mädchen, das unzufrieden mit ihrer Figur ist, wird magersüchtig und nicht jeder Übergewichtige leidet unter Essanfällen. Es ist wohl eher eine Kombination aus Genen, Erziehung und individuellen Präpositionen, wie wir essen, und warum einige Menschen erkranken und andere nicht.<sup>35</sup>

<sup>32</sup> vgl. Baeck, 2000, S. 10

<sup>33</sup> vgl. Pudal/Westenhöfer, 1998, S. 226

<sup>34</sup> vgl. Fehrmann, 2002, S. 63

<sup>35</sup> vgl. Fehrmann, 2002, S. 62

Im Weiteren werde ich mich auf die familiären und individuellen Faktoren beschränken, da ich soziokulturelle Einflüsse im Vorfeld schon erläutert habe. Ich behandle die Thematik anhand der Fachliteratur „Was sind Ess-Störungen?“ von Monika Gerlinghoff und Herbert Backmund erklären, da die Autoren aufgrund ihrer täglichen Arbeit einen umfassenden Erklärungsansatz beschreiben.<sup>36</sup>

Biologische und genetische Erklärungsansätze werde ich nicht weiter erläutern, da ich der Auffassung bin, dass diese für die Prävention von Essstörungen weniger relevant sind. Der genetische und biologische Code liegt nicht in unserer Hand, er ist von der Natur gegeben.

### **Familie und Ess-Störungen**

Ess-Störungen treten oft in ganz „normalen“ Mittelstandsfamilien auf, Gerlinghoff und Backmund beschreiben die Familien als „... durchschnittliche Mittelstandsfamilien, die sehr auf gesellschaftliche Normen und Konventionen achten, die Wert auf Ordnung, Pflichterfüllung, Anstand, Leistung und Bildung legen; die bestrebt sind, nicht aufzufallen und keinen Anlass zu Kritik zu geben; Familien, in denen die Rollenverteilung der Tradition entspricht. Der Vater ist der Ernährer, die Mutter übernimmt Haushaltsführung, Kindererziehung und Kontaktpflege mit der Verwandtschaft.“<sup>37</sup>

In den Familien von Essgestörten gibt es eine Vielzahl von Beziehungsstörungen, es fehlen notwendige hierarchische Organisationen und undurchlässige Generationsgrenzen. Es kommt oft zu einer Verwischung der Grenzen. Dies ist vor allem ein Merkmal von Familien, in der ein Mitglied magersüchtig ist. Die durchlässigen Generationsgrenzen sind durch die tonangebenden Großeltern gekennzeichnet, d.h. dass die Eltern der Erkrankten von den eigenen Eltern abhängig sind. Sie suchen nach Anerkennung und Liebe, geben Rechenschaft über ihr Verhalten und ihre Leistungen. Es werden die Vorschriften der Großeltern übernommen, in einigen Familien auch noch dann, wenn diese längst verstorben sind.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 33

<sup>37</sup> zitiert nach Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 33

<sup>38</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 34

Ein weiteres kritisches Merkmal ist die Ehe der Eltern, diese gleicht oft nur noch einer Zweckgemeinschaft. Die Verbindung wird nicht aufgegeben um vor der Gesellschaft das Gesicht zu wahren und nicht mit dem Gefühl leben zu müssen „versagt zu haben“. Mit der Unzufriedenheit in der Ehe wächst wiederum die Durchlässigkeit der Grenzen zwischen Eltern und Kindern. So werden Koalitionen zwischen den Kindern und der Mutter bzw. dem Vater geschlossen, welche jedoch auch oft wechseln. Die Kinder werden zwischen den Elternteilen hin- und hergerissen. Dies scheint besonders auf spätere Magersüchtige zuzutreffen. Sie neigen dazu, Symptomträger der gestörten familiären Beziehungen zu sein. Man spricht hier von einem dysfunktionalen Eltern-Subsystem. Für die Entwicklung von Essstörungen spielen die Geschwisterbeziehungen ebenfalls eine große Rolle. Das Geschwister-Subsystem ist ebenfalls dysfunktional, die Geschwister haben oft nicht die Möglichkeit eine Koalition einzugehen und bleiben sich fremd. Sie entwickeln keine Gemeinschaft oder Freundschaft, sondern werden beherrscht von Gefühlen wie Eifersucht, Neid und Rivalität.<sup>39</sup>

Es kann in Bezug auf Familien mit essgestörten Mitgliedern von einem Idealtypus gesprochen werden. Dieser definiert sich durch das Bestreben der Familie einzusein. Es gibt in den Familien keine Grenzen zwischen den Individuen, so dass Gerlinghoff und Backmund von „ Fusion, Verstrickung und Familienmasse“ sprechen.<sup>40</sup> Es besteht eine sehr starke Bindung innerhalb der Familie. Werte wie Opferbereitschaft, der Verzicht auf eigene Bedürfnisse und Leistungsorientierung werden überbewertet. Ein Ausbrechen aus der Familie oder Individualität wird hingegen nicht gestattet, da dies den starken Familienzusammenhalt definiert.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Entstehung von Essstörungen ist das Familienklima. Es wird stark von den Wertesystemen des Mittelstandes beeinflusst. In dieser Schicht spielen Geld und materieller Wohlstand eine große Rolle. Dies wiederum ermöglicht eine anspruchsvolle Ausbildung der Kinder sowie die Förderung von kreativen und sportlichen Aktivitäten. Ein weiteres Merkmal dieses Wertesystems ist, dass keine Unkosten gescheut werden, den Unterricht für die Luxusaktivitäten zu finanzieren. In den Familien besitzen fast alle Kinder

---

<sup>39</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 35

<sup>40</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 36

ein Musikinstrument, und die Hobbys sind beispielsweise Ballett, Golf, Skilaufen und Tennis.<sup>41</sup>

Ein weiteres Indiz für das dysfunktionale Familienklima ist das Verdrängen von Emotionen. Diskussionen in den Familien sind geprägt von rechthaberischen Debatten und Schwarz-Weiß-Malerei. Es sind auch weniger intellektuelle Auseinandersetzungen, sondern Unwissenheiten und Unsicherheiten werden nicht zugegeben und Meinungsänderungen als charakterlos wahrgenommen. Es werden Streitigkeiten nicht ausgetragen und die Gefühle nicht gelebt. Die Mitglieder sind stolz darauf, sich nicht zu streiten und betonen dies regelmäßig. Unstimmigkeiten werden in den Familien mit lautem und aggressivem Verhalten assoziiert, sind somit vulgär und können zur Trennung der Einheit führen. Es wird somit alles getan, um die Harmonie aufrechtzuerhalten.<sup>42</sup>

Ich möchte an dieser Stelle die Aussage einer Patientin von Gerlinghoff und Backmund zitieren, welche die Situation wie folgt beschreibt:

„Ich habe Gefühle wie Wut, Ärger, Hass jahrelang unterdrückt. Ich habe niemals gelernt, damit umzugehen. Aggressionen wurden in meiner Familie immer als negativ abgewertet. Man hatte nicht aggressiv zu sein, auch wenn man sich noch so sehr ärgerte. Man sollte sich vielmehr zusammenreißen und sich nicht gehen lassen. Ich durfte mich nicht einmal mit meiner Schwester zanken, geschweige denn gegen meine Eltern aggressiv sein. Ich durfte nicht einmal eine andere Meinung haben.“<sup>43</sup>

Das Unterdrücken der Emotionen führt zu erheblichen Spannungen, Gefühlen der Ohnmacht und Abhängigkeit zwischen den Familienmitgliedern. Die angestauten Empfindungen können wiederum bei einigen Patienten zu selbstverletzenden Handlungen führen. Dies Phänomen ist häufig bei Magersüchtigen vorzufinden. Die Betroffenen versuchen durch beispielsweise Abreißen von Finger- und Fußnägeln, Schnittwunden und Zerkratzen von Armen oder anderen Körperteilen ihren Körper zu spüren sowie die angespannten Emotionen abzubauen.<sup>44</sup>

Es entwickeln sich somit andere Ausdrucksformen, um die Schwächen zeigen zu dürfen. In Familien von Essgestörten spielen Krankheiten eine große Rolle.

---

<sup>41</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 37

<sup>42</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 37

<sup>43</sup> zitiert nach Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 38.

<sup>44</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 38

Gerlinghoff und Backmund zitieren hierzu ein Patientin, diese sagte: „Kranksein bedeutet, auf eine gesellschaftliche Art schwach sein zu dürfen.“<sup>45</sup> Die vorwiegenden Erkrankungen sind psychosomatische Störungen wie Entzündungen des Magen-Darm-Traktes und Migräne. Der Umgang mit den Krankheiten ist in den Familien unterschiedlich. In einigen werden die Betroffenen liebevoll umsorgt, und in anderen muss mindesten hohes Fieber vorliegen, damit die Erkrankung anerkannt wird. In den Familien spielt Leiden eine große Rolle, dies lässt sich noch steigern, indem der Betroffene sich zusammenreißt und weiterhin seinen Verpflichtungen nachkommt und somit die Harmonie aufrechterhält.<sup>46</sup>

Durch dieses ständige Streben nach Harmonie und dem Versuch der Aufrechterhaltung der „heilen“ und glücklichen Familie nach außen wird die Familie krank. Die essgestörten Mitglieder sind dann die Symptomträger. Es ist somit der Umgang in den Familien, welcher die Entstehung von Ess-Störungen fördert. Es geht hier um die Wahrnehmung der einzelnen Familienmitglieder, ob diese als Individuen oder Rollenträger gesehen werden. In den betroffenen Familien werden die individuellen Emotionen hinter die Wertevorstellungen der Gesellschaft gesetzt. Die moralische Einstellung führt dazu, dass Eltern mit „dosierter“ Liebe und Zuneigung ihre Kinder manipulieren, um sie zu einen „tüchtigen“ und wohlgerateten Menschen zu machen. Anerkennung, Zuwendung und Liebe werden nur dann erbracht, wenn das Kind die Ansprüche der Eltern erfüllt und somit die Harmonie gewahrt wird.<sup>47</sup>

### **Individuelle Voraussetzungen**

Jeder an einer Ess-Störung erkrankte Mensch bringt für die Entstehung individuelle Risikofaktoren mit. Es wäre sonst nicht zu erklären, warum die Mehrheit der Frauen, obgleich sie den soziokulturellen Einflüssen ausgesetzt sind, nicht erkranken.<sup>48</sup>

Psychische Risikofaktoren sind ein mangelndes Selbstwertgefühl sowie Selbstbewusstsein. Die Betroffenen leiden unter großer Selbstunsicherheit und einer insgesamt gestörten Entwicklung der Identität. Es besteht ein Mangel an der

---

<sup>45</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 40

<sup>46</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 41

<sup>47</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 43

<sup>48</sup> vgl. Pudiel/Westenhöfer, 1998, S. 242

Wahrnehmung der eigenen Körpersignale wie Hunger und Sättigung. Mittels Diäten und Kontrolle des Körpergewichtes versuchen die Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit zu erlangen. Ein weiterer Einflussfaktor ist das Denken und Handeln nach dem „Alles-oder-Nichts-Prinzip“, so essen die Erkrankten entweder gar nichts oder alles.<sup>49</sup>

Pudel und Westenhöfer beziehen sich in Bezug auf die individuellen Voraussetzungen auf die „affektiv-labile Persönlichkeit“ von Paul und Jacobi aus dem Jahr 1986. Diese besagt, dass die Betroffenen unter einer erhöhten Depressivität, geringeren Frustrationstoleranz, mangelnder Impulskontrolle leiden. Im Weiteren können sie nicht mit schwierigen Situationen angemessen umgehen.<sup>50</sup>

Essgestörte, insbesondere Magersüchtige, leiden oft unter einer Körperwahrnehmungsstörung. Die Betroffenen nehmen ihren Körper als hässlich oder entstellt wahr. Sie machen sich oft zwanghaft Gedanken über ihr Aussehen und haben keine oder nur eine geringe Krankheitseinsicht. Die Körperwahrnehmungsstörung kann zugleich Ursache als auch Folge einer Essstörung sein. Es ist eine psychosomatische Störung.<sup>51</sup>

### **1.6. Multifunktionale Behandlung und Betreuung bei Essstörungen nach S. Baeck<sup>52</sup>**

Für die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Essstörungen gibt es verschiedene Gründe. Aus diesem Grund müssen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten ineinandergreifen. Es ist daher notwendig, dass verschiedene psychotherapeutische und medizinische Therapien kombiniert werden. Ob dabei eine stationäre oder ambulante Behandlung erfolgt, muss im Einzelfall entschieden werden. Die Entscheidung hängt von physischen und sozialen Faktoren ab sowie dem seelischen Zustand der Betroffenen. Zu Beginn einer Therapie sollten gemeinsam mit den Patienten persönliche Behandlungsziele aufgestellt werden. Mit Hilfe eines Vertrages zwischen den Essgestörten und dem professionellen Helfer soll ein Einhalten der Vereinbarungen gesichert werden. Eine Behandlung sollte Ziele beinhalten wie Förderung der Krankheitseinsicht, Verstehen der Essstörung als notwendigen Schritt zur Veränderung, Förderung

---

<sup>49</sup> vgl. Baeck, 2000, S. 69

<sup>50</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 242

<sup>51</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Dysmorphophobie>

<sup>52</sup> vgl. S. Baeck, 2000

der Eigenverantwortlichkeit sowie der Selbstständigkeit. Während der Aufarbeitung der Gründe müssen auch die ausschlaggebenden Ereignisse in der Lebensgeschichte hinterfragt werden, um so Gründe für die Entstehung zu erkennen. Ein wichtiger Punkt ist auch das Aufgeben der Symptomatik der Essstörungen und der Aufbau von angemessenen Essverhalten sowie die Erarbeitung von Bewältigungsmöglichkeiten für Krisensituationen. Es ist somit ein multiprofessionelles Behandlungs- und Betreuungsmodell notwendig. Das Zusammenspiel von Klinik, Ärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern in Beratungs- und Betreuungsstellen, Ernährungsangeboten, betreuten Wohnanlagen sowie psychosomatischen Beratungseinrichtungen sollte bei der Behandlung stimmen. Die einzelnen Partner sollten ein Netzwerk bilden.<sup>53</sup>

Die verschiedenen Entstehungsursachen benötigen verschiedene Behandlungen. Die einzelnen Glieder der Behandlungskette setzen verschiedene Schwerpunkte in der Behandlung. So konzentriert sich die psychoanalytische Therapie auf das Bewusstmachen der Entstehungsbedingungen der Störung. Die ambulante Betreuung in den Beratungseinrichtungen soll Informationen an Hilfesuchende weitergeben und die Suche nach geeigneten ambulanten und stationären Therapieplätzen unterstützen. Ärzte sollen den allgemeinen Gesundheitszustand überwachen. In akuten Fällen von beispielsweise Magersüchtigen sollen sie helfen, ein „normales“ Körpergewicht zu erreichen. In betreuten Wohneinrichtungen können die Betroffenen aus dem krankmachenden Umfeld entfliehen und mittels professioneller Unterstützung wieder ein „gesundes“ Verhältnis zum Essen erlernen.<sup>54</sup>

Das Zusammenwirken der einzelnen Elemente kann eine positive Entwicklung auf den Krankheitsverlauf nehmen. In Kliniken kann das ggf. bedrohliche Gewicht, wie zum Beispiel bei Magersüchtigen, stabilisiert werden. Nach einem solchen Klinikaufenthalt kommt es jedoch manchmal zu Wartezeiten für einen Therapieplatz. Durch die ambulante Betreuung kann diese überbrückt werden. Im Weiteren ist auch eine Nachbetreuung wichtig, damit in Stresssituationen schnell Hilfe geleistet werden kann.

---

<sup>53</sup> vgl. Baeck, 2000, S. 82

<sup>54</sup> vgl. Baeck, 2000, S. 84



## 2. Störungsbilder

Im folgenden Kapitel werde ich drei Hauptformen von Essstörungen thematisieren. Der Schwerpunkt liegt im symptomatischen und klinischen Bild sowie den Ursachen für die Entstehung sowie Behandlungsansätze.

### 2.1. Anorexia nervosa

#### 2.1.1. Symptomatik

Die Anorexia nervosa wird auch Magersucht genannt. Es ist eine psychosomatische Erkrankung und wurde erstmals im Jahr 1873 von Ernest-Charles Laséque und William Gull beschrieben. Anorexie ist somit die am längsten bekannte Essstörungsform.

Der Begriff „Anorexia nervosa“ kommt aus dem griechisch-lateinischen und bedeutet „nervlich bedingte Appetitlosigkeit“. Es handelt sich bei dem Begriff jedoch um eine Fehlbezeichnung, denn die Magersüchtigen leiden nicht unter mangelnden Appetit. Im Gegenteil, sie verspüren oft einen sehr großen Hunger, verleugnen diesen jedoch.<sup>1</sup>

Zentrales Merkmal der Magersucht ist eine Verweigerung des Essens. Die Betroffenen nehmen wissentlich über einen längeren Zeitraum keine ausreichende Menge an Nahrung zu sich. Ein weiteres Indiz für die Krankheit ist eine sehr stark ausgeprägte, sogar krankhafte Beschäftigung mit dem Thema Essen. Magersüchtige meiden kalorienreiche Lebensmittel oder lassen ganze Mahlzeiten aus. Dies hat zur Folge, dass sie in kurzer Zeit extrem an Gewicht verlieren. Oft halten Erkrankte ihr Körpergewicht absichtlich unter der altersentsprechenden Norm. Das tatsächliche Gewicht liegt bei den Erkrankten 15 % unter dem zu erwartenden. Anorexiebetreffene haben in der Regel einen Body Mass Index von 17,5 oder niedriger. Jedoch halten sie sich, unabhängig von ihrem Gewicht, als zu dick. Sie leiden unter einer verzerrten Wahrnehmung ihres Aussehens. Dies wird auch als Körperwahrnehmungsstörung bezeichnet.<sup>2</sup> Die Wahrnehmungsstörung wird im International Classification of Diseases (ICD 10)<sup>3</sup> wie folgt definiert: „Die Angst, zu dick zu werden, besteht als tief verwurzelte überwertige Idee. Aufgrund dieser Störung legen die Betroffenen eine sehr niedrige Ge-

---

<sup>1</sup> [http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia\\_nervosa](http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa)

<sup>2</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S.217

<sup>3</sup> International classification of diseases = internationales Klassifikationssystem für Krankheiten

wichtsgrenze für sich fest.“<sup>4</sup> Infolge der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers, bemühen sich die Betroffenen, ihr vermeintlich zu hohes Gewicht mittels exzessiver körperlicher Aktivitäten zu vermindern. Manche Patientinnen verweigern zeitweise die Nahrungsaufnahme vollständig. Das Essen nimmt einen zentralen Stellenwert im Leben der Betroffenen ein. Sie verwenden viel Energie darauf, Hungergefühle zu unterdrücken, oder sie bereiten mit großem Eifer wahres Festmahl für andere zu, an denen sie aber selbst nicht teilnehmen. Trotz ihres Untergewichtes und körperlichen Zustandes haben die Erkrankten oft kein Krankheitsbewusstsein, sie verleugnen die Erkrankung und lehnen eine Behandlung ab.<sup>5</sup>

An Magersucht erkrankte Personen weisen oft einen extremen Perfektionismus in verschiedenen Lebensbereichen auf. Hinzu kommt eine intellektuelle und körperliche Hyperaktivität.

### **2.1.2. Diagnostische Leitlinien / Klassifikation nach DSM-IV<sup>6</sup>**

Im Folgenden werde ich die diagnostischen Leitlinien für Anorexia nervosa nach DSM-IV darstellen. Ich orientiere mich dabei an der Darstellung, welche Pudel und Westenhöfer verwendet haben. Auch bei den zwei weiteren Essstörungen, werde ich die Ausführungen der Autoren nutzen.<sup>7</sup>

Anorexie wird von ihnen wie folgt beschrieben:

- A. Die Weigerung, das Körpergewicht auf oder über einem dem Alter und der Größe entsprechenden minimalen Normalgewicht zu halten. Dies bedeutet, dass ein Gewichtsverlust dazu führt, dass das Körpergewicht bei weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts gehalten wird. Es kommt somit zu einem Ausbleiben der Gewichtszunahme in der Wachstumsphase, welches zu einem Körpergewicht führt, das weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts ausmacht.
- B. Intensive Angst, Gewicht zuzunehmen oder dick zu werden, trotz Untergewicht.
- C. Eine Störung in der Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts oder die eigene Figur zu erleben sowie ein übermäßiger Einfluss von Körperge-

<sup>4</sup> zitiert nach Raabe, 2004, S. 7

<sup>5</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 218

<sup>6</sup> Das Kürzel DSM-IV steht für die vierte Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“. Es ist ein Klassifikationshandbuch für psychische Störungen.

<sup>7</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 220

wicht oder Figur auf die Bewertung der eigenen Person oder Leugnung der Schwere des gegenwärtigen niedrigen Körpergewichts.

- D. Eine Amenorrhoe bei Frauen nach der Menarche, d.h. ein Aussetzen von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen. Dies Kriterium wird dann angenommen, wenn die Periode nur nach Hormoneinnahme, wie zum Beispiel durch Östrogene, auftritt.

Nach DSM IV werden zusätzlich zwei Subtypen der Anorexia nervosa unterschieden: Der „restriktive Typ“ hat in der akuten Phase der Erkrankung keine regelmäßigen Essanfälle und praktiziert nicht regelmäßig abführendes Verhalten wie selbsterbeigeführtes Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika und Einläufen. Der zweite Subtyp ist der „bulimische Typ“, welcher in der gegenwärtigen Phase der Anorexia nervosa regelmäßige Essanfälle aufweist und abführendes Verhalten mittels selbsterbeigeführten Erbrechens oder Missbrauchs von Abführmitteln, Diuretika und Einläufen praktiziert.<sup>8</sup>

### 2.1.3. Ätiologie: Risikogruppen & Verlauf

Anorexia nervosa tritt bevorzugt bei Mädchen und Frauen der Mittel- und Oberschichten von westlichen Industrieländern auf. Die Häufigkeit wird in der Altersgruppe von 12 bis 25 Jahren auf 0,5 bis 1% bei Frauen geschätzt. Die Betroffenen sind vor allem Mädchen und Frauen, der Anteil von Männern wird mit 5 % angegeben.<sup>9</sup>

Pudel und Westenhöfer beschreiben in ihrem Buch „Ernährungspsychologie“, dass die meisten Patientinnen statistisch gesehen im Alter von 17 Jahren erkranken. Es gibt jedoch zwei verschiedene Erkrankungsgipfel im Alter von 14 Jahren und 18 Jahren. Bei einem Auftreten um das 14. Lebensjahr spricht man auch von einer Pubertätsmagersucht.<sup>10</sup>

Der Verlauf und die Prognose von Anorexia nervosa hängt vom Beginn der Behandlung ab. Eine Langzeituntersuchung über 9 Jahre zeigt, dass bei 76 % der Patientinnen eine Normalisierung des Gewichts und der Monatsblutung eintritt. Jedoch sind zwei Drittel der Betroffenen weiterhin stark mit ihrem Gewicht und Diäten beschäftigt. Ein geregeltes und normales Essverhalten zeigt sich bei einem Drittel der Betroffenen. Die Mortalitätsrate liegt unter 5 % in einem Be-

<sup>8</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 220

<sup>9</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000 S. 15

<sup>10</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 225

handlungszeitraum von 5 bis 8 Jahren. Mit steigender Behandlungsdauer bzw. Krankheitsbestehen steigt jedoch die Mortalität, so liegt sie nach 20 Jahren bei 15 % und nach 33 Jahren bei 18 %. Die häufigste Todesursache von Magersüchtigen ist Suizid. Dies lässt sich durch die Begleiterscheinungen von Anorexia nervosa wie Depressionen, Zwangssymptome, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie Schizophrenie erklären. Bei einer unbehandelten Anorexie bleiben bei der Mehrheit der Betroffenen die Symptome bestehen. Die Mortalitätsrate bei nicht behandelten Betroffenen beträgt 12%, und bei 40% verläuft die Krankheit chronisch. Zu einer Spontanheilung in Bezug auf das Körpergewicht kommt es bei 20% bis 30%, jedoch bleiben oft schwere psychische und soziale Schädigungen.<sup>11</sup>

Begünstigend für einen Verlauf der Anorexie ist ein früher Krankheitsbeginn, d.h. junge Menschen haben größere Heilungschancen als ältere. Jedoch ist es auch hier von großer Bedeutung, dass eine Behandlung frühzeitig einsetzt, d.h., es sollte nur ein kurzer Zeitraum zwischen Krankheitsbeginn und Therapie liegen. Ein wichtiger Prozess im Heilungsprozess ist die Aufarbeitung der Missstände in familiären und sozialen Beziehungen. Ungünstig für die Heilung sind ein gestörtes Familienklima, extremer Gewichtsverlust sowie gleichzeitiges Vorliegen von bulimischen Symptomen. Diese Merkmale erschweren im Wesentlichen eine Genesung.<sup>12</sup>

#### **2.1.4. Erklärungsansätze**

Bei der Erläuterung für die Ursachen der Entstehung von Magersucht werde ich mich auf die Aussagen von Hilde Bruch und Monika Gerlinghoff beziehen.

Wie im ersten Kapitel erwähnt, sind Essstörungen Produkte von Verkettungen von Ursachen. Neben einer genetischen Disposition und allgemeinen soziokulturellen Bedingungen sind verschiedene Faktoren für die Entstehung der Krankheit ausschlaggebend. Auslöser liegen oft in den Familien sowie bei verschiedenen Einflüssen in der Pubertät. Aber auch schicksalhafte Ereignisse wie der Verlust einer nahestehenden Person oder der Umzug in eine neue Stadt können eine Anorexie fördern.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S. 39

<sup>12</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S. 40

<sup>13</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2001, S. 64

In meinen weiteren Ausführungen werde ich nicht auf die genetischen und biologischen Faktoren eingehen, sondern meinen Schwerpunkt auf die familiären und individuellen Bedeutungen legen.

### **Familiendynamische Problembereiche**

Nach dem „psychoanalytischen Erklärungsmodell“ liegen viele Ursachen für die Entstehung von Anorexie in der Familie. Der überwiegende Teil der Betroffenen kommt aus der oberen Mittelschicht. Die Familien haben nach außen eine traditionelle Rollenverteilung, d.h., der Vater ist der Ernährer, und die Mutter übernimmt die Kindererziehung sowie die Pflege der gesellschaftlichen Kontakte. Die Familien haben die gesellschaftlichen Normen verinnerlicht und legen einen großen Wert auf Pflichterfüllung, sehr gute Schulleistungen, eine gute Berufsausbildung sowie Karriere. Für die Erfüllung dieser Ziele werden keine Kosten und Mühen gescheut, so dass den Kindern jede erdenkliche Förderung zuteilkommt.<sup>14</sup>

Die Familien sind bestrebt, in der Gesellschaft nicht negativ aufzufallen bzw. einen Anlass für Kritik zu geben. Magersüchtige stammen somit äußerlich gesehen aus beneidenswert gut gelungenen Familien, also einer „Bilderbuchfamilie“.<sup>15</sup>

Hierzu möchte ich die magersüchtige Julia aus dem Buch „Mädchenspezifische Prävention von Ess-Störungen“ von Katrin Raabe zitieren, welche ihre familiäre Situation wie folgt beschreibt.

„Ich bin in einer sehr behütete Familie hineingeboren worden, die zuvor schon vergebliche 10 Jahre um Nachwuchs gekämpft hat und bei der es schließlich durch eine Hormonbehandlung etc. mit dem Nachwuchs geklappt hat. Wir sind eine richtige Bilderbuchfamilie: Meine Eltern haben mit 21 Jahren geheiratet und sind immer noch glücklich miteinander. Meine Eltern haben mich überbehütet, mich verwöhnt, alle Schwierigkeiten von mir fern gehalten und tun heute noch alles für mich. Leider bin ich total unselbstständig geworden, traue mich noch nicht mal Kleinigkeiten zu erledigen, von den wirklich wichtigen Dingen mal ganz abgesehen. Ich habe dadurch so gut wie null Selbstvertrauen.“<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 18

<sup>15</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 33

<sup>16</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 17

Die Aussage von Julia zeigt bildhaft die Struktur und die Beziehungen in einer „Magersuchtfamilie“. Es verdeutlicht, dass innerhalb der Familie eine sehr starke Bindung zwischen den Mitgliedern vorhanden ist. In den Familien sind Werte wie Opferbereitschaft, Verzicht auf eigene Bedürfnisse und Leistungsorientierung von großer Bedeutung und führen zu einem starken Familienzusammenhalt. Individuationsschritte sind jedoch unerwünscht. Die Interaktion dieser Familien zeichnet sich durch ein starkes Harmoniebedürfnis, eine Überfürsorglichkeit sowie die Vermeidung von Konflikten aus. In den Familien gibt es keine klare Hierarchie oder Generationsgrenzen.<sup>17</sup> Nach Gerlinghoff und Backmund sind diese Charaktereigenschaften der Familien die Auslöser für Essstörungen. Man kann jedoch nicht den einzelnen Personen die Schuld für die Entstehung zuweisen, da die Eltern ihrerseits Opfer ihrer Herkunftsfamilien sind. So möchte ich hier eine Patientin des Therapie-Centrums für Essstörung München zitieren, welche sagt: „Ich bin der Überzeugung, dass sich die Magersucht in meiner Familie von Generation zu Generation fortentwickelt hat und bei mir dann schließlich zum Ausbruch gekommen ist.“<sup>18</sup> Essgestörte Familienmitglieder lenken durch ihre Krankheit von den Spannungen und Konflikten in der Familie ab. Dadurch verlieren diese an Bedeutung und müssen nicht mehr gelöst werden. Es ist somit die Lösung des Problems, indem die Symptome auf eine Person verschoben werden.<sup>19</sup>

Neben den familiären Umständen liegen die Ursachen für die Entstehung auch im soziokulturellen Bereich sowie in traumatischen Trennungssituationen wie der Verlust eines Elternteils, ein Umzug in eine andere Stadt oder ein Schulwechsel. Silvia Baeck unterscheidet in ihrer Ausführung zur Entstehung von Anorexie drei Modelle.<sup>20</sup>

Das erste Modell versteht die Magersucht als Abwehr sexueller Wünsche und die Möglichkeit in die heile Welt der Kindheit zurückzukehren. Die Betroffenen haben häufig eine ambivalente Einstellung zum eigenen Körper. Sie lehnen die eigene Geschlechterrolle sowie die Sexualität ab. Die Entwicklung vom Mädchen zur Frau ist mit Unsicherheit, Zweifeln und Ängsten verbunden. Es wird

---

<sup>17</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 18

<sup>18</sup> zitiert nach Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 34

<sup>19</sup> vgl. Baeck, 2003, S. 48

<sup>20</sup> vgl. Baeck, 2003, S. 48

somit die Kontrolle über das Körpergewicht als Möglichkeit gesehen, wieder in die scheinbar heile Welt der Kindheit zurückzukehren, da der Körper durch die Abmagerung dem Erscheinungsbild eines Kindes ähnelt. Die Betroffenen versuchen dadurch, die sexuelle Signalwirkung zu reduzieren. Da auch die Menstruationszyklen ausbleiben, fehlt auch hier das Symbol der Weiblichkeit.

Das zweite Modell sieht die Magersucht als Kampf um Selbstbehauptung. Die Anorexie verdeutlicht das Streben nach Identität und Kontrolle des eigenen Lebens. Magersüchtige erhalten durch dieses Verhalten ihr Selbstwertgefühl. Die in der Kindheit oft überangepassten Betroffenen sind in ihrem Leben oft einer Ohnmacht ausgesetzt, welche sie mittels der Kontrolle über ihren eigenen Körper und der Nahrungsaufnahme versuchen zu bewältigen. Eine Überwindung des Hungergefühls stärkt die Magersüchtigen und ihr Selbstbewusstsein.

Das dritte Modell betrifft die familiären Hintergründe. Hier trifft Sylvia Baeck ähnliche Aussagen, wie Gerlinghoff und Bruch. Daher werde ich dieses Modell an dieser Stelle nicht weiter erläutern.<sup>21</sup>

### **2.1.5. Folgen**

Neben den psychischen Problemen der Magersüchtigen treten als Folge des veränderten Essverhaltens und der Gewichtsabnahme erhebliche körperliche Beschwerden auf.

Beim bulimischen Typ der Anorexie kann es aufgrund des Fastens, Erbrechens und des Gebrauchs von Diuretika oder Laxantien zu einem Mangel an lebensnotwendigen Elektrolyten wie Magnesium und Kalium kommen. Gleichzeitig führt die Mangelernährung zu einer Verschiebung des Säuregehaltes im Blut. Die Organe, welche die Elektrolytkonzentration und den Säure-Basen-Haushalt des Blutes stabilhält, werden stark überfordert. Es entsteht dann oft eine Kombination aus Kalium- und Säuremangel, was zu schweren Herzrhythmusstörungen führen kann sowie einer schnellen Ermüdung und Erschlaffung der Muskulatur. Eine weitere Folge von langandauernden Elektrolytstörungen ist eine Schädigung des Nierengewebes. Mit der Zeit kommt es dann zu einer Beeinträchtigung der Nierenfunktionen, was wiederum zu Wassereinlagerungen im

---

<sup>21</sup> vgl. Baeck, 2003, S. 48

Gewebe oder bei Flüssigkeitsmangel zum Anstieg des Harnsäurespiegels führen kann.<sup>22</sup>

Magersüchtige leiden aufgrund der Mangelernährung an Durchblutungsstörungen mit einem Kältegefühl in den Händen und Füßen. Weitere Symptome sind Schwindelgefühle und Ohnmachtsanfälle sowie ein Austrocknen der Haut und die Bildung einer flaumartigen Behaarung an Rücken, Armen und Gesicht. Bei einer Ersterkrankung vor der Pubertät kann es zu einem Wachstums- und Entwicklungsstopp kommen, das heißt, es werden keine geschlechtsspezifischen Merkmale gebildet.

Bei auftretenden Essanfällen mit anschließendem Erbrechen kann es zu Entzündungen der Speiseröhre und Schäden an den Zähnen aufgrund zurückfließender Magensäure kommen. Die Entzündungen in der Speiseröhre können zu Geschwüren führen, welche wiederum Blutungen und Magenwanddurchbrüche zur Folge haben können. Die körperlichen Befunde werden durch die Mangelernährung verursacht und sind reversibel, d.h., sie verschwinden meist vollständig nach einer Normalisierung des Essverhaltens.

Neben den körperlichen Folgen kommt es auch zu psychischen Veränderungen der Magersüchtigen. Die Betroffenen beschäftigen sich zwanghaft mit Essen sowie Nichtessen und ihrem Gewicht. Eine Zunahme von wenigen Gramm löst eine regelrechte Panik aus. Die Nahrungsaufnahme wird zum Lebensmittelpunkt, und alles dreht sich um dies eine Thema. Magersüchtige weisen oft auch depressive Symptome auf, welche durch die Isolierung und die Angst, dass jemand ihre Fehler aufdecken könnte, verstärkt wird. Im Weiteren sind die Betroffenen aufgrund der Unterernährung stark reizbar. In der Regel fehlt den Magersüchtigen eine Krankheitseinsicht, was eine Therapie dementsprechend erschwert, da sie jegliche Hilfe ablehnen.<sup>23</sup>

### **2.1.6. Behandlungsansätze**

Anorexie wird im Rahmen von Einzel-, Gruppen- und Familien-Psychotherapie behandelt. Die Form der Therapie, d.h. ob stationär, tagklinisch, teilstationär oder ambulant, hängt von dem Erkrankungsstadium sowie der Motivation der Betroffenen ab.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia\\_nervosa](http://de.wikipedia.org/wiki/Anorexia_nervosa)

<sup>23</sup> vgl. <http://www.magersucht.de/krankheit/folgen.php>

<sup>24</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 61



Eine stationäre Therapie sollte nur dann in Betracht gezogen werden, wenn bestimmte Symptomatiken vorhanden sind. Thomas Herzog und Almut Zeeck unterscheiden zwei Indikationsgruppen zur stationären Aufnahme bei Mager-süchtigen. Die „absolute Indikationen“ sind ernsthafte körperliche Komplikationen, ernsthafte Suizidalität, ein massiver Gewichtsverlust, d.h. eine Body Mass Index von weniger als 13 sowie ein sehr schneller Gewichtsverlust von mindestens 20% in sechs Monaten. Die zweite Gruppe sind die „relativen Indikatoren“. Diese sind ein deutlicher Gewichtsverlust mit einem BMI von weniger als 15,5, eine massive Ausprägung von Verhaltensproblematiken wie Fressattacken, Stehlen, Diäten, Medikamentenmissbrauch sowie selbstverletzendem Verhalten, ein mangelndes Ansprechen auf ambulante Hilfen, massive Familienproblematiken, Unklarheiten in Bezug auf die Diagnostik sowie das Fehlen von spezialisierten ambulanten Therapiemöglichkeiten.<sup>25</sup>

Eine stationäre oder teilstationäre Therapie ist jedoch nur dann sinnvoll, wenn im Anschluss eine ambulante psychotherapeutische Arbeit fortgesetzt wird. Die postambulante Betreuung ist von großer Bedeutung, da stationäre Behandlungen in der therapeutischen „Kunstwelt“ der Station eine Chance, aber gleichzeitig auch ein massiver Eingriff in das Leben der Betroffenen ist. Die Patienten werden ihrer problematischen Lebensumstände entzogen sowie altersgerechten Erfahrungen und Belastungen.<sup>26</sup>

Die Behandlung von Anorexia nervosa sollte prinzipiell auf zwei Ebenen erfolgen.

Die erste Ebene umfasst die Wiederherstellung eines normalen Körpergewichts, eines normalen Essverhaltens sowie von normalen biologisch-physiologischen Regulationsmechanismen. Diese Phase ist wichtig für eine weiterführende Behandlung, da der Hungerzustand der Betroffenen mit kognitiven Verzerrungen verbunden ist und eine Behandlung erschwert.

In der zweiten Ebene müssen alle psychologischen und psychosozialen Faktoren behandelt werden, welche die Erkrankung aufrechterhalten. Eine Therapie von Anorexie erfolgt im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Programms als stationärer Klinikaufenthalt. Ein wichtiges Element der Behandlung ist das Vertragsmanagement, d.h. mittels eines Vertrages werden schriftlich die grund-

---

<sup>25</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S.73

<sup>26</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S.72

legenden Prinzipien und konkreten Richtlinien des therapeutischen Programms festgelegt.<sup>27</sup>

Ein solches Programm beschreiben Meermann und Vandereycken. Dieses sieht vor, dass die Patienten eine wöchentliche Gewichtszunahme von mindestens 700g und höchstens 3kg erreichen müssen. Die Patienten sollen sich an diese Vorgabe halten, da die Therapie sonst Sanktionen vorsieht. Das Behandlungsprogramm verläuft in drei Phasen, in welchen die Patienten mehr Freiheiten erwerben können.

In der ersten Phase müssen die Erkrankten festgelegte Mahlzeiten in ihren Zimmern zu sich nehmen, bis sie ein vorher festgelegtes Gewicht erreicht haben. Im Weiteren dürfen sie die Station nicht verlassen sowie nur an einem Tag der Woche Besuch empfangen. Zusätzlich werden die Magersüchtigen jeden Tag gewogen.

In der zweiten Phase, d.h., bis der Patient zwei Drittel des zuzunehmenden Gewichts erreicht hat, werden die Mahlzeiten im Speisesaal unter Aufsicht eingenommen. Die Station darf nach den allgemeinen Hausregeln verlassen, und Besuche dürfen an beiden Wochenendtagen empfangen werden.

In der dritten Phase, bis das Zielgewicht erreicht ist, dürfen die Patienten ihr Essen ohne Aufsicht im Essensaal eingenehmen. Sie können das Krankenhaus für Spaziergänge und eine Wochenendbesuche verlassen sowie jeden Tag Besuch empfangen. In dieser Phase werden die Betroffenen nur noch zweimal pro Woche gewogen. Bei einem Nichteinhalt des Programms, werden erworbene Freiheiten wieder entsagt. Das bedeutet, dass die Verstöße durch ein mehrstufiges Einschränkungsprogramm sanktioniert werden. Wenn die Patienten dann wiederum Fortschritte machen, werden die Einschränkungen wieder aufgehoben und sie kehrt wieder ins Normalprogramm zurück. Nach und neben dem Programm der Gewichtsregulierung werden auf zweiter Ebene mittels Einzel-, Gruppen-, Körper- und Entspannungstherapien eine Reihe von Therapiezielen verfolgt. Meermann und Vandereycken heben folgende Ziele hervor:

1. die Normalisierung der Essgewohnheiten,
2. die Verbesserung des Körperbildes,
3. Verbesserung des Selbstwertgefühls und

---

<sup>27</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 230

#### 4. eine Verbesserung des Verhältnisses zu den Eltern.

In der Schlussphase der Therapie wird die Patientin auf die Entlassung vorbereitet. Die damit verbundenen Ängste und Schwierigkeiten werden thematisiert und bearbeitet sowie eine ambulante Nachsorgetherapie für die Patientin gesucht. Dies ist von großer Bedeutung, um einen Rückfall zu vermeiden.<sup>28</sup>

## 2.2. Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)

### 2.2.1. Symptomatik

Seit Ende den 70er Jahren ist Bulimia nervosa als eigenes Krankheitsbild beschrieben. Die Essstörung leitet sich aus den griechischen Wörtern „bous“ für Stier und „limos“ für Hunger ab, es bedeutet wörtlich übersetzt „Stierhunger“. Ein Hauptmerkmal der Bulimie ist das wiederholte Auftreten von Fressanfällen. Bei solchen Anfällen verzehren die Betroffenen große Mengen von „verbotenen“ Lebensmitteln, welche sie als ungesund und fettmachend definieren. Die Häufigkeit dieser Anfälle reicht von einmal pro Woche bis zu mehrmals täglich. Während der Fressorgie verschlingen die Betroffenen zwischen 3.000 und 4.000 Kalorien, wobei die Menge bis zu 15.000 Kalorien reichen kann. Das Essverhalten der bulimisch Erkrankten ist neben den Essanfällen von stark gezügeltem Essen charakterisiert.<sup>29</sup> Die Betroffenen essen sehr wenig oder sogar gar nichts, bis ein Fressanfall eine solche Phase unterbricht. Dieses Essverhalten kann zu dem biologischen Zustand einer Mangelernährung führen und wird als intermittierendes Fasten bezeichnet. Nach einer gezügelten Phase und dem Vermeiden von kalorienreichen Lebensmitteln kommt es dann zu einem Fressanfall. Ein Großteil der bulimisch Erkrankten führt nach einem Essanfall ein vorsätzliches Erbrechen herbei, um so eine Gewichtszunahme zu verhindern.<sup>30</sup> Einige Patienten jedoch verwenden stattdessen oder zusätzlich zum selbstinduzierten Erbrechen Laxantin<sup>31</sup> oder Diuretikaabusus<sup>32</sup>, längere Fastenperioden oder exzessive sportliche Betätigungen. Als Folge des großen Bedarfs an Nahrungsmitteln für die Fressanfälle werden bulimisch Betroffene oft kriminell

<sup>28</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 232

<sup>29</sup> vgl. 1. Kapitel

<sup>30</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 232

<sup>31</sup> „Laxantien sind Abführmittel, welche bei Verstopfungen eingesetzt werden, um den Verdauungstrakt wieder zu aktivieren.“

<sup>32</sup> „Diuretikum wird umgangssprachlich auch als Wassertablette bezeichnet. Es ist ein Arzneimittel, das zur Ausschwemmung von Wasser eingesetzt wird.“

und begehen Ladendiebstähle. Einige nehmen Kredite auf und stürzen sich so in immense Schulden.<sup>33</sup>

Ein weiteres zentrales Merkmal für Bulimia nervosa ist die extreme Angst vor einer Gewichtszunahme. Wie auch bei Anorektikerinnen bestimmt das Essen den gesamten Tagesablauf. Die Betroffenen haben eine krankhafte Angst vor dem Dicksein. Dabei werden das Gewicht und Aussehen zum zentralen Merkmal für das Selbstwertgefühl. Obwohl das Gewicht der meisten an Bulimie Erkrankten im Normalbereich liegt, sehen sie sich als zu dick. Es kommt auch hier zu einer verzerrten Wahrnehmung des Körperbildes.<sup>34</sup>

### 2.2.2. Diagnostische Kriterien & Klassifikation nach DSM-IV

Im Folgenden werde ich die Diagnosekriterien wie Pudel und Westenhöfer darstellen.<sup>35</sup>

- A Regelmäßige Essanfälle. Ein Essanfall ist durch folgende zwei Merkmale gekennzeichnet:
- (2) In einem abgrenzbaren Zeitraum wird eine deutlich größere Nahrungsmenge gegessen, welche deutlich größer ist als die Menge, die die meisten anderen Leute in den gleichen Zeitraum zu sich nehmen würden.
  - (3) Während der Essanfälle empfinden die Betroffenen einen Kontrollverlust, sie haben das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können.
- B Ein weiteres Diagnosekriterium ist ein regelmäßiges unangemessenes Kompensationsverhalten, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Durch selbsterbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika, Einläufen oder anderen Medikamenten, Fasten oder exzessiven Sport vermeiden die Betroffenen ein Dickwerden.
- C Die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten können im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche über mindestens drei Monate auftreten.
- D Im Weiteren wird die Bewertung der eigenen Person durch Figur und Gewicht übermäßig beeinflusst.

<sup>33</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 233

<sup>34</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 8

<sup>35</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 235

E Die Störung tritt nicht ausschließlich während einer Phase der Anorexia nervosa auf.

Subtypen der Bulimie sind der „Abführende Typ“ (purging subtyp), dieser praktiziert in der gegenwärtigen Phase der Bulimia nervosa regelmäßig selbsterbeigeführtes Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder Einläufen. Der zweite Typus ist der „Nicht-abführende Typ“ (non-purging subtyp), dieser benutzt unangemessene Kompensationsverhalten wie Fasten oder exzessiven Sport, praktiziert aber nicht regelmäßig selbsterbeigeführten Erbrechen oder den Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder Einläufen.

### 2.2.3. Ätiologie: Risikogruppen & Verlauf

In Deutschland leiden laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung etwa 600.000 Menschen an Bulimie. Die Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa werden etwa von 1% bis 13% aller Frauen in der Adoleszenz<sup>36</sup> und im jungen Erwachsenenalter<sup>37</sup> erfüllt. Einen Häufigkeitsgipfel der Krankheit gibt es bei 18 bis 20-Jährigen.<sup>38</sup>

Die durchschnittliche Erkrankungsdauer liegt zwischen vier und sieben Jahren. Die Betroffenen begeben sich erst spät in Behandlung aufgrund ihres Scham- und Schuldgefühls bezüglich des als abnorm empfundenen Essverhaltens.<sup>39</sup>

Der Verlauf bei einer Bulimie kann wie folgt zusammengefasst werden. Etwa 50% der Betroffenen sind nach zwei bis zehn Jahren ohne Symptome, 20% haben weiter bulimische Symptome. Die übrigen 30% leiden zwischen einem Wechsel symptomfreier Intervalle und Rückfälle oder einer subklinischen bulimischen Symptomatik. Die Mortalitätsrate in Zusammenhang mit einer Bulimia nervosa ist noch unklar, sie ist jedoch höher als in einer gesunden Vergleichsgruppe.<sup>40</sup>

Die Prognose bei Bulimie ist ungünstig. Die zeigt sich in folgenden Faktoren: in einer Chronifizierung der Krankheit, einer stärker ausgeprägten Symptomatik, einer schweren prämorbidem Entwicklungsstörung, einer familiären Vorgeschichte von Depression und Alkoholismus, sexuellem Missbrauch, Suchtprob-

<sup>36</sup> Definition „Reifephase im Jugendalter“ vgl. Fremdwörter, 2002, S. 20

<sup>37</sup> Definition „Junger Mensch ist, wer noch nicht 27 Jahre alt ist.“§7 Abs. 1 Nr. 4 SGB VIII

<sup>38</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 8

<sup>39</sup> vgl. Westenhöfer, 1996, S. 62

<sup>40</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S. 38

lemen und Therapieabbrüchen und einer hohen Anzahl von Vorbehandlungen.<sup>41</sup>

#### 2.2.4. Erklärungsansätze

Für die Entstehung von Bulimia nervosa spielen verschiedene Ursachen eine Rolle. Es ist auch hier das Zusammenspiel von verschiedenen auslösenden Indikatoren, welche das Entstehen beeinflussen.<sup>42</sup> Eine besonders gravierende Rolle spielen soziokulturelle Einflüsse wie Familie, Schule und Medien. Jedoch beeinflusst ebenfalls das vorherrschende Schlankeitsideal und das „kollektive Diätverhalten“ die Entstehung.

Unsere Gesellschaft ist geprägt von einer enormen Leistungsorientierung, welche in Konflikt mit der Frauenrolle gerät. Frauen können sich von der traditionellen Hausfrau- und Mutterrolle distanzieren, indem sie beruflichen Erfolg und Leistungsbereitschaft anstreben. Dies steht jedoch im Gegensatz zur traditionellen Rollendefinition, nach der Frauen eine Lebensperspektive vor allem in der Familie und der Ehe finden sollen.<sup>43</sup>

Neben den soziokulturellen Bedingungen spielen auch psychische bzw. individuelle Faktoren eine große Rolle. Ein Auslöser wird in der „affektiv-labilen Persönlichkeit“ gesehen. Man fasst unter diesem Begriff Eigenschaften zusammen wie erhöhte Depressivität, geringe Frustrationstoleranz, mangelnde Impulskontrolle und Problemen mit schwierigen Situationen und Gefühlen umzugehen. Bruch und Selvini-Palazzoli sprechen bei Betroffenen auch von Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung bezüglich der eigenen Gefühle wie auch Hunger und Sättigung. Als weitere Einflüsse werden biologische Bedingungen, chronische Belastungen, familiäre Strukturen sowie Verunsicherungen durch das Eintreten der Pubertät genannt.<sup>44</sup>

Diese Faktoren können zu einer starken Orientierung auf Figur und Körperbild führen. Das Streben nach dem Schlankeitsideal kann dann als Lösungsversuch für persönliche Konflikte verstanden werden. Es rückt die Kontrolle der Nahrungsaufnahme in den Lebensmittelpunkt, und somit werden andere Problembereiche oft verdrängt. Die Betroffenen demonstrieren die Macht über ihren

<sup>41</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S. 38

<sup>42</sup> vgl. Pudiel/Westenhöfer, 1998, S. 240

<sup>43</sup> vgl. Pudiel/Westenhöfer, 1998, S. 242

<sup>44</sup> vgl. Pudiel/Westenhöfer, 1998, S. 242

eigenen Körper, da sie ihr Leben oft nicht unter Kontrolle haben, jedoch den Wunsch danach verspüren. Durch das gezügelte Essen erreichen die Betroffenen oft eine Gewichtsreduktion, womit das Verhalten positiv verstärkt wird. Dadurch wird diese Maßnahme als Mechanismus zur Gewichts- und Angstreduktion vor dem Dicksein verfestigt. Als Folge des gezügelten Essens stellen sich elementarer Hunger, eine ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen und eine durch die Mangelernährung ausgelöster Mineralstoffmangel ein. Diese Entwicklungsgänge führen zu einem Zustand erhöhter Nervosität, Reizbarkeit und Spannung. Das gezügelte Essen führt dann zu Essanfällen und diese wiederum zum selbstinduzierten Erbrechen. Weitere begünstigende Faktoren für Essanfälle sind Frustration, Langeweile sowie Angst vor innerer Leere. In diesen emotionalen Situationen reichen kleine Auslöser, um eine Fressattacke auszulösen. Die Betroffenen können somit kurzfristig die aufgestaute Spannung reduzieren. Jedoch führen diese Anfälle zu einer vermehrten Angst vor dem Dickwerden und diese wiederum zu selbstinduziertem Erbrechen oder dem Missbrauch von Abführmitteln und Wassertabletten. Es entsteht so ein Teufelskreis von gezügelmtem Essen, Fressanfällen, Erbrechen und wiederum Diätverhalten.<sup>45</sup>

Bei den Betroffenen bestimmt das Essen bzw. Nichtessen den Lebensinhalt und die Kontrolle über das Gewicht, wird zur Basis des Wohlbefindens. Essanfälle werden, wie oben erwähnt, als Methode der Spannungsreduktion erlernt, führen jedoch zum Verlust von adäquaten Stress- und Problembewältigungsstrategien. Neben den körperlichen Schäden, welche durch das Erbrechen entstehen, kommt es zu einer schuldhaften Verarbeitung der Anfälle. Es wird als Kontrollverlust wahrgenommen und führt zu sozialem Rückzug und Isolation sowie zu starken Stimmungsschwankungen bis zu Depressionen.<sup>46</sup> Dies sind wiederum die Merkmale einer „affektiv-labilen Persönlichkeit“, welche positiv auf die Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa wirken. Daraus resultieren die charakteristischen Merkmale von bulimisch Betroffenen, welche durch Minderwertigkeit, Unsicherheit, mangelnde Impulskontrolle, mangelnde Selbstkontrolltechnik, mangelnde Frustrationstoleranz und Attraktivitätsprobleme gekennzeichnet sind.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> vgl. Westenhöfer, 1996, S. 67

<sup>46</sup> vgl. Westenhöfer, 1996, S. 68

<sup>47</sup> vgl. Pudiel/Westenhöfer, 1998, S. 245

### 2.2.5. Folgen

Die Bulimie hat wie die Anorexie ausgeprägte körperliche und psychische Folgen. Der Körper der Betroffenen leidet unter einer Mangelernährung. Das Gewicht bewegt sich bei bulimisch Erkrankten oft im Normalbereich, jedoch wird die Nahrung auf sehr unausgewogene und mangelhafte Art zugeführt. Das häufige Erbrechen, die Hungerphasen und der ständige Missbrauch von abführenden und harntreibenden Mitteln führen zu Störungen des Elektrolytenhaushalts und insbesondere zu einem Kaliummangel. Ein solcher Mangel beeinträchtigt die Herzmuskulatur, was wiederum zu Herzrhythmusstörungen führt und schließlich bleibende Nierenschäden hervorrufen kann. Weitere körperliche Folgen können Muskelschäden, Wassereinlagerungen in den Gelenken, chronische Verstopfung, Orangenhaut sowie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen sein. Bei Bulimiebetroffenen kommt es durch das ständige Erbrechen zum Anschwellen der Speicheldrüsen, was wiederum zur Bildung von Hamsterbacken führt. Im Weiteren gelangt Magensäure in die Speiseröhre, was zu Sodbrennen, Verätzungen und Entzündungen führen kann. Es wird ebenfalls der Zahnschmelz angegriffen, was die Bildung von Karies begünstigt. Bei Essanfällen werden riesige Mengen an Nahrung verschlungen, dies stellt eine große Belastung für den Magen da, so dass es zu einer chronischen Magenerweiterung bis hin zu einer Magenwandperforation und Rissen in der Magenwand kommen kann.<sup>48</sup>

Psychische Folgen können aufgrund des Kontrollverlustes bei der Nahrungsaufnahme ein sehr großes Scham- und Schuldgefühl sein. Diese Gefühle stehen im Zusammenhang mit der ständigen Furcht vor der Entdeckung der Essstörung durch andere. Es kommt somit häufig zu einer sozialen Isolation. Die Folge sind psychische Störungen wie die Ausbildung von Angstzuständen, Depressionen und Selbsttötungsgedanken. Neben den körperlichen und psychischen Folgen haben die vielen an Bulimie Erkrankten neben den körperlichen und psychischen auch finanzielle Probleme. Die Betroffenen können oft nicht die hohen Kosten für den enormen Nahrungsmittelkonsum sowie für die Medi-

---

<sup>48</sup> vgl. [http://www.c-d-k.de/psychotherapie-klinik/Stoerungen/bulimie\\_verlauf.html](http://www.c-d-k.de/psychotherapie-klinik/Stoerungen/bulimie_verlauf.html)



kamente aufbringen. Dies kann im schlimmsten Fall zu kriminellen Beschaffungsmethoden führen.<sup>49</sup>

### 2.2.6. Behandlungsansätze

Die Behandlung von Bulimie erfolgt meist in Form einer Psychotherapie im Rahmen einer Einzel-, Gruppen- und Familientherapie. Psychodynamische und lerntheoretische Methoden stehen dabei im Vordergrund, sie werden auch häufig kombiniert. Bulimia nervosa kann stationär, tagklinisch, teilstationär oder ambulant behandelt werden. Die ausschlaggebenden Kriterien für eine stationäre Behandlung sind eine lange Krankheitsdauer, Häufigkeit der Essanfälle, gescheiterte ambulante Behandlungen und eine Fixierung der bulimischen Symptomatik.<sup>50</sup>

Eine Nichtbehandlung der Bulimie führt in der Regel zu einer Festigung der Erkrankung. Dies ist auch das Hauptproblem bei der Einleitung einer Psychotherapie, denn nur eine Minderheit der an Bulimia nervosa erkrankten Frauen begibt sich in Behandlung. Es gibt dafür verschiedene Gründe, warum es nicht zur Behandlung kommt oder angefangene Therapien abgebrochen werden. Günter Reich beschreibt folgende Faktoren für das Nichtzustandekommen oder Abbrüche. Ein bedeutsamer Faktor ist die Angst der Betroffenen, das Symptom aufzugeben. Im Weiteren sind sie bestrebt, die als unnormal erlebten Bewältigungsstrategien zu verbergen, um somit die doppelte Realität der eigenen Existenz aufrechtzuerhalten. Damit verbunden ist eine Angst vor dem eigenen intrapsychischen Erleben, d.h., das eigene „ich“ erscheint als gefährlich und unkontrollierbar. Ein weiterer Grund ist das Schamgefühl der Betroffenen. Sie fühlen sich verachtet, verurteilt und abgewertet. Dies ist aus den familiären Bedingungen herzuleiten, was den dritten Grund für ein Verheimlichen der Krankheit darstellt. Die Betroffenen haben Angst vor der Wiederbelebung der traumatischen Ereignisse und vor Familienkonflikten.<sup>51</sup>

Die therapeutischen Schritte werden mittels der Diagnostik der Erkrankung eingeleitet. Ein wesentlicher Prozess ist eine genaue Abklärung der Symptomatik, des Verhaltens bei den Essanfällen und beim Erbrechen, des eventuellen Gebrauchs von Laxantien, der Essgewohnheiten und des Essrhythmus, des

<sup>49</sup> vgl. <http://www.vitanet.de/ernaehrung/essstoerungen/bulimie/folgen/>

<sup>50</sup> vgl. Gerlinghoff/Backmund, 2000, S. 61

<sup>51</sup> vgl. Reich/Cierpka, 1997, S. 61

aktuellen und des angestrebten Gewichts und des Körperbildes. Während der Therapie wird den Betroffenen schrittweise vermittelt, was ein normales und ungezügelter Essverhalten ist. Weiterhin werden Defizite in der Stress- und Problembewältigungsfähigkeit bearbeitet. Die soll den Patienten helfen, mit belastenden Situationen umzugehen, so dass sie nicht mehr auf die Bewältigung mittels Essen angewiesen sind. Mittels einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung können somit verzerrte und irrationale Annahmen und Überzeugungen in Bezug auf das Essenverhalten, Nahrungsmittel, Figur und Gewicht verändert werden.<sup>52</sup>

### **2.3. Binge-Eating-Disorder (Latente Esssucht)**

#### **2.3.1. Symptomatik**

Die latente Esssucht oder auch Binge-Eating-Disorder (BED) wurde bereits 1959 von Stunkard beschrieben, erhielt aber bis in den 90er Jahren des 20. Jahrhundert kaum Beachtung. In den 80er Jahren<sup>53</sup> wurden die Symptome der Erkrankung bei einem Viertel der Patienten festgestellt, welche sich wegen Fettleibigkeit in Behandlung begaben und Probleme mit Heißhungerattacken hatten.<sup>54</sup>

Die Klassifikation als Ess-Störung wurde erst im Rahmen der „International Eating Disorder Conference“ eingeführt und schließlich 1992 in das DSM IV unter der Kategorie „Ess-Störungen nicht näher beschrieben“ aufgenommen.<sup>55</sup>

Die Esssucht hat große Ähnlichkeit mit der Bulimia nervosa, da ihr Hauptmerkmal ebenfalls immer wiederkehrende Essanfälle sind. Den BED-Patienten fehlt jedoch das für die Bulimie charakteristische Kompensationsverhalten, d.h., sie erbrechen nicht oder führen ab, um die Auswirkungen dieser Anfälle auf die Figur zu vermeiden. Die Folge ist, dass viele BED-Erkrankte oft sehr stark übergewichtig sind.<sup>56</sup>

---

<sup>52</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 243

<sup>53</sup> gemeint ist das 20. Jahrhundert

<sup>54</sup> vgl. Jacob, 2001, S.58

<sup>55</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 11

<sup>56</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, S. 246

Die daraus resultierende Fettleibigkeit ist eine chronische Erkrankung, welche als Folge von einem Ungleichgewicht von Energieaufnahme und Energieverbrauch sowie genetischen und sozialen Faktoren auftritt.<sup>57</sup>

### 2.3.2. Diagnostische Kriterien & Klassifikation nach DSM-IV

Die diagnostischen Kriterien für Binge-Eating-Disorder nach DSM-IV<sup>58</sup> sind:

- A. Regelmäßige Essanfälle, wobei die Essattacken durch folgende zwei Merkmale gekennzeichnet sind:
  - 1. In einer bestimmten Zeitspanne, beispielsweise von zwei Stunden, wird eine deutlich größere Nahrungsmenge gegessen, welche deutlich größer ist, als andere Menschen zu sich nehmen würden.
  - 2. Es besteht das Gefühl während der Essanfalles, das Essverhalten nicht unter Kontrolle zu haben. Die Erkrankten haben beispielsweise das Gefühl, mit dem Essen nicht aufhören zu können bzw. es nicht im Griff zu haben.
  
- B. Die Essattacken sind mit mindestens drei der folgenden Merkmale verbunden:
  - 1. Es wird wesentlich schneller gegessen als normal.
  - 2. Es wird gegessen bis man sich unangenehm voll fühlt.
  - 3. Es werden große Mengen gegessen, obwohl man sich nicht körperlich hungrig fühlt.
  - 4. Es wird allein gegessen, weil es einem peinlich ist, wie viel man isst.
  - 5. Man fühlt sich von sich selbst angeekelt, depressiv oder sehr schuldig nach dem Überessen.
  
- C. Es besteht hinsichtlich der Essanfälle merkliche Verzweiflung.
- D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen pro Woche über sechs Monate auf.
- E. Die Essanfälle sind nicht mit der regelmäßigen Anwendung von unangemessenem Kompensationsverhalten verbunden, wie zum Bei-

---

<sup>57</sup> vgl. Jacob, 2001, S.58

<sup>58</sup> vgl. Pudiel/Westenhöfer, 1998, S. 247

spiel abführenden Maßnahmen, Fasten oder exzessiven Sport. Im Weiteren treten die Essattacken nicht im Verlauf mit einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

### 2.3.3. Ätiologie: Risikogruppen und Verlauf

Man geht nach neueren Erkenntnissen davon aus, dass unter dem Vollbild einer Binge-Eating-Störung 0,7 bis 4% der Bevölkerung leiden und der Frauenanteil 60% beträgt. Die Erkrankung tritt häufig in sehr jungem oder spätem Erwachsenenalter auf und ist meist das Resultat eines deutlichen Gewichtsverlusts, der durch beispielsweise eine Diät verursacht wurde.<sup>59</sup>

Es gibt jedoch keine besonders stark betroffene Altersgruppe wie bei Anorexie und Bulimie. Ein großer Anteil der Binge-Eater ist stark übergewichtig, d.h., ihr BMI ist höher als 30. Jedoch leidet nur ein Drittel der Adipositaserkrankten an Heißhungerattacken, da die meisten Übergewichtigen kontinuierlich mehr Kalorien zu sich nehmen als sie verbrauchen, dies geschieht jedoch nicht anfallsweise.<sup>60</sup>

Eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Binge-Eating-Disorder scheint, wie auch bei anderen Essstörungen, das Diäthalten oder das gezügelte Essverhalten zu sein. Jedoch geben die Betroffenen im Verlauf der Erkrankung das gezügelte Essverhalten immer mehr auf. Sie haben schließlich geringere Werte auf der Skala „gezügeltes Essen“ als Adipöse ohne BED. Jedoch wächst die Störbarkeit des Essverhaltens, da die kognitive Kontrolle des Essens immer mehr nachlässt.<sup>61</sup>

Binge-Eater berichten gegenüber Adipösen in einem größeren Ausmaß, dass sie Ekel und Ablehnung gegenüber dem eigenen Körper erleben sowie unter Depressionen, körperlichen Erkrankungen und zwischenmenschlichen Konflikten leiden.<sup>62</sup>

### 2.3.4. Erklärungsansätze

Da die Erkrankung bis heute noch nicht genug erforscht ist, gibt es nur wenige Erklärungsansätze für die Entstehung. Es ist jedoch bekannt, dass viele Betrof-

---

<sup>59</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 13

<sup>60</sup> vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Binge\\_Eating](http://de.wikipedia.org/wiki/Binge_Eating)

<sup>61</sup> vgl. Pudiel/Westenhöfer, 1998, S. 249

<sup>62</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 12

fenen in der Vergangenheit unter Depressionen litten bzw. während der Erkrankung weiterhin darunter leiden. Binge-Eater berichten oft, dass die Essattacken von negativen Gefühlen wie Ärger, Frustration oder Langeweile ausgelöst werden. Daher liegt die Vermutung nahe, dass unangenehme Empfindungen durch Essen ausgeglichen werden. Die Nahrungsaufnahme ist dabei ein Symbol für Liebe und Geborgenheit. Diese Kompensationsstrategie wird wahrscheinlich schon im Kindesalter erlernt, wenn es zunächst als Säugling beim Stillen ein Glücksgefühl erfährt. Später wird das Kind mit Süßigkeiten belohnt für positives Verhalten sowie getröstet, wenn es enttäuscht wurde. Diverse Studien haben ergeben, dass einige Menschen mit emotionalen Schwierigkeiten manchmal unfähig sind, Hunger von anderen eher negativen Gefühlszuständen zu unterscheiden.<sup>63</sup>

### 2.3.5. Folgen

Psychologische Auswirkungen der zwanghaften Binge-Eating-Disorder können extreme Angstzustände und Depressionen sein. Die Betroffenen leiden oft unter Gefühlen des Fettseins. Sie isolieren sich von ihrem sozialen Umfeld und leiden unter starken Stimmungsschwankungen. Binge-Eater horten oft Essen und nehmen die Lebensmittel heimlich zu sich, um ihre Esssucht vor anderen zu verstecken. Sie empfinden die Fressanfälle als Kontrollverlust und schämen sich dafür.<sup>64</sup>

Physische Auswirkungen bei Binge-Eatern können oft Erosionen an den Zähnen sein. Die Betroffenen nehmen in ihren Fressanfällen oft sehr zuckerhaltige Lebensmittel sowie Limonadengetränke zu sich, welche die Zähne angreifen. Gastritische Folgen sind unangenehme Völlegefühle sowie eingerissene Magenwände. Die Betroffenen leiden oft unter dermatologischen Folgen der extremen Gewichtszunahme, welche sich in Schwangerschaftsstreifen, Jucken, Schwitzen sowie Wundsein als Folge der Reibungen der Hautfalten zeigen. Im Weiteren leiden die Betroffenen unter Bluthochdruck sowie einem anormalen EKG. Im muskulären-skeletalen Bereich kommt es zu einer Überbelastung der Muskeln sowie einem Gelenkabbau als Folge der Adipositas. Binge-Eater haben zudem eine erhöhte Sterblichkeitsrate.<sup>65</sup>

---

<sup>63</sup> <http://www.ketoforum.de/wissenschaft/16877-essattacken-binge-eating-disorder-bes.html>

<sup>64</sup> vgl. Jacob, 2003, S. 59

<sup>65</sup> vgl. Jacob, 2003, S. 59

### **2.3.6. Behandlungsansätze**

Da die Essstörung noch nicht genug untersucht ist, gibt es auch bei den Therapiemöglichkeiten kaum Forschungsergebnisse. Es ist jedoch bekannt, dass aufgrund der Ähnlichkeit mit Bulimia nervosa eine kognitive Verhaltenstherapie von Vorteil sein kann. Die Priorität bei der Behandlung ist die Verringerung der Fressattacken. Dies kann durch eine Gewichtsreduktionstherapie angestrebt werden, da diese zu einem Anstieg der kognitiven Kontrolle führt und somit eine Verringerung der Essanfälle eintritt. Mit dem Verschwinden der Essanfälle kann eine weitere Gewichtszunahme vermindert werden und eine Gewichtsabnahme langsam, aber kontinuierlich einsetzen.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 250

### 3. Prävention von Essstörungen

Im folgenden Kapitel werde ich zunächst eine kurze Differenzierung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung vornehmen, wobei sich der Schwerpunkt auf Prävention von Essstörungen beziehen wird.

#### 3.1. Theorie und Ansätze

##### 3.1.1. Modell von Gesundheit und Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte bereits 1946 Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“. Doch diese hatte bis zum Ende der 70er Jahre kaum Einfluss auf die Ausgestaltung der Programme der WHO. Bis 1978 waren Präventionsprogramme sowie die klassische Gesundheitserziehung stark auf Krankheit orientiert.<sup>1</sup> Die Gesundheitsdefinition von Hurrelmann lautet wie folgt: „Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den genetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann.“<sup>2</sup> Gesundheit ist somit ein aktiv erlebter Zustand. Faktoren, die dazu beitragen, dass Menschen trotz kritischer Lebensumstände keine Störung oder Krankheit entwickeln, werden auch als „protektive Faktoren“ bezeichnet.<sup>3</sup>

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden häufig als Synonyme verwendet, jedoch stecken hinter diesen verschiedene Konzepte und Strategien. Hurrelmann verdeutlicht die Unterschiede in dem Rahmenmodell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. Das Modell prägte entscheidend die Diskussionen um die Verhinderung von Krankheit und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Antonovsky stellte die Krankheits- und Risikoorientierung von Prävention in Frage, da Individuen ständig verschiedenen Risiken ausgesetzt sind. Seine Leitfrage ist „Was hält Menschen trotz Risiken und Belastungen gesund?“ und nicht, was sie krank macht. Im Modell der Salutogenese werden zwei Pole unterschieden, Gesundheit und Krankheit. Der Mensch

<sup>1</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 43

<sup>2</sup> vgl. Gutzwiller/Jeanneret, 1999, S. 191

<sup>3</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 35

wechselt ständig zwischen den beiden Positionen. Ob jemand mehr zu Krankheit oder Gesundheit tendiert, hängt von der Qualität der Risiken sowie von den individuellen und sozialen Schutzfaktoren ab, über die ein Mensch verfügt. Es hängt also von den persönlichen Voraussetzungen sowie dem sozialen Umfeld ab, wie ein Mensch auf Belastungen reagiert und die kritischen Lebensereignisse bewältigt.<sup>4</sup>

Peter Becker erweiterte das Modell von Antonovsky, indem er zwischen externen Anforderungen wie Schule, Beruf und Familien und internen Anforderungen wie primäre physische Bedürfnisse unterscheidet. Im Weiteren differenziert Becker zwischen externen Ressourcen, wie positive Lebensbedingungen und internen Ressourcen, wie beispielsweise eine gute körperliche Verfassung. Becker beschreibt die psychosozialen Ressourcen in einem positiven Familienklima, welches durch Achtung, Wärme, Rücksichtnahme und wechselseitiger Unterstützung der Familienmitglieder gekennzeichnet ist. Weitere Grundlagen sind gute Bedingungen am Arbeitsplatz bzw. in der Schule, das beinhaltet beispielsweise ein positives Schulklima und Gelegenheiten zur kreativen Entfaltung. Er beschreibt auch intakte nachbarschaftliche Beziehungen und günstige materielle Bedingungen als wichtige Ressourcen. Ein gut ausgebautes Netz von Gesundheitsdiensten sowie soziale, kulturelle und pädagogische Einrichtungen sind wichtige Einflussfaktoren wobei auch die demokratisch-rechtsstaatlich-politischen Rahmenbedingungen von Bedeutung sind.<sup>5</sup>

In Bezug auf das Thema „Prävention von Essstörungen“ ergänzte Clara Kerber die Ressourcen, indem sie sagt, dass ein angemessener Umgang mit dem Thema Körper und Schönheitsideale sowie intakte Freundschafts- und Peergroup-Beziehungen ebenfalls eine wichtige Rolle spielt.<sup>6</sup>

### **3.1.2. Gesundheitsförderung**

Die Gesundheitsförderung orientiert sich an der Idee der Ottawa-Charta der WHO von 1986 und ist gekennzeichnet durch das Paradigma der Selbstbestimmung über Gesundheit.<sup>7</sup> Hurrelmann definiert den Begriff wie folgt: „Gesundheitsförderung setzt an den Schutzfaktoren (auch: Ressourcen) an und will

---

<sup>4</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 41

<sup>5</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 36

<sup>6</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 36

<sup>7</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 40



diese fördern (Beispiele: Lebenskompetenzprogramme, die das Selbstwertgefühl und die Problemlösekompetenzen von Kindern steigern sollen). Sie hat das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern. Das zugrunde liegende Modell ist das Salutogenesemodell.<sup>8</sup>

Das Konzept der Gesundheitsförderung verfolgt somit das Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung über die Stärkung von Ressourcen zu verbessern. Menschen sollen lernen, sich ihrer eigenen Stärken bewusst zu werden und diese zu nutzen. Gesundheitsbezogene Interventionen können somit entweder am Individuum ansetzen, um es zu befähigen, durch selbstbestimmtes Handeln seine Gesundheitschancen zu erhöhen, oder sie setzt am sozialen Umfeld sowie an den gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen an.<sup>9</sup>

Das Modell der Gesundheitsförderung ist sinnvoll für die Prävention von Essstörungen, da die Betroffenen in ihrem Handeln ernst genommen werden und zum anderen Verantwortung für ihr Handeln selbst übernehmen müssen. Im Weiteren ist für die präventive Arbeit von Ernährungsstörungen ein gesellschaftlicher Bewusstseinswandel in Bezug auf Gesundheit, Schlankeheit und Fitness erforderlich, denn am Beispiel der Anorexie wird deutlich, dass die Betroffenen schlank sind, was aber nicht bedeutet, dass sie gesund und fit sind.<sup>10</sup>

### 3.1.3. Definition von Prävention

Der Begriff „Prävention“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „Zuvorkommen“ bzw. „Vorbeugung“, „Abschreckung“.<sup>11</sup> Im Bereich der Medizin und Gesundheitsförderung wird er im Sinn der Vermeidung von psychischen und physischen Missständen benutzt.<sup>12</sup>

Hurrelmann definiert Prävention im Kontext von Gesundheit und Krankheit wie folgt: „Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern.“<sup>13</sup>

Man unterscheidet drei Formen der Prävention.

---

<sup>8</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 41

<sup>9</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 42

<sup>10</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 40

<sup>11</sup> vgl. Fremdwörterbuch, 2002, S. 460

<sup>12</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 36

<sup>13</sup> zitiert nach Hurrelmann, 2007, S. 31

Primäre Prävention zeichnet sich durch das Ziel der Senkung der Inzidenzraten verschiedener Störungen aus. Es soll ein Neuauftreten von Krankheit verhindert, Ersterkrankungen sollen verringert werden.<sup>14</sup> Für die Prävention von Essstörung bedeutet dies, dass begünstigenden Faktoren für die Entstehung einer Ernährungsstörung von vornherein entgegengewirkt werden soll, und zum anderen, dass Widerstandskräfte und Ressourcen der Risikogruppe gestärkt werden müssen.<sup>15</sup>

Sekundärprävention dient der Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung. Das Ziel ist somit die Senkung der Prävalenzraten von Krankheiten durch Früherkennung und frühzeitiger Behandlung.<sup>16</sup> Die Folge für sekundärpräventive Maßnahmen für Essstörungen ist, dass Handlungen ergriffen werden müssen, welche die Manifestierung von Erkrankungen stoppen sowie die Dauer und Intensität mindern. Dazu zählen die Früherkennung der Erkrankung, gezielte Aufklärungsarbeit sowie niederschwellige Beratungsangebote.<sup>17</sup>

Tertiäre Prävention liegt dann vor, wenn eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifestiert ist. Tertiärpräventive Maßnahmen richten sich somit an die Patienten, bei denen das Ziel eine Verringerung oder Beseitigung von Folgeschäden der Erkrankung für die Betroffenen und deren soziales Umfeld ist.<sup>18</sup> Für die Prävention von Essstörungen bedeutet dies, dass das Ziel der Behandlung langfristige Verhaltensänderungen sind.<sup>19</sup>

Im Allgemeinen ist das Ziel der Prävention von Ernährungsstörungen, die Entwicklung von Essbedürfnissen so zu gestalten, dass sie ein möglichst bedarfsgerechtes Essverhalten realisieren.<sup>20</sup>

Die folgenden Ausführungen zu Prävention von Essstörungen werden sich im Wesentlichen auf die Formen der primären und sekundären Prävention beziehen, da der Schwerpunkt der Diplomarbeit auf primärpräventiven Maßnahmen beruht.

---

<sup>14</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 32

<sup>15</sup> vgl. Raabe, 2004, S.37

<sup>16</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S: 32

<sup>17</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 37

<sup>18</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 32

<sup>19</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 38

<sup>20</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 113

## 3.2. Handlungsansätze für die Prävention von Essstörungen

### 3.2.1. Präventionsansätze

Präventionsmaßnahmen für Essstörungen werden immer wichtiger. Die epidemische Ausbreitung und die starken persönlichen sowie gesellschaftlichen Folgen verlangen Handlungsbedarf. Jedoch ist diese „Epidemie“ eine sehr neue Erscheinung, aus diesem Grund existieren nur wenige Theorie- und Praxisansätze. Bis in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts galten Ernährungsstörungen als seltenes Phänomen. Wissenschaftliche Auseinandersetzungen beschäftigten sich bis in die 80er Jahren mit den Themen der Früherkennung und Behandlung.<sup>21</sup>

Präventionsmaßnahmen für Essstörungen müssen schon im Kindesalter beginnen, damit eine optimale Entwicklung in Bezug auf ausgewogene Ernährung und Bewegung erwirkt werden kann. Die Zielobjekte von präventiven Maßnahmen sind somit Essen und Bewegung, also Umweltfaktoren, Energieaufnahme und Energieabgabe. In diesem liegt aber auch das größte Problem, denn die Hälfte der deutschen Bevölkerung kann keine ausgeglichene Energiebilanz erreichen, da die Energieaufnahme größer ist als der Energieverbrauch. Durch technische Hilfsmittel wie Verkehrsmittel, Fernseher und Computer ist die Alltagsbewegung extrem reduziert worden und somit auch die körperlichen Aktivitäten.<sup>22</sup>

Die Prävention von Übergewicht hat grundsätzlich eine günstige Startposition, da das vorgegebene Schlankheitsideal eine gute Motivationsquelle ist. Jedoch ist durch die Flut von unnützen Diäten, welche durch FDH<sup>23</sup> oder kalorienzählende Konzepte geprägt ist, ein Scheitern von vornherein programmiert. Die Schlankheitsdiäten führen zu einem Abbau von Muskelproteinen und zur Senkung des Grundumsatzes. Auch kommt es häufig zu Abbrüchen der Diäten aufgrund des unzureichenden Sättigungsgefühls oder nach erfolgreichen Abnehmuren zu dem Jojo-Effekt. Dies führt dann oft zu Frustration und Demotivation bei den Betroffenen.<sup>24</sup>

Hurrelmann schreibt zum Thema Vorbeugung von Übergewicht folgendes: „Eine langfristige erfolgreiche Prävention der Adipositas muss der Bevölkerung

---

<sup>21</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 41

<sup>22</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 115

<sup>23</sup> Abkürzung für „Friss die Hälfte!“

<sup>24</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 114

Verhaltensstrategien empfehlen, die lebenslang realisierbar sind. Kurzfristige Maßnahmen, die nach Tagen oder Wochen wieder eingestellt werden, können keine präventive Wirkung haben.<sup>25</sup> Das bedeutet, dass sich Essgewohnheiten verändern müssen, denn das Essverhalten erlernen Kinder schon von ihren Eltern. Die Umwelt beeinflusst ebenfalls unsere Entwicklung von Essensvorlieben. Durch die Lockerung der Familienverbände spielen ebenfalls Peer-groups sowie Fernsehen und Angebote aus dem Supermarkt bei der Gestaltung der Geschmacksvorlieben eine große Rolle. Es wird somit im Kindesalter manifestiert, was wir im späteren Leben mögen, und ist nur schwer veränderbar.<sup>26</sup>

Ein weiterer Ansatzpunkt für Prävention ist das existierende Schönheits- und Schlankheitsideal. Es ist wichtig, dass in diesem Zusammenhang mehr Aufklärung geleistet wird. Frauen müssen lernen, sich mehr gegen die Manipulationen der Gesellschaft in Bezug auf ihren Körper zu wehren und sich so zu akzeptieren, wie sie sind. Einige amerikanische Frauenbewegungen boykottieren bereits Werbekampagnen, welche ein Magerimage transportieren.<sup>27</sup>

Im Weiteren sollten präventive Maßnahmen ein gesundes Essverhalten vermitteln sowie die Notwendigkeit von regelmäßigem und genussvollem Essen und körperlichen Aktivitäten. Ebenfalls sollten die Folgeschäden von Diäten verdeutlicht werden. Das Ziel ist ein Sichwohlfühlen im gesunden Körper.<sup>28</sup>

Zusammenfassend lässt sich nun feststellen, dass die Herausforderung in der Prävention von Essstörungen darin besteht, dass Risikofaktoren zu reduzieren und selbststärkende Faktoren zu fördern sind. Dies kann man durch Vermittlung von Lebensfertigkeiten und Copingstrategien erreichen. Katrin Raabe zitiert in diesem Zusammenhang Ingeborg Stahr, welche aus internationalen Erfahrungen verschiedene Kriterien für erfolgreiche schulische Präventionsprojekte ableitet, welche auch für die Prävention von Essstörungen bedeutend sind. Diese Kriterien werde ich im Folgenden ebenfalls zitieren.<sup>29</sup>

- „Suchtprävention muss in ein breites Konzept der Gesundheitsförderung eingebettet sein, sie muss vor allem die Stärkung und Förderung personaler und sozialer Ressourcen zum Ziel haben.“

<sup>25</sup> zitiert nach Hurrelmann, 2007, S. 115

<sup>26</sup> vgl. Hurrelmann, 2007, S. 115

<sup>27</sup> vgl. Fengler, 2002, S. 132

<sup>28</sup> vgl. Fengler, 2002, S. 132

<sup>29</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 42.

- „Präventionsprogramme müssen didaktisch über die kognitive Ebene der Wissensvermittlung hinausgehen.“
- „Schulische Präventionsprogramme dürfen nicht als einmalige Aktion geplant sein, vielmehr sollten sie frühzeitig eingesetzt und langfristig und kontinuierlich sein. Zudem sollten sie [...] fächerübergreifend geplant sein.“
- „Die Programme sollten zielgruppenspezifisch sein.“
- „Diejenigen, die die Programme durchführen, müssen ausreichend darauf vorbereitet sein, d.h. sie müssen [...] über die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten verfügen, die für eine angemessene Umsetzung der Maßnahmen nötig sind.“
- Für die Durchsetzung der Programme müssen die materiellen und personellen Ressourcen zur Verfügung stehen.“

### **3.3. Zielgruppen**

Nach Franzkowiak bilden Personen mit gemeinsamen Merkmalen, die mit einem spezifischen Projekt erreicht werden sollen, eine Zielgruppe. Als Beispiel nennt er die Gesamtbevölkerung sowie übergewichtige oder bewegungsarme Menschen und Raucher. Zu präventiven Zielgruppen zählen auch Menschen, welche nicht direkt risikobezogene Merkmale aufweisen wie Ärzte, Erzieher, Lehrer und Sozialarbeiter. Sie sind Multiplikatoren in der Vermittlung von Wissen.<sup>30</sup> Für die Prävention von Essstörungen stellt sich nun auch die Frage, wer erreicht werden soll. Im Folgenden werde ich mögliche Zielgruppen vorstellen.

#### **3.3.1. Kinder und Jugendliche**

Kinder und Jugendliche sollten für die Prävention von Ernährungsstörungen die primäre Zielgruppe sein, da Studien zeigen, dass adipöse Kinder im Erwachsenenalter ebenfalls zu Adipositasbetroffenen werden, dass aber ein effektives Gewichtsmanagement im Kindesalter zu einem deutlich geringeren Gewicht als Erwachsener führt. Hierbei ist jedoch wichtig, dass Eltern und Familien mit einbezogen werden. Dazu können bspw. Schuluntersuchungen genutzt werden,

---

<sup>30</sup> vgl. Franzkowiak, 2006, S.60

um Kinder mit einem besonders hohen Risiko anzusprechen und zu einer Präventivmaßnahme oder Behandlung zu motivieren.<sup>31</sup> Ein weiterer Grund, Kinder und Jugendliche als primäre Zielgruppe zu sehen, ist der Erkrankungsgipfel in der Pubertät. Die primäre Prävention sollte hier oder sogar früher ansetzen, um die Inzidenzraten von Ernährungsstörungen zu verhindern oder zu reduzieren.<sup>32</sup>

### 3.3.2. Eltern

Die Familie und die Eltern haben einen großen Einfluss auf die Entstehung von Essstörungen, wie oben erklärt.<sup>33</sup> Jedoch werden sie kaum in die Präventionsarbeit einbezogen. In vielen Projekten wird nur versucht, die Einstellung der Kinder zu beeinflussen. Die Eltern werden oft nur mittels schriftlicher Infomaterialien informiert. Dies mag für interessierte Eltern wirksam sein, jedoch werden die schwer zugänglichen Zielgruppen nicht erreicht.<sup>34</sup>

Ein Ansatz in der Elternarbeit wäre, neben dem Schulprojekt Seminare für die Eltern anzubieten, in denen sie sich auf einer persönlichen Ebene mit ihrem eigenen Essverhalten und Familienstrukturen auseinandersetzen, wobei sich hier die Frage stellt, ob diese Aktionen wiederum nur interessierte Eltern ansprechen, da diese Form eine hohe Motivation von Seiten der Erziehungsberechtigten voraussetzt. Es kann jedoch eine große Hilfe für die Familien sein und für solche, welche von Essstörungen bereits betroffen sind.<sup>35</sup>

Ein weiterer Ansatz wäre, die Eltern schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt für das Thema Essstörungen zu sensibilisieren. Es wäre durchaus denkbar, schon im Kindergartenalter oder sogar schon in Krabbelgruppen Ernährungsstörungen zu thematisieren. Mittels Gesprächsgruppen könnte so schon im Kleinkindalter primärpräventive Arbeit geleistet werden, bevor eine Störung entsteht. Ausgebildete Mitarbeiter könnten allererste Warnsignale erkennen und gemeinsam mit den Eltern Lösungswege suchen.<sup>36</sup>

---

<sup>31</sup> vgl. Fengler, 2002, S. 131

<sup>32</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 43

<sup>33</sup> siehe 2.3.1. Familie und Ess-Störung

<sup>34</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 46

<sup>35</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 46

<sup>36</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 46

### 3.3.3. pädagogische Fachkräfte

Es ist wichtig, Pädagogen bei präventiven Maßnahmen mit einzubeziehen, denn sie arbeiten täglich mit den Kindern und Jugendlichen. Ein aufmerksamer Lehrer oder eine aufmerksame Lehrerin kann sehen, ob sich Schüler verändern und gegebenenfalls angemessen reagieren. Sie sind für die Heranwachsenden wichtige Bezugspersonen, und ihre Bedeutung steigert sich noch, wenn Kindern sich ihren Eltern nicht anvertrauen können oder nicht anvertrauen wollen. Daher ist es wichtig, dass Lehrer sowie andere professionelle Mitarbeiter ein Grundwissen über Essstörungen besitzen.<sup>37</sup>

Pädagogische Fachkräfte fungieren oft als Vertrauenspersonen und sind somit wichtige „Stützpfiler“ in der Pubertät. Raabe verdeutlicht die Bedeutung einer guten Beziehung zwischen und Lehrer und Schülern in einem Zitat einer magersüchtigen Patientin, welche folgendes sagte: „Zwei Lehrerinnen haben sich schließlich Zeit für mich genommen und haben manchmal die Pause mit mir allein im Klassenzimmer verbracht, um ein Gespräch zu führen oder sich nach der Schule mit mir zu einem Tee oder Kaffee in der Stadt getroffen.

Sie waren damals wichtige Bezugspersonen für mich. Ich hatte einen Anlaufpunkt, wenn es zu Hause sehr schlimm wurde. Ich denke, Lehrer sind viel mehr als „nur“ Lehrer, sie sind potenzielle Vertrauenspersonen, Schlüsselfiguren bei Zukunftsplänen (was mache ich nach dem Abitur?), und Schüler sehen in ihnen manchmal den Ersatz für die viel zu beschäftigten und oft verständnislosen und gestressten Eltern.

Die eine Lehrerin hat mich einmal gefragt, was ich ihr raten würde, wie sie mit einem anderen Mädels mit Magersucht umgehen sollte... Ich habe geantwortet: alles andere, als sie zum Essen zu überreden. Zuwendung, Zeit, Wärme und Verständnis für sie, ... der Rest kommt dann bestimmt von ihr... ist erst mal Vertrauen da, kommt der Rest von allein.“<sup>38</sup>

Das Zitat zeigt, wie wichtig stetige Beziehungen sind. Es muss eine Vertrauensbasis existieren, um eine Essstörung überwinden zu können. Oft haben Jugendliche in der Pubertät ein gespaltenes Verhältnis zu ihren Eltern. Sie versuchen selbstständig zu werden und ihr Leben eigenständig zu bewältigen. Daher kommt es oft zu Diskrepanzen zwischen den Parteien. Lehrer oder andere professionelle Mitarbeiter können in dieser Phase als neutrale Vermittler tätig sein.

<sup>37</sup> vgl. Raabe, 2004, S. 50

<sup>38</sup> zitiert nach Raabe, 2004, S. 49

#### **4. „ESS O ESS - gesunde Lebenslust“ - Analyse des Essverhaltens von Schülern im Landkreis Müritz**

Das Präventionsprojekt „ESS O ESS - gesunde Lebenslust“ wurde durch den Arbeitskreis Essstörungen im Landkreis Müritz entwickelt. Die Idee für das Projekt kam von Nicole Sanmann (Diplom Sozialpädagogin/ Sozialarbeiterin). Frau Sanmann leitete die Durchführung der Analyse zum Essverhalten der Schüler. Mein Part war zunächst die Durchführung sowie die Auswertung der erhobenen Daten.

##### **4.1. Gründe für die Analyse**

Die Initiierung und Planung des Projektes zur Prävention ging auf die seit Jahren ansteigende Rate der übergewichtigen Vorschulkinder sowie der essgestörten Frauen, die in der Beratungsstelle der Caritas Mecklenburg e.V. in Waren (Müritz) erschienen, zurück. Nach den Vorschuluntersuchen im Jahr 2006 wurde deutlich, dass der Landkreis Müritz die dicksten Vorschüler in ganz Mecklenburg-Vorpommern hat. Das Gewichtsverhalten stellt sich als besorgniserregend da. Es sind 18,6% übergewichtig und 9,4% fettleibig. Die statistischen Zahlen zeigen, dass die Anzahl der adipösen Kinder zum Jahr 2005 um 2,3% angestiegen war.<sup>1</sup>

Ein weiterer Grund ist die Erfahrung verschiedener Mitglieder in Bezug auf die Essensversorgung an den Schulen im Landkreis. In der Arbeit mit Jugendlichen, welche unter Gewichtsproblemen leiden, kommt oft die Aussage, dass sie lieber Fastfood essen als die Schulspeisung zu nutzen. Das Essen sei ungenießbar, dieser Tatsache wollten wir mit der Analyse ebenfalls hinterfragen. Im Weiteren spielen bei der Entstehung von Essstörungen verschiedene Einflüsse eine bedeutende Rolle, wie das Diätverhalten, das Empfinden von Hunger und Sättigung sowie Schuldgefühle. Alle diese Empfindungen beeinflusst unser Essverhalten. Die Analyse soll klären, wie die Schüler empfinden und ob sie Erfahrungen mit Diäten haben. Wie in den vorherigen Kapiteln thematisiert, spielt auch die Familie eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Ernährungsstörungen. Ich möchte hier behaupten, dass ein unregelmäßiges Essverhalten im familiären Umfeld Übergewicht fördert. Viele Schüler sind nach der Schule allein,

---

<sup>1</sup> [http://www.landkreis-mueritz.de/files/familienbericht\\_landkreis\\_mueritz.pdf](http://www.landkreis-mueritz.de/files/familienbericht_landkreis_mueritz.pdf)



sie essen dann vor dem Fernseher. Ein solches Verhalten führt zu unkontrollierten Essen, da die Aufmerksamkeit auf das TV-Programm gerichtet ist. Dies könnte ein Grund für die übergewichtigen Kinder sein.

## **4.2. Zielgruppe**

Die Befragung richtet sich an die Schüler des Landkreis Müritz. Insgesamt haben 1096 Probanden aus 17 Schulen an der Befragung teilgenommen. Es handelte sich um acht Grundschulen<sup>2</sup>, zwei Gymnasien, eine Kooperative Gesamtschule, fünf Regionalschulen sowie eine Grund- und Regionalschule und zwei Förderschulen.

Die Teilnehmer waren zwischen neun und 19 Jahre alt. Sie besuchten die Klassenstufen vier bis 12. Die Auswahl der Kinder und Jugendlichen gestaltet sich nach dem Zufallsprinzip. Die Erhebung fand im Klassenverband statt, war anonym und freiwillig.

## **4.3. Material und Methodik**

### **Untersuchungsmaterial**

Die Erhebung der Daten mittels eines Fragebogens bedurfte zuvor einer schriftlichen Erlaubnis durch das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg – Vorpommern sowie der Zustimmung der jeweiligen Schulleiter. Diese liegen dem Caritasverband Mecklenburg e.V. vor.

Die vorliegende Analyse beruht auf einer willkürlichen Auswahl an Schülern, da im Vorfeld nur die Klassenstufen ausgewählt wurden, aber die Schülerzahl nicht relevant war. Die genaue Anzahl ergab sich erst bei der Auswertung.

### **Untersuchungsmethode**

In der Arbeitsgruppe „Prävention“ wurde über die Form der Befragung diskutiert. Es standen Interview und Fragebogen zur Debatte. Wir entschieden uns für den Fragebogen, da somit eine breitere Masse schneller erfasst werden konnte.

Bevor der Fragebogen erstellt wurde, musste in der Arbeitsgruppe entschieden werden, welche Themen bzw. Fragen relevant sind. Es soll mit der Erhebung

---

<sup>2</sup> nur die 4. Klassen

nachgewiesen werden, dass Prävention von Essstörungen schon vor der Pubertät ansetzen sollte. Im Weiteren soll das Ernährungsverhalten der Kinder und Jugendlichen im Schulalltag sowie im Elternhaus hinterfragt werden. Jedoch sollen auch Gefühle erfasst werden. In der Arbeitsgruppe entwickelten wir ein Dreistufenmodell für die Umsetzung des Projektes „ESS O ESS – gesunde Lebenslust“. Es ist eine Mischung aus Ist-Analyse, Soll-Analyse und Umsetzung des Vorhabens.

In der ersten Phase des Projektes wurde mittels einer Befragung der jeweiligen Schulleiter der Ist-Zustand in den 17 ausgewählten Schulen analysiert. Hierzu wurden die Schulleiter interviewt. Gegenstand der Befragung waren die Pausenzeiten, die Räumlichkeiten sowie die Milch- und Mittagsversorgung.<sup>3</sup>

In der zweiten Phase wurden Analysen zum Essverhalten sowie zur Zufriedenheit bei den Schülern durchgeführt. Die Probanden erhielten dafür einen Fragebogen, dieser erfasste demografische Daten wie Alter, Geschlecht und Klasse. Im zweiten Teil des Bogens wurde erfasst, welche Essgewohnheiten die Schüler haben und wie sie die schulische Essensversorgung bewerten. Der dritte Teil erfragt die Gefühle, welche die Kinder beim Essen empfinden und ob sie Diäterfahrungen haben.

Die dritte Phase ist die Umsetzung des Projektes „ESS O ESS – gesunde Lebenslust“ an einer Schule im Landkreis Müritz.<sup>4</sup>

### **Untersuchungsverfahren**

Die Umfrage zum Essverhalten der Schüler im Landkreis Müritz sollte herausfinden, in welchem Alter es sinnvoll ist, mit Prävention von Essstörungen zu beginnen. Es stellte sich nämlich die Frage, ob präventive Maßnahmen in der Pubertät schon zu spät einsetzen. Die jahrelange Erfahrung von Frau Sanmann und anderen Mitarbeitern von Beratungsstellen zeigt, dass viele von Essstörungen Betroffene schon vor der Pubertät Symptome für ein gestörtes Essverhalten aufweisen. Die Erhebung sollte nun Beweise liefern, welche ein solches Pilotprojekt rechtfertigen.

Die unternommene Befragung gehört zum Themengebiet der Dunkelfeldforschung, da sie anonym durchgeführt wurde. Es ist auch nicht nachweisbar, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

---

<sup>3</sup> Ergebnisse siehe Anhang

<sup>4</sup> siehe Anhang

Da der Erkrankungsgipfel für Jugendliche im Alter zwischen 13 und 19 Jahren liegt, ist dies auch die Altersgruppe, welche für die Erhebung ausgewählt wurde. Da jedoch bewiesen werden soll, dass Prävention schon früher einsetzen soll, haben wir die Teilnehmergruppe auf ab 9-Jährige ausgedehnt.

Die Umfrage wurde in drei Bereiche eingeteilt.

Der erste Abschnitt diente dem Aufwärmen. In diesem sollten die Schüler nur Schulart, Geschlecht, Alter und Klasse eintragen.

Im zweiten Teil ging es dann um das Essverhalten. Zunächst war es wichtig für uns zu erfragen, ob die Schüler zu Hause frühstücken. Dann ging es weiter mit der Frühstückspause, der Getränkeversorgung und der Mittagspause. Eine wichtige Frage war auch, ob es in den Elternhäusern noch regelmäßig gemeinsam eingenommene Mahlzeiten gibt. In der Literatur werden Erklärungsansätze als multikausal beschrieben. Es spielen die familiären Einflüsse eine große Rolle und die erlernten Verhaltensmuster und somit auch die erlernte Esskultur. Es ist die Gewohnheitsbildung, die jedes Kind im Elternhaus erfährt.<sup>5</sup>

Im dritten Teil wurden die Erfahrungen der Schüler in Bezug auf Diäten, Hunger-, Sättigungs- und Schuldgefühlen beim Essen erfragt und welche Hobbys sie haben. Der Zeitraum der Durchführung belief sich auf 3 ½ Monate.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels einer von mir angefertigten Datenbank mit Microsoft Access.

#### **4.4. Auswertung der Ergebnisse**

Ich werde im Folgenden die Ergebnisse der Analyse in der gleichen Reihenfolge präsentieren, wie die Fragen im Erhebungsbogen gestellt wurden.

Es wurden insgesamt 17 Schulen aufgesucht und 1096 Schüler zu ihrem Essverhalten befragt.

Die Befragung ist in drei verschiedene Kategorien eingeteilt. Der erste Teil ist ein allgemeiner Teil; in diesem wurden zunächst allgemeine Fragen gestellt. Der zweite Teil befasst sich mit den Essgewohnheiten der Schüler sowie den räumlichen und personellen Gegebenheiten in der Schule. Im dritten Teil sollten die Probanden ihre Gefühle in Bezug auf Essen und familiäre Essgewohnheiten beschreiben.

---

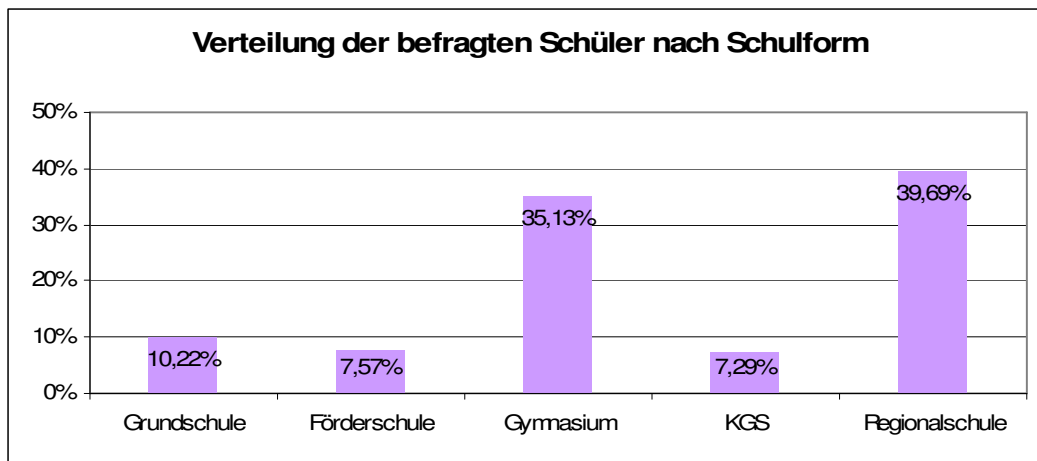
<sup>5</sup> vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch, 2007, S. 115

#### 4.4.1. Teil I – Demografische Daten

Die Erhebung begann zunächst mit einer Aufwärmphase. Daher erfragte ich zunächst, welche Schule die Befragten besuchen, welches Geschlecht sie haben, wie alt und in welcher Klasse sie sind.

##### Frage 1. Schulform

Als erstes sollten die Schüler die Schulart mitteilen, welche sie besuchen. Das folgende Diagramm zeigt die prozentuale Verteilung der befragten Schüler pro Schulform.



Das Diagramm zeigt, dass 10,22% der Teilnehmer die Grundschule besuchen, 7,57% die Förderschule und 35,13% das Gymnasium. 7,29% sind Schüler der Kooperativen Gesamtschule und 39,69% sind Regionalschüler.

Die Anzahl der befragten Schüler ergab sich aus der jeweiligen Klassenstärke. Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den teilnehmenden Grundschulern und Förderschülern zu den Schülern weiterführender Schulen<sup>6</sup>. Dies lässt sich wie folgt erklären: Die Befragung richtete sich an den Grundschulen nur an die vierten Klassen. Außerdem ist die Klassenstärke in den Grundschulen und Förderschulen schwächer als die in den Sekundarstufen I und II.

Die geringe Anzahl der befragten Jugendlichen in der Schulform KGS (Kooperative Gesamtschule) ist so gering, weil es im Landkreis Müritz zum Zeitpunkt der Befragung nur eine dieser Art gab. Auch haben die gymnasialen Schüler bei der Frage nach der Schulart Gymnasium angegeben, da die Schule unmittelbar

<sup>6</sup> weiterführende Schulen sind Regionalschulen, Gymnasien sowie die KGS

vor der Befragung gegründet wurde und die Namensgebung noch nicht eindeutig war.

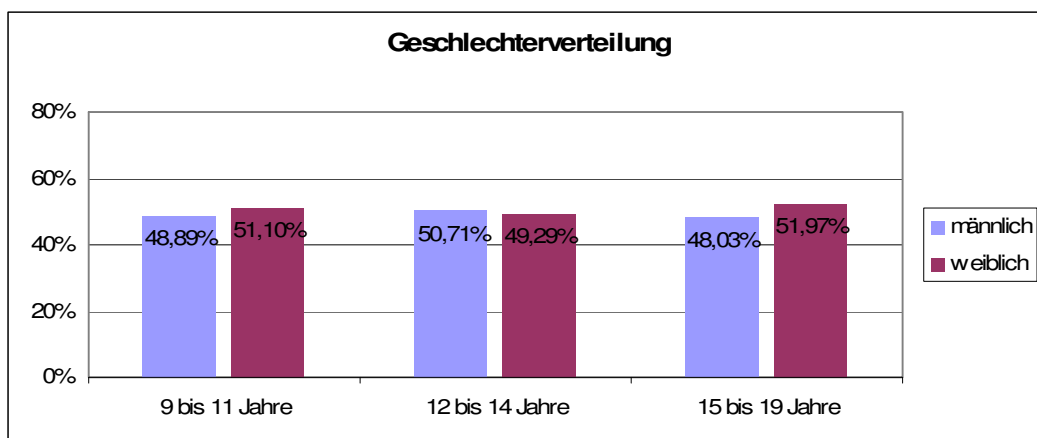
Insgesamt haben 1096 Schüler im Landkreis Müritz an der Befragung teilgenommen, das sind 24% der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen im Jahr 2006.<sup>7</sup>

Die Auswertung der folgenden Fragen erfolgt in drei Altersgruppen. Die Schüler sind unterteilt in 9- bis 11-Jährige, 12- bis 14-Jährige und 15- bis 19-Jährige. Diese Einteilung soll die Veränderungen verdeutlichen, welche die Heranwachsenden in Bezug auf die Essgewohnheiten und ihre Einstellung zum Essen durchleben.

### Frage 2. Geschlecht

Mit dieser Frage wollte ich zwischen den Geschlechtern differenzieren. Es soll helfen in den folgenden Fragen zu verdeutlichen inwieweit sich Mädchen und Jungen mit steigendem Alter verändern oder nicht.

Das folgende Diagramm zeigt die prozentuale Geschlechterverteilung der an der Befragung teilgenommenen Schüler.



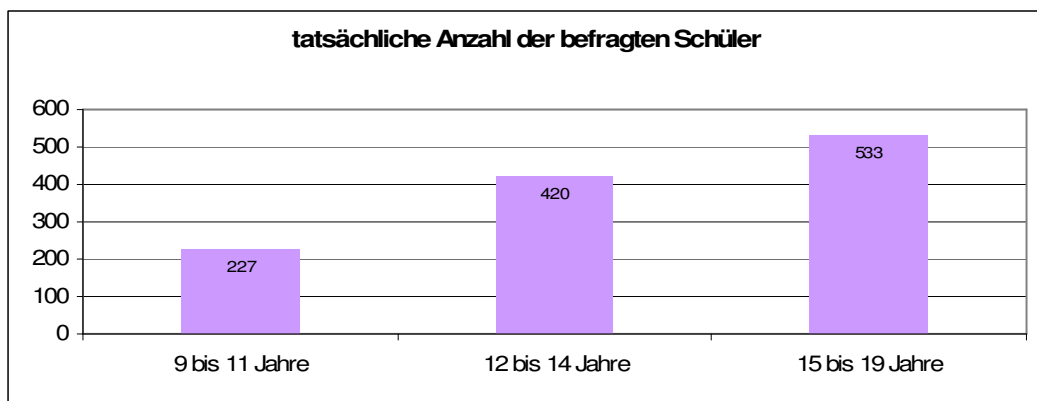
Die Darstellung zeigt die Verteilung der befragten Schüler in drei Altersgruppen. Bei den 9- bis 11-Jährigen haben 48,89% Jungen und 51,10% Mädchen, bei den 12- bis 14-Jährigen sind es 50,71% Jungen sowie 49,29% Mädchen und in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen lag die Geschlechterverteilung bei 48,03% Jungen zu 51,97% Mädchen.

<sup>7</sup> vgl. 1. Analyse im Anhang

Die Befragung richtete sich an alle Schüler der Klassenstufen vier bis 13 der am Projekt teilnehmenden Schulen. Im Vorfeld habe ich die Geschlechterverteilung nicht vorgegeben. Jedoch ist es gelungen ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis zu erzielen. Somit hat ca. die gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen den Fragebogen ausgefüllt.

### Frage 3. Alter

Das folgende Diagramm zeigt die tatsächliche Anzahl der Teilnehmer pro Altersgruppe.



Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der befragten Schüler zwischen 15 bis 19 Jahre alt ist. In dieser Altersgruppe haben 533 Jugendliche teilgenommen. Bei den 12- bis 14- Jährigen sind es 420, und bei den 9- bis 11-Jährigen sind es 227. Die geringe Anzahl der zweiten Probandengruppe ist auf die Klassenstärken der vierten Klassen der Grundschulen zurückzuführen.

Die Altersgrenzen wurden in der Arbeitsgruppe beschlossen. Die Gründe dafür waren zum einem, dass ein Fragebogen für jüngere Schüler ohne Lesekenntnisse nicht geeignet schien. Zum anderen war es die Erfahrungen aus der Praxis, welche zeigte, dass die intensive Beschäftigung mit dem eigenen Körper sowie dem Schönheitsideal in dieser Altersspanne am intensivsten ist. In Bezug auf Anorexia nervosa spricht man oft von einer Pubertätsmagersucht, d.h. dass der Häufigkeitsgipfel im Alter von 14 Jahren liegt.<sup>8</sup> Mittels der Analyse soll verdeutlicht werden, wann Kinder und Jugendliche sich in diesem Alter intensiver mit der Thematik „Essen“ auseinandersetzen und somit gegebenenfalls die Weichen für eine Essstörung gestellt werden. Die Erhebung soll zeigen, wann

<sup>8</sup> vgl. Pudel/Westenhöfer, 1998, S. 226

Prävention im Grundschulalter ansetzen sollte, damit die Schüler rechtzeitig über die Folgen von Diäten und Hungerkuren aufgeklärt werden. Auf der Internetseite [www.magersucht.de](http://www.magersucht.de)<sup>9</sup> werden Zahlen genannt, welche erschreckend sind. Dort heißt es, dass 25% aller 7- bis 10-jährigen Mädchen sowie 11% aller Jungen dieses Alters Erfahrungen mit Schlankheitsdiäten haben. Es galt nun zu klären, ob diese Zahlen ebenfalls für die Kinder im Landkreis Müritz zutreffen.

#### **Frage 4. Klasse**

Bei der Erstellung des Fragebogens erschien es sinnvoll, die Schüler nach ihrer Klassenstufe zu befragen, jedoch zeigte sich bei der Auswertung, dass diese Zahlen weniger relevant sind als die des Alters. Aus diesem Grund verzichte ich an dieser Stelle auf eine Auswertung der Klassenverteilung.

#### **4.4.2. Zusammenfassung**

Zum ersten Teil der Befragung ist zusammenfassend zu sagen, dass insgesamt fünf verschiedene Schulformen aufgesucht wurden. Es waren Grund-, Förder- und Regionalschulen, Gymnasien sowie eine Kooperative Gesamtschule. Der größte Anteil der befragten Schüler kam aus den Gymnasien mit 35,13% und aus den Regionalschulen mit 39,69%. Es hat an der Befragung etwa die gleiche Anzahl an Mädchen und Jungen teilgenommen. So waren 49,21% männlichen und 50,79% weiblichen Geschlechts. Wie oben erwähnt, habe ich im Vorfeld nicht festgelegt, wie die Geschlechterverteilung sein soll. Daher war ich sehr überrascht, dass trotzdem ein Gleichgewicht entstanden ist. Die Auswertung der Fragen erfolgte im Weiteren in drei Altersgruppen. Es ergibt sich für die tatsächliche Anzahl der Probanden folgende Verteilung:

Es sind 227 der befragten Schüler im Alter zwischen neun bis elf Jahre. In der Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen haben 420 und in der dritten Gruppe bei den 15- bis 19-Jährigen 533 Schüler an der Analyse teilgenommen. Die befragten Schüler besuchten die vierte bis dreizehnte Klasse der oben genannten Schulformen.

---

<sup>9</sup> [www.magersucht.de/krankheit/zahlen.php](http://www.magersucht.de/krankheit/zahlen.php)

### 4.4.3. Teil II - Essgewohnheiten

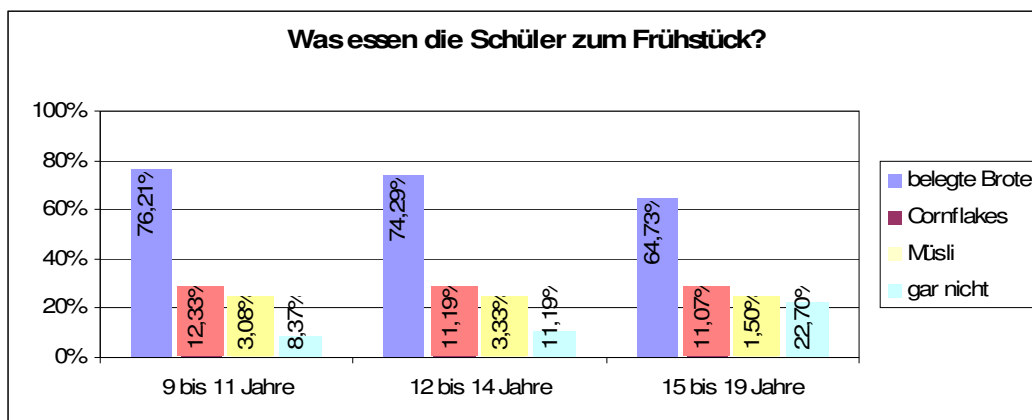
Die Fragen 5 bis 15 sind der zweite Teil des Fragebogens. Sie erfassen die Essgewohnheiten der Schüler im schulischen Bereich. Themenschwerpunkte sind die Nutzung der Milchversorgung sowie der Schulspeisung. Im Weiteren habe ich die Zufriedenheit mit dem Speisenangebot sowie der Gestaltung des Speisesaals.

## Frühstück

### Frage 5 Was isst du zum Frühstück?

Diese Frage soll den Sachverhalt klären, ob die Kinder und Jugendlichen frühstücken. Figurbewusste Menschen lassen oft die erste Mahlzeit des Tages aus, um so Kalorien zu sparen. Auch die Medien propagieren, dass ein Frühstücksdrink die Mahlzeit komplett ersetzt oder den Appetit für den ganzen Tag reduziert.

Wie verändert sich das Frühstücksverhalten der Kinder und Jugendlichen? Diese Frage erfasst somit, was und wie Schüler Frühstücken oder ob sie ggf. nichts essen. Die Probanden konnten zwischen folgenden Antworten wählen „Belegte Brötchen“, „Cornflakes“, „Müsli“ und „gar nichts“. Das folgende Diagramm zeigt die prozentuale Verteilung der Frühstücksgewohnheiten.



Die Zahlen zeigen, dass der größte Anteil der Schüler etwas zum Frühstück isst. Die Vorliebe liegt hierbei beim belegten Brot bzw. Brötchen. Die Anzahl der „Brot-Esser“ liegt bei den 9- bis 11-Jährigen bei 76,21%. Mit dem steigenden Alter sinkt die Anzahl gering auf 74,29% bei den 12 bis 14 Jahre alten und auf 64,73% bei den 15- bis 19-jährigen Schülern. Es wird jedoch auch deutlich,



dass die Zahl der „Nichts-Esser“ mit zunehmendem Alter ansteigt. So essen nur 8,37% der ersten Altersgruppe kein Frühstück, bei den 12- bis 14-jährigen sind es dann schon 11,19%, und in der dritten Gruppe verdoppelt sich die Anzahl auf 22,70%. Hier wäre nun in einer weiteren Analyse zu hinterfragen, warum dies so ist. Liegt es am wachsenden Figurbewusstsein oder daran, dass Jugendliche mehr Freiräume haben, ihren Morgen und ihre Zeit sowie Vorlieben alleine zu gestalten? Die Schüler, welche zum Frühstück Cornflakes oder Müsli bevorzugen, bleiben in den Altersgruppen konstant. So essen bei den 9- bis 11-Jährigen 12,33% Cornflakes und 8,37% Müsli. In der zweiten Probandengruppe sind es 11,19% sowie 3,33% und bei den 15- bis 19-Jährigen sind es 11,07% sowie 1,50% der Schüler, die sich so ernähren.

Insgesamt ist ein Rückgang der „Brot-Esser“ von rund 12% in der Altersgruppe der 9- bis 11-Jährigen zu den der 15- bis 19-Jährigen zu verzeichnen. Im gleichen Zusammenhang ist ein Anstieg von rund 14% der „Nicht-Esser“ zu bemerken. In Gesprächen mit Schülern habe ich erfahren, dass sie morgens oft keine Zeit haben, um zu frühstücken, da die Raucher unter ihnen lieber die Zigarette unterwegs bevorzugen. Andere gaben wiederum an, dass sie nicht allein am Frühstückstisch sitzen wollen, weil das Essen so nicht schmeckt. Wie oben erwähnt, könnte man die Gründe für den Wandel in einer weiteren Analyse hinterfragen. In dieser sollten dann die Eltern mit einbezogen werden.

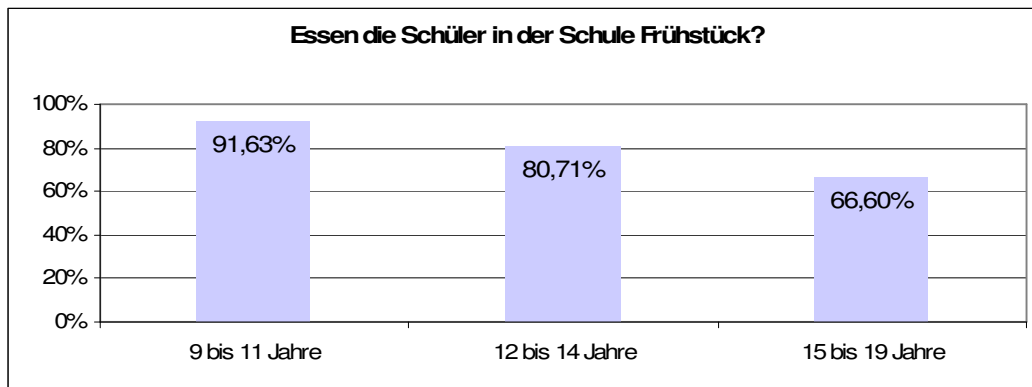
## **Frühstückspause**

### **Frage 6. Nutzt du die Frühstückspause zum Essen?**

Mit dieser Frage soll geklärt werden, ob die Kinder und Jugendlichen in der Schule die Frühstückspause zum Essen nutzen. Die These lautet, dass mit steigendem Alter immer weniger Schüler frühstücken, im privaten wie auch im schulischen Bereich. Es liegt hierbei nah, dass das wachsende Figurbewusstsein die Jugendlichen zum Nichtessen animiert. Nach dem Motto „FdH“ lassen viele Menschen die erste Mahlzeit des Tages aus, um somit Kalorien einzusparen.

Die Erhebung soll somit klären, ob die Frühstückspause zur Aufnahme der Mahlzeit genutzt wird, da die Nährstoffe, welche durch die Mahlzeit aufgenommen werden, wichtige Energielieferanten für den Lernprozess sind. Die Pro-

banden hatten die Wahlmöglichkeit, diese Frage zu bejahen oder zu verneinen. Das folgende Diagramm zeigt die prozentuale Verteilung der Schüler, welche die Frage bejaht haben.



Die Erhebung zeigt, dass 91,63% der 9- bis 11-Jährigen, jedoch nur 80,71% der 12- bis 14-Jährigen und 66,6% der 15- bis 19-Jährigen die Frühstückspause zum Essen nutzen. Es nutzen also im Durchschnitt rund 79,65% der befragten Schüler die Pause, entweder ein erstes oder ein zweites Frühstück zuzunehmen.

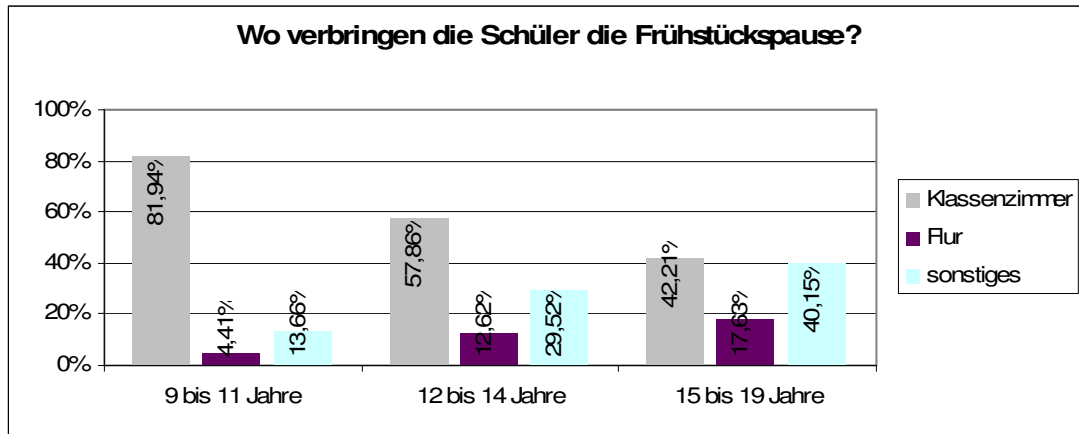
Die Ergebnisse beweisen, dass die These stimmt. Mit steigendem Alter nutzen immer weniger Schüler die Frühstückspause zum Essen. Im Zusammenhang mit der 5. Frage, also was die Kinder und Jugendlichen essen, zeigt sich, dass mit dem steigenden Alter die Prioritäten verändern. Die Probanden scheinen weniger zu essen, dies kann wiederum verschiedene Gründe haben. So steigt zum einen das Figurbewusstsein der Jugendlichen. Im Weiteren werden die Heranwachsenden immer selbstständiger, sie erhalten immer mehr Freiräume und Selbstbestimmungsrechte. Sie entscheiden, wann und was sie essen. Leider führt dies bei einigen zu einem unregelmäßigen Essverhalten, welches oft von Hungern und Essanfällen geprägt ist. Die Jugendlichen nehmen dann in Heißhungerattacken viel mehr Kalorien zu sich, als sie es tun würden, wenn sie regelmäßig essen würden.

### Frage 7. Wo verbringst du die Frühstückspause?

Mit dieser Frage möchte ich die Hypothesen hinterfragen „Schüler haben keine Zeit zum Frühstück, da sie zwischen den Stunden die Räume wechseln müssen“ und „Grundschüler nutzen noch die erste Pause zum Essen. Jedoch mit

steigendem Alter gehen die Schüler rauchen oder einkaufen im nahe liegenden Supermarkt“.

Die Schüler konnten zwischen „Klassenraum“, „Schulflur“ und „Sonstiges“ entscheiden. Das folgende Diagramm zeigt die prozentuale Verteilung.



Die Ergebnisse zeigen, dass 81,94% der 9- bis 11-Jährigen, 57,86% der 12- bis 14-Jährigen und noch 42,21% der 15- bis 19-Jährigen die Frühstückspause im Klassenzimmer verbringen. Die Anzahl sinkt also mit dem ansteigendem Alter sowie Klassenstufen. Im Gegenzug steigen die Zahlen der Schüler, die die Pause auf dem Flur sowie in sonstigen Räumlichkeiten verbringen.

In der Altersgruppe der 9 bis 11 Jahre alten Schüler gibt es 64,32% eine Pausenaufsicht in der Frühstückspause. Diese achtet darauf, dass die Kinder im Klassenraum bleiben und ihr Pausenbrot essen.<sup>10</sup> Mit dem Älterwerden sowie der veränderten Schularart sind die Schüler immer mehr sich selbst überlassen und können somit selbst entscheiden, wie sie die Pause verbringen. Es liegt daher die Vermutung nahe, dass die Schüler die Pause nutzen, um zu rauchen oder in nahe liegenden Supermärkten einkaufen zu gehen. Jedoch müsste dies in einer weiteren Befragung hinterfragt bzw. bewiesen werden.

Eine mögliche Erklärung für die Ergebnisse kann die Bestätigung der Thesen sein. Zur ersten These kann man vermuten, dass Grundschüler, also 9- bis 11-Jährige, weniger häufig die Räumlichkeiten wechseln als Schüler der weiterführenden Schulen. Zur zweiten These: Mit steigendem Alter gibt es immer seltener Aufsichtspersonen, d.h. die Jugendlichen haben mehr Freiräume, da sie nicht unter ständiger Aufsicht stehen.<sup>11</sup>

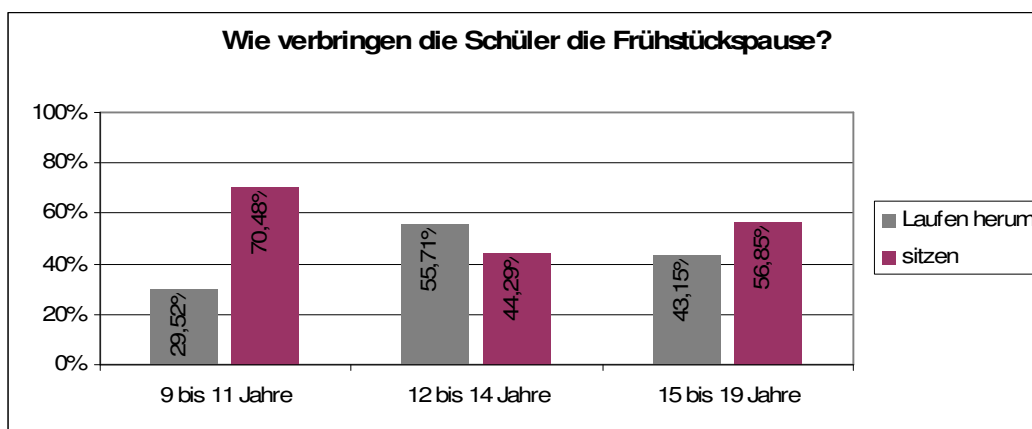
<sup>10</sup> siehe Diagramm 9

<sup>11</sup> vgl. Diagramm 9

Während der Durchführung der Erhebung hat sich herausgestellt, dass die Frage anders formuliert werden hätte müssen, um die These zu belegen. Daher können die Thesen nicht belegt bzw. widerlegt werden.

### **Frage 8. Wenn du im Klassenzimmer bist, wie verbringst du die Pause? Läufst du herum oder sitzt du am Tisch?**

Mit dieser Frage wollte ich die These hinterfragen, ob Schüler in den niedrigen Klassenstufen durch die Aufsichtsperson beim Essen eher sitzen als Schüler der höheren Klassen, da diese aufgrund der größeren Freiheit, aber auch aufgrund des hinzukommenden Raumwechsels, nicht so viel Ruhe zum Essen haben. Die Erhebung erschien beim Entwerfen des Fragebogens als sinnvoll, um die Frage zu klären, ob die Schüler ihre Mahlzeit im Sitzen oder im Laufen zu sich nehmen. Im Nachhinein bin ich zu dem Erkenntnis gekommen, dass diese Frage nur von geringer Bedeutung ist, da ich im Vorfeld davon ausgegangen bin, dass man sich im Sitzen mehr auf das Essen konzentriert als beim Laufen. Das muss jedoch nicht der Fall sein, denn wenn man sich während der Nahrungsaufnahme mit anderen unterhält oder ggf. Hausaufgaben macht, achtet man nicht auf die Menge, die man isst. Die Zahlen sagen somit nichts Konkretes zum Essverhalten aus. Ich werde somit die Ergebnisse nur kurz beschreiben. Die Probanden hatten zwei Antwortmöglichkeiten vorgegeben, entweder sie „laufen herum“ oder „sitzen am Tisch“. Das Diagramm zeigt die prozentuale Verteilung der Antworten in Bezug auf die Antwortmöglichkeiten.



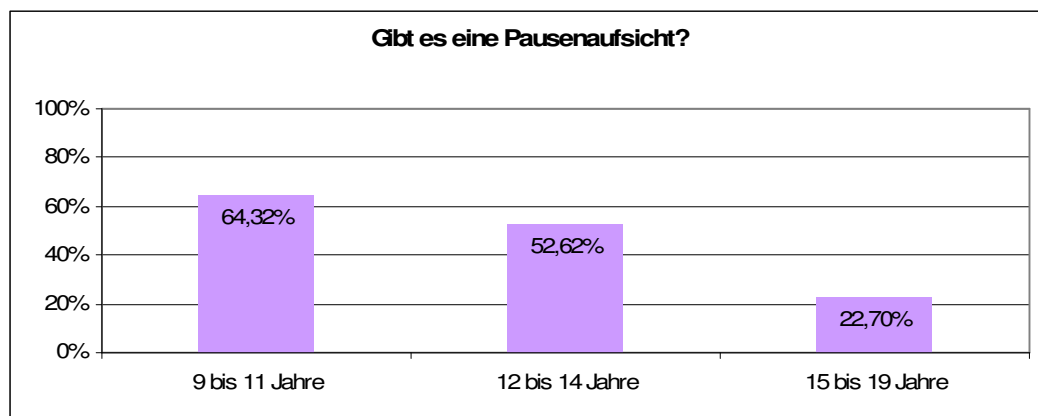
Das Diagramm zeigt, dass 70,48% der 9- bis 11-Jährigen jedoch nur 44,29% der 12- bis 14-Jährigen die Pause im Sitzen verbringen. Jedoch steigt die Zahl wieder bei den 15- bis 19-Jährigen. Dies ist verwundernd, da mit dem höherem

Alter die Anzahl der Schüler steigt, welche die Pause auf dem Flur oder in sonstigen Räumlichkeiten verbringen.<sup>12</sup> Meine Vermutung war, dass mit steigender Klassenstufe die Anzahl der Schüler, die durch das Schulgebäude läuft ansteigt. Doch die Ergebnisse zeigen, dass die Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen die aktivere Gruppe ist. Jedoch wurde meine These bestätigt, dass die Mehrzahl der Grundschüler, also der 9- bis 11-Jährigen, die Pause im Sitzen verbringt. Dies lässt sich in Verbindung mit der 9. Frage erklären. In dieser Altersgruppe ist es üblich, dass in der Frühstückspause eine Pausenaufsicht mit im Raum ist und die Kinder dazu anhält sitzenzubleiben.

Wie genau die Schüler die Pause verbringen, könnte man in einer detaillierten Befragung genau klären.

### Frage 9. Gibt es eine Aufsichtsperson im Klassenzimmer?

Diese Frage wurde gestellt, um zu prüfen, wie sich eine Aufsichtsperson während der Frühstückspause auf das Essverhalten der Schüler auswirkt. Es wurde die These aufgestellt, dass mit einer Pausenaufsicht die Schüler regelmäßiger in der ersten Pause eine Mahlzeit zu sich nehmen. Die Schüler konnten diese Frage bejahen oder verneinen. Das folgende Diagramm zeigt die prozentuale Verteilung der Schüler, welche angaben, dass es eine Aufsichtsperson während der Frühstückspause gibt.



Die Ergebnisse zeigen, dass mit steigendem Alter immer seltener eine Aufsichtsperson mit im Klassenraum ist. In der Altersgruppe der 9- bis 11-Jährigen gaben 64,32% der Befragten an, dass es eine Aufsichtsperson gibt. Bei den 12-

<sup>12</sup> siehe Diagramm 7

bis 14-Jährigen sind es 52,62%, hingegen in der dritten Probandengruppe sind es nur noch 22,70%.

Eine mögliche Erklärung könnte die nachlassende Aufsichtspflicht mit zunehmendem Alter sein, dies wiederum hat den Nebeneffekt, dass die Schüler mehr Freiheiten haben, aber auch sich selbst überlassen werden. Bringt man die Ergebnisse mit den veränderten Essverhalten der Heranwachsenden in Verbindung<sup>13</sup>, so könnte man davon ausgehen, dass die oben erwähnte Selbstbestimmung dazu führt, dass ohne Aufsicht die Schüler sich anderweitig beschäftigen und so weniger essen. Es wäre somit ein Beweis, dass eine Pausenaufsicht die Kinder zum Essen animieren, da sie ggf. gemeinsam mit den Schülern das Frühstück einnimmt, somit kann es vom Vorteil sein, wenn die Lehrer die Frühstückspause gemeinsam mit den Schülern verbringen.

Wie sich eine Aufsicht in Bezug auf das Essverhalten auswirkt, könnte in einer Versuchsphase getestet werden. Man könnte mit einer oder mehreren Testklassen einen Vergleich zwischen den Faktoren „mit“ oder „ohne“ Aufsicht aufstellen. Dies wäre somit eine Idee für die Umsetzung der dritten Phase des Projektes „ESS O ESS – gesunde Lebenslust“.

## **Getränkeversorgung**

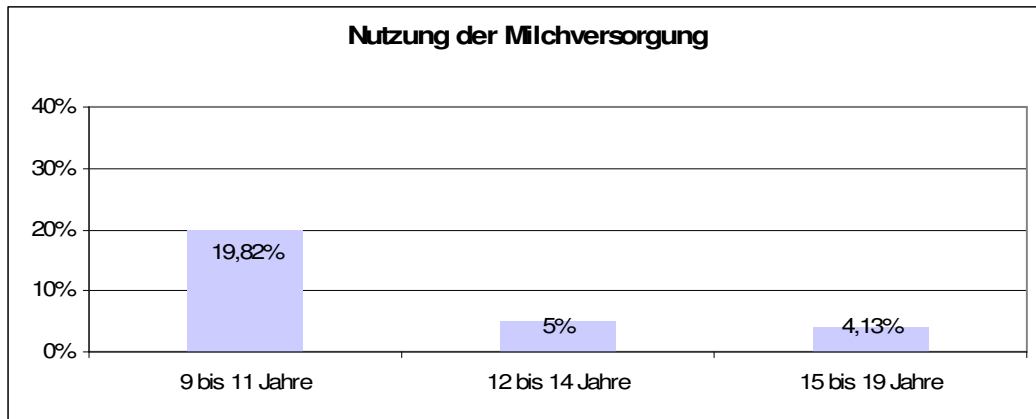
### **Frage 10. Trinkst du in der Schule Milch?**

Wie wird die Milchversorgung an den Schulen angenommen?

Der Grundgedanke für diese Frage war, dass sich in der ersten Analyse zu den allgemeinen Begebenheiten ergab, dass an 13 der 17 befragten Schulen eine Milchversorgung existiert, jedoch in den Gesprächen mit den Schulleitern die Mehrheit sagte, dass immer weniger Schüler diese nutzen. Es sollte nun geklärt werden wie viele der Befragten die Getränkeversorgung annehmen und ob die Aussagen der Schulleiter stimmen. Die Schüler konnten diese Frage bejahen oder verneinen.

---

<sup>13</sup> vgl. Diagramm 5



Die Ergebnisse zeigen, wie wenig die Schüler die Milchversorgung nutzen. In der Altersgruppe der 9- bis 11-Jährigen sind es 19,82% der Befragten, die Milch in der Schule trinken. Diese Zahl sinkt jedoch extrem in der Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen auf 5 % und wieder rum auf 4,13% bei den 15- bis 19-Jährigen.

Es kann verschiedene Gründe für die geringe Nutzung der Getränkeversorgung geben. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte der Preis für die Milch sein. Die Milch kostet im Durchschnitt 1,20€ bis 1,50€ pro Woche<sup>14</sup>, dies ist für sozial schwache Familien ein großer Kostenfaktor, den diese sich nicht leisten können bzw. wollen. Die Eltern haben in den Altersgruppen 9 bis 11 sowie 12 bis 14 Jahre noch mehr Einfluss auf die Essgewohnheiten der Kinder und Jugendlichen. Sie bestimmen, was gegessen und getrunken wird, da sie die Lebensmittel einkaufen sowie das Geld einteilen.

Ein weiterer Grund kann der Einfluss der Peergroup mit zunehmendem Alter sein. Milch gilt als Kindergetränk, Limonaden und koffeinhaltige Getränken rücken in den Vordergrund. Ein weiterer Grund könnte Laktoseintoleranz sein, jedoch müsste dies in einer weiteren Analyse hinterfragt werden.

## Mittagsversorgung

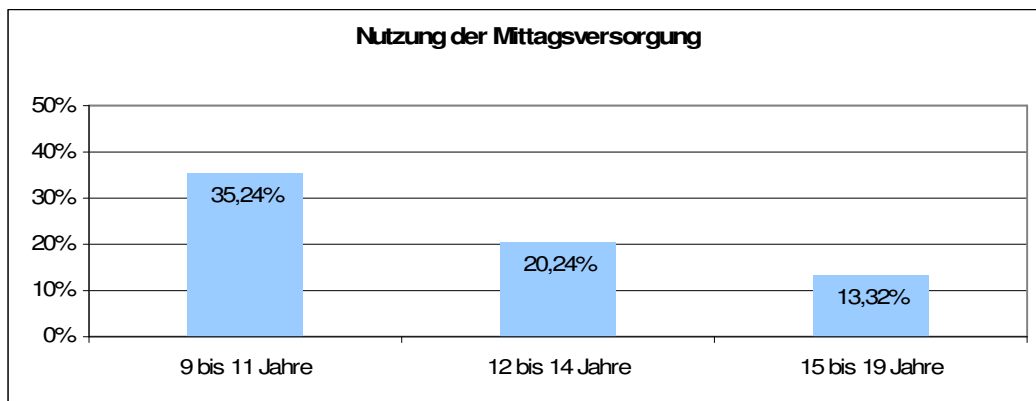
### Frage 11. Isst du in der Schule Mittag?

Nutzen die Schüler die Mittagsversorgung? Durch die erste Analyse gelenkt, stellte ich fest, dass es in den Grundschulen überwiegend eine Mittagsversorgung gab, jedoch in den weiterführenden Schulen rückte die Mittagspause immer mehr in den Hintergrund. Nicht nur, dass die Mittagspause von 15 bis 45

<sup>14</sup> siehe Anhang Auswertung der 1. Analyse

min schwankt, auch gab es in den weiterführenden Schule oft keine Essensversorgung. In der Nähe vieler Schulen befinden sich Discounter, Imbissbuden oder Bäcker, diese werden rege von den Schülern genutzt. Hingegen verliert die Mittagsversorgung an den Schulen an Bedeutung.<sup>15</sup>

Mit der Frage sollte nun geklärt werden, wie viele der Schüler die warme Mahlzeit in der Schulversorgung nutzen. Die Schüler hatten zwei Wahlmöglichkeiten. Sie konnten die Frage bejahen oder verneinen. Das folgende Diagramm zeigt die prozentuale Verteilung der Probanden, die angaben, die Mittagsversorgung an den Schulen zu nutzen.



Die Ergebnisse bestätigen die These, dass die Schülerversorgung von einer eher geringen Zahl der Kinder und Jugendlichen genutzt wird. In der Altersgruppe von 9 bis 11 Jahren nutzten 35, 24% der Befragten die Mittagsversorgung. Die Anzahl sinkt kontinuierlich mit zunehmendem Alter. Es nutzen nur 20, 24% der 12 bis 14 Jahre alten sowie 13, 32% der 15 bis 19-jährigen Schüler regelmäßig die Mittagsversorgung an den Schulen.

Ein möglicher Grunde für die geringe Nutzung könnten zum einem die Qualität des Essens sein. Die Versorgung erfolgt zu 100% durch Fremdanbieter.<sup>16</sup> Die Mahlzeiten haben oft einen langen Anfahrtsweg und werden dementsprechend lange warmgehalten. Es werden den Schülern in den meisten Fällen zwei Wahlessen zur Verfügung gestellt. Es ist zumeist ein vegetarisches und ein Fleischgericht. Die Auswahl könnte den Schülern nicht genügen, oder die Wahlessen entsprechen nicht ihrem Geschmack. Eine mögliche Ursache für die geringe Nutzung könnte auch der Preis für die Mahlzeiten sein, dieser liegt im Durchschnitt bei 1,50€ pro Mahlzeit. Der Kostenfaktor kann gerade für Schüler mit einem Harz IV- Hintergrund problematisch sein. Doch in Verbindung mit den

<sup>15</sup> siehe Anhang, Auswertung der 1. Analyse

<sup>16</sup> siehe Anhang, Auswertung der 1. Analyse







































































































