

Inhalt

1. Einleitung	2
2. Was sind Essstörungen?	6
2.1 Magersucht	6
2.2 Bulimie	9
2.3 Adipositas	14
3. Hintergründe und Erklärungsansätze	18
3.1 Gesellschaftliche und soziokulturelle Faktoren	18
3.2 Lebensphase Pubertät	20
3.3 Körperidentität	24
3.4 Familie	27
3.5 Sexueller Missbrauch	34
3.6 Jungenspezifische Aspekte	35
4. Intervention – konkreter Umgang mit dem Thema in Schule und Jugendarbeit	38
5. Prävention – Möglichkeiten, Chancen und Grenzen	43
5.1 Themen der Prävention in der Arbeit mit Mädchen	48
5.2 Themen der Prävention in der Arbeit mit Jungen	52
5.3 Methoden der Präventionsarbeit	53
6. Literatur	65
7. Kommentierte Literaturlauswahl	68
Anlaufstellen in Baden-Württemberg	75

1. Einleitung

Nahrungsaufnahme und Essen zählen zu den elementaren Grundbedürfnissen des Menschen. Ohne Nahrung kann niemand leben. Wie zwei Seiten einer Medaille gehören allerdings die stoffliche Ernährung mit der in der Regel mit Essen verbundenen seelischen Nahrung zusammen. Wird ein Säugling gestillt, erlebt er gleichzeitig körperliche Sättigung und innigen Kontakt zur Mutter. Auch später bedeutet Essen mehr als reine Kalorienzufuhr – es steht für Versorgung, Geborgenheit und Zuwendung, für Gemeinschaft und Gemeinsamkeit, es wird als Trost, Belohnung oder Bestrafung eingesetzt, es dient als Ersatzbefriedigung bei Frust oder Langeweile. Über Essverhalten können auch Machtkämpfe ausgetragen werden, insbesondere zwischen Eltern und Kindern. Ein schönes Essen bei Kerzenschein wiederum verdeutlicht positive Stimmungen und Gefühle. Dieser eindeutige Zusammenhang von psychosozialen und physiologischen Anteilen des Essens zeigt sich bei den Essstörungen in besonders drastischer Weise.

Mit Essstörungen gemeint sind Magersucht (Anorexie oder Anorexia nervosa), Ess-Brech-Sucht (Bulimie oder Bulimia nervosa) und Esssucht (psychogene Adipositas). Alle gelten als psychosomatische Störungen mit Suchtcharakter, da die Betroffenen keine Kontrolle mehr über ihr Essverhalten haben bzw. unter einem zwanghaften Kontrollbedürfnis leiden. Beachtenswert sind aber folgende Unterschiede: Magersucht und Bulimie sind eindeutig jugend- und geschlechtsspezifische Störungen, d.h. sie kommen mehrheitlich bei Mädchen und jungen Frauen vor, während die Adipositas weder in bestimmten Lebensaltern noch bei einem Geschlecht in auffälliger Weise gehäuft auftritt. Wenn wir Essstörungen als ein körperliches Ausdrucksmittel für die Suche nach emotionaler Nahrung verstehen – und dies stellt einen Schlüssel zum Verständnis dar -, können wir dennoch gewisse Gemeinsamkeiten feststellen. Der eindeutige Schwerpunkt sowohl der Anfragen von Betroffenen, Eltern und pädagogischen Fachkräften als auch in der Literatur bezüglich Essstörungen liegt aber bei Magersucht und Bulimie, was sich in dieser Broschüre widerspiegeln wird.

Zwischenzeitlich geht man davon aus, dass ca. 2% der 12-25-jährigen jungen Menschen magersüchtig werden, wovon 95% weiblich sind. Ca. 4% entwickeln eine Bulimie, sie sind zu 90% weiblich. Der Anteil der Jungen und jungen Männer steigt an, wobei genaue Zahlen nach wie vor fehlen. Adipositas tritt gehäuft erst ab 40 Jahren auf, bei Frauen gering häufiger als bei Männern. Betroffen sind 9-25% der Frauen und 10-16% der Männer. Gestörtes Essverhalten, also die Vorstufe einer manifesten Essstörung, zeigen noch weitaus mehr Menschen. Die Grenze zwischen "normalem" und "gestörtem" Essverhalten ist jedoch fließend.

Es steckt immer auch die Frage der Bewertung und der gesellschaftlichen Normen dahinter. So waren beispielsweise bei den Römern Essgelage mit anschließendem Erbrechen keineswegs anstößig, sondern normal. Auch kennen wir alle vorübergehende "Essstörungen" im Zusammenhang mit Gefühlen wie Verliebtheit, Wut oder Stress. Auch Heißhungeranfälle oder Diäterfahrungen haben viele Menschen, ohne dass wir sie als essgestört bezeichnen würden. Auffallend viele Mädchen und Frauen essen aber nur selten ihrem tatsächlichen Appetit entsprechend, was mit dem rigiden Schlankheitsideal unserer Gesellschaft zusammenhängt. Beginnend mit der Pubertät sind viele Mädchen und Frauen ihr Leben lang unsicher und besorgt, was ihren Körper und die Nahrungsmenge, die sie zu sich nehmen dürfen, betrifft. Kaum eine isst wirklich selbstbewusst und entsprechend ihrer körperlichen Bedürfnisse oder auch Gelüste, ohne sich laufend zu kontrollieren. Kontrolliertes Essverhalten oder Diäten führen zwar nicht automatisch in eine Essstörung – sonst würden die erwähnten Zahlen weit höher liegen -, die meisten Betroffenen jedoch haben so angefangen.

Das Thema Essstörungen ist in aller Munde – im wahrsten Sinne des Wortes. Denn das Phänomen gestörten Essverhaltens, das sich bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts auf einige wenige (und insofern wenig interessierende) Einzelfälle beschränkte, kann man aufgrund seiner zwischenzeitlich hohen Verbreitung fast als Massenerscheinung bezeichnen. Wie kann man sich erklären, dass in geradezu epidemischen Ausmaßen vor allem junge Menschen – und hier zu ca. 90% weibliche – hungern, im Übermaß essen und/oder erbrechen? Welche Absicht steckt hinter diesem Verhalten, welche Nöte und Schwierigkeiten sollen damit bewältigt werden?

Diese Entwicklung beunruhigt Fachleute, Eltern, die Öffentlichkeit und die jungen Frauen (und Männer) gleichermaßen. Entsprechend viel wird darüber geschrieben, gemutmaßt und geforscht, es gibt die unterschiedlichsten Therapie- und Beratungsangebote – und es gibt viel Hilflosigkeit. Denn diese jungen Frauen, die entweder nahezu bis zu ihrem Verschwinden hungern oder geradezu exzesshaft fressen und anschließend erbrechen, geben uns viele Rätsel auf. Sie scheinen hilfsbedürftig und krank, zugleich sind sie oft schwer zugänglich und üben eine enorme Macht auf ihre Umgebung aus. Sie mobilisieren viel an Hilfsangeboten, aber auch an Beunruhigungen, Schuldgefühlen und Aggressionen.

Allein die Tatsache, dass Essstörungen nur in Industriegesellschaften, insbesondere den USA und im westlichem Mitteleuropa, auftreten, weist auf die hohe Bedeutung soziokultureller und gesellschaftlicher Faktoren hin. Nahrungsmittel sind bei uns vergleichsweise billig, überall und zu jeder Tag- und Nachtzeit zu bekommen. Sie sind ein Konsumartikel geworden. Essen zu verweigern oder in Unmengen zu sich zu nehmen, scheint nur in Überfluggesellschaften möglich.

Ein Charakteristikum dieser Überflussgesellschaften ist paradoxerweise ein Schönheits- bzw. Schlankheitsideal von superschlanken, untergewichtigen Frauenfiguren. Eine deutsche Schönheitskönigin ist in der Regel mindestens 1,75 m groß und wiegt dabei höchstens 50 kg, was einem Body Mass Index (BMI) von 16,3 entspricht. Unter anderen Umständen würde einer solchen jungen Frau dringend zu einem Arztbesuch wegen deutlichem Untergewicht geraten. Die kulturelle Idealvorstellung einer schönen und gesunden (!) jungen Frau liegt damit dem psychopathologischen Erscheinungsbild von Essstörungen gefährlich nahe.

Body-Mass-Index (BMI)

Der BMI errechnet sich aus dem Gewicht (kg) dividiert durch die Körpergröße zum Quadrat (m²). Ein Wert von 19-24 für Frauen (20-25 für Männer) gilt als schlank, von 25-29 (26-30) als leichtes Übergewicht, von 30-39 als deutliches Übergewicht, über 40 spricht man von extremer Adipositas.

Bsp: Bei einer Körpergröße von 1,68 m und einem Gewicht von 58 kg ergibt sich ein Wert von 20,5.

Zu beachten ist, dass sich der BMI auf erwachsene (ausgewachsene) Personen bezieht.

Essstörungen sind ein weitgehend "weibliches" Phänomen, weshalb die Lebenslagen von Mädchen und jungen Frauen in den Blick genommen werden müssen. Die Erwartungen, mit denen sich Mädchen heute auseinandersetzen müssen, sind verwirrend und widersprüchlich: Auf der einen Seite sollen sie stark, leistungsorientiert und (beruflich) erfolgreich sein, auf der anderen Seite fürsorglich und stets bereit, Verantwortung für andere zu übernehmen – und hübsch sollen sie sein. Sie werden vor dem Hintergrund veränderter Weiblichkeitsbilder, Rollenanforderungen und eines rigiden Schönheitsideals erwachsen. Ein "gesundes" Verhältnis zum eigenen Körper zu entwickeln, ist für Mädchen hierzulande schwer.

Das Phänomen der Essstörungen *nicht* geschlechtsspezifisch zu betrachten, würde zentrale Charakteristika verkennen und damit Erklärungen unbrauchbar machen. Da Mädchen und junge Frauen die überwältigende Mehrheit der Betroffenen darstellen, nehmen sie auch in dieser Broschüre die Hauptrolle ein – sie sind sozusagen der "Regelfall". Dennoch werden wir immer wieder auf jungenspezifische Aspekte eingehen.

Im Folgenden werden zunächst die einzelnen Essstörungen mit Diagnosekriterien und den körperlichen Folgen vorgestellt. Die daran anschließenden Erklärungsansätze spiegeln wissenschaftliche Grundlagen und Erfahrungen aus unserer Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen wider. Als hilfreich erwiesen haben sich für uns soziokulturelle, körperorientierte und

systemisch-familiendynamische Sichtweisen. Das nächste Kapitel gibt Anregungen für den konkreten Umgang mit akut betroffenen Mädchen in Schule oder Jugendarbeit, bevor Grundlagen der Prävention mit Themen und Methodenbeispielen vorgestellt werden. Eine kommentierte Literaturliste bietet Anregungen zum Weiterlesen.

Grundlage dieser Ausarbeitung sind unsere 10-jährigen Erfahrungen im MädchenGesundheitsLaden in Stuttgart, konkret in der psychosozialen Beratung mit essgestörten Mädchen und jungen Frauen sowie mit Schulklassen und Mädchengruppen zu Themen der (Sucht)Prävention und Gesundheitsförderung. Die Auswertung und Reflexion dieser Arbeit bildet das Fundament unserer Überlegungen.

2. Was sind Essstörungen?

Die Erscheinungsformen von Essstörungen sind nicht immer klar voneinander abgrenzbar. Es gibt Mischformen oder verschiedene Phasen. Kennzeichnend für alle ist, dass der Alltag zwanghaft um das Thema Essen kreist. Für die Diagnose ist es jedoch notwendig, die für jede Störung einschlägigen Kriterien heranzuziehen, die im DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) bzw. im ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) beschrieben sind. Der Übersichtlichkeit halber haben wir sie im Folgenden zusammengefasst.

2.1 Magersucht (Anorexie)

Der Begriff Anorexie bedeutet im ursprünglichen Wortsinn "Appetitlosigkeit", was eine unzutreffende Beschreibung ist. Die deutsche Bezeichnung Magersucht beschreibt das Phänomen besser, da das zentrale Merkmal der Wunsch nach übertriebener Schlankheit verbunden mit extremer Angst vor einer Gewichtszunahme ist. Teilweise wird auch der Begriff Pubertätsmagersucht verwendet, was auf das Lebensalter der meisten Betroffenen verweist. Die Magersucht ist die älteste der derzeit bekannten Essstörungen; als eigenständiges Krankheitsbild existiert sie seit ungefähr 100 Jahren.

- Wenngleich die Forschungsergebnisse kein einheitliches Bild abgeben, geht man von davon aus, dass ca. 1-2% der Mädchen und jungen Frauen betroffen sind und bei weiteren 4% leichtere Symptome feststellbar sind. Die Zahl der Magersüchtigen bzw. derjenigen, die deshalb eine Therapieeinrichtung aufsuchten, hat sich im letzten Jahrzehnt deutlich erhöht (vgl. Stahr u.a. 1995,32, Dt. Hauptstelle gegen die Suchtgefahren[DHS] 1997,8).
- Eine extrem erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit ist bei Ballettschülerinnen, Kunstturnerinnen, Eiskunstläuferinnen etc. zu beobachten.
- Magersucht kann bereits ab dem 10. Lebensjahr auftreten, der Erkrankungsgipfel liegt bei 17 Jahren. Magersucht ist mitunter aber auch in späteren Lebensjahren beobachtbar.
- 95% aller Magersüchtigen sind weiblich.
- Magersüchtige gehören mehrheitlich der oberen Mittelschicht an.

Diagnosekriterien

- *Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem erwarteten, altersentsprechenden Gewicht (BMI unter 17,5). Es kann sich entweder um Gewichtsverlust oder um ein nie erreichtes Gewicht handeln.*
- *Die Beeinflussung des Körpergewichts erfolgt durch extreme Nahrungsreduktion, durch übertriebene sportliche Aktivität, u.U. auch durch Appetitzügler- und Diuretikamissbrauch (Entwässerungsmittel) und durch selbst induziertes Erbrechen.*
- *Gewicht und Figur werden verzerrt wahrgenommen. Die Betroffenen erleben sich selbst noch bei Untergewicht als zu dick. Sie können die eigene Figur nicht realistisch wahrnehmen.*
- *Es besteht eine intensive Angst zuzunehmen.*
- *Die Menstruation bleibt in drei aufeinander folgenden Zyklen aus (sekundäre Amenorrhoe) bzw. bei Beginn vor der Pubertät werden die pubertären Entwicklungen verzögert oder gehemmt, die Menarche tritt nicht ein (primäre Amenorrhoe).*

Typus-Spezifizierung:

- a) konsequent nahrungsverweigernder Typ (restriktiver Typ)*
- b) periodisch Heißhungeranfälle oder kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtsregulierung (bulimischer Typ, auch purging-Typ genannt)*

Symptomatik

- *Magersüchtige sind leistungsorientiert, haben oft hohe Ansprüche an ihre schulischen Erfolge (was sich allerdings im späteren Verlauf ändern kann), sind oft überdurchschnittlich begabt. Sie leiden dennoch oft unter Versagensängsten und erleben insofern die Kontrolle über ihr Gewicht als Leistung.*
- *Ihr zwanghaftes Bestreben, immer weiter an Gewicht abzunehmen, bringt sie auch zu motorischen Hochleistungen. Ziel ist, durch exzessiven Sport Kalorien zu verbrennen und abzunehmen. Die Waage wird zur wichtigsten Kontrollinstanz.*
- *Trotz weitgehender Essensverweigerung kreisen die Gedanken unablässig um Essen und Kalorien (viele lesen z.B. ständig Kochbücher). Sie bekochen gerne andere und animieren sie regelrecht zu essen. Gerade durch ihre intensive Beschäftigung mit Essen, fällt es anfangs oft gar nicht auf, dass sie selbst nicht mitessen.*
- *Sie selbst nehmen nur niederkalorische Nahrung zu sich (z.B. eine Möhre, Apfel), haben insbesondere vor allem Fetthaltigen regelrecht Panik.*
- *Magersüchtige verlieren die Fähigkeit, auf Körpersignale angemessen zu reagieren. Hungergefühle, Temperaturreize oder Müdigkeit (auch sexuelle Empfindungen) werden*

unterdrückt oder kaum wahrgenommen. Der erlebten Schwäche begegnen sie sogar mit besonderer Härte und vermehrten sportlichen Anstrengungen.

- Es werden oft ausgeprägte Zwänge und Rituale beobachtet, die sich meist, aber nicht nur auf Essenssituationen beziehen (z.B. nur Speisen einer bestimmten Farbe zu sich nehmen).
- Anfänglich wird die Magersucht von euphorischen Gefühlen begleitet, die Fähigkeit auf Essen verzichten zu können führt zu Überlegenheitsgefühlen. Dadurch wirken die Mädchen mitunter arrogant und isolieren sich schließlich. Je mehr jedoch der körperliche Verfall voranschreitet, desto mehr sind depressive Symptome bis hin zu Suizidgedanken zu beobachten.
- Magersüchtige reagieren sehr empfindlich auf Zurückweisung und sind sehr streng mit sich und anderen. Häufig können sie eigene Gefühle nicht beschreiben.
- Das starke Untergewicht wird häufig durch weite oder mehrschichtige Kleidung kaschiert.
- Magersüchtige zeigen oft bis zum körperlichen Zusammenbruch keine Einsicht in die Bedrohlichkeit ihres Zustands. Sie verleugnen (nach außen) die körperlichen und seelischen Signale. Ihr Selbstwert und ihre Identität scheinen nur noch an ihr Gewicht gekoppelt zu sein, und eine Gewichtszunahme käme insofern einem Verlust ihres Selbst gleich.

Magersucht ist sozusagen die einzig wirksame Methode, die Pubertät aufzuhalten oder gar umzukehren. Erwachsenwerden und sexuelle Gefühle scheinen für diese Mädchen also bedrohlich und unaushaltbar zu sein.

Körperliche Folgeschäden

- Eine sehr schnell einsetzende Folge der Magersucht ist das Ausbleiben der Menstruation, sofern nicht hormonelle Verhütungsmittel eingenommen werden.
- Zu den Folgeschäden zählen Osteoporose, wobei die Gefahr steigt, je früher die Amenorrhoe nach der Menarche (erste Periode) einsetzt und je länger die Magersucht andauert. Auch anhaltende Menstruationsstörungen und Störungen der Fruchtbarkeit können die Folge sein. Möglich sind auch Wachstumsverzögerungen oder gar –stillstand.
- Da der Körper nur auf Sparflamme arbeitet, frieren Magersüchtige fast ständig und haben auch Schüttelfrost. Ein allgemeiner Kräfteverfall und Auszehrung sind zu beobachten.
- Die permanente Unterernährung führt zu gravierenden Herz-Kreislauf-Störungen wie z.B. Ohnmachtsanfällen. Die Herzfrequenz wird verlangsamt, es kann zur Schrumpfung des Herzmuskels kommen. Blutbildveränderungen sind feststellbar. Ferner sind Störungen im Magen-Darm-Bereich und bei der Verdauung ebenso wie Nierenschäden und Elektrolytstörungen die Folge.

- Neben den inneren Organen wird auch die Haut in Mitleidenschaft gezogen. Die Minderversorgung führt zu Trockenheit und Schuppigkeit, es bildet sich eine flaumartige Behaarung (Lanugobehaarung - Ganzkörperbehaarung, die eigentlich mit Ende der Embryonalzeit verschwindet), es kommt zu Kopfharausfall und brüchigen Nägeln.
- Ca. 5% der Betroffenen sterben an den unmittelbaren oder langfristigen Folgen ihrer Magersucht. Diese Zahl steigt deutlich an, wenn keine Behandlung aufgenommen wird.

Verlauf und Prognose

Magersucht ohne therapeutische Behandlung zu überwinden, scheitert in der Mehrzahl der Fälle. Selbst wenn sich das Gewicht wieder auf ein ungefährliches Maß erhöht, bleiben die psychischen Begleiterscheinungen erhalten. Wird aber eine Behandlung aufgenommen, so werden

- für 50% gute Heilungschancen,
- bei 30% zumindest eine Besserung,
- bei 20% jedoch eine Chronifizierung der Symptomatik beschrieben.

Als günstig für die weitere Entwicklung erweisen sich

- ein sehr frühes Alter zu Beginn der Magersucht,
- kurzer Zeitraum zwischen Beginn der Magersucht und Therapiebeginn,
- stabile soziale Beziehungen vor Ausbildung der Symptomatik,
- eine Verbesserung der familiären und sozialen Beziehungen.

Als ungünstig hingegen wird herausgestellt

- lange Dauer der Symptomatik vor Behandlungsbeginn,
- höheres Alter bei den ersten Symptomen,
- stark gestörte Familienbeziehungen,
- gleichzeitiges Bestehen bulimischer Symptome,
- fehlgeschlagene Vorbehandlungen.

(vgl. dazu insgesamt DHS 1997, Krüger u.a.1997, Stahr u.a. 1995)

2.2. Bulimie

Der Name Bulimie (Bulimia nervosa/ Ess-Brech-Sucht) leitet sich aus dem griechischen von bous = Ochse und limos = Hunger ab. Bulimie bedeutet also Stierhunger, im übertragenen Sinne auch verzehrender Hunger.

Die Bulimie gilt als relativ junge Krankheit und wurde in der wissenschaftlichen Literatur erstmals 1979 beschrieben, da allerdings noch im Kontext der Magersucht und zwar als eine ihrer Unterformen bzw. möglichen Ausgänge. Als eigenständige Krankheit ist sie seit 1980 anerkannt. Ebenso wie die Magersucht ist auch die Bulimie eine mädchen- bzw. frauenspezifische Krankheit.

- Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Erkrankten liegt bei 10:1, d.h. 90% aller Erkrankten sind Mädchen und Frauen, wobei man vermutet, dass der Anteil von Jungen und Männern anwächst (Krüger u.a.1997,27).
- Es wird davon ausgegangen, dass die Häufigkeit der Bulimie zunimmt und die Zahl der Erkrankten 2-3-mal höher liegt als bei der Magersucht, was wiederum bedeutet, dass 2-4% aller jungen Frauen an Bulimie erkranken (DHS 1997,8). Die Dunkelziffer bei der Bulimie wird als sehr hoch eingeschätzt.
- Bulimie tritt in allen sozialen Schichten auf, wobei eine Häufung bei Mädchen und Frauen aus höheren sozialen Schichten beobachtbar ist.
- Bulimische Erkrankungen treten vor allem in städtischen Ballungsräumen auf (Krüger u.a.1997,27).

Diagnosekriterien

- *Wiederkehrende Episoden von Heißhungerattacken, d.h. rascher Verzehr großer Nahrungsmengen in relativ kurzer Zeit, gewöhnlich weniger als zwei Stunden.*
- *Das Gefühl, das Essverhalten während der Essanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können.*
- *Beendigung der Essanfälle durch selbstinduziertes Erbrechen und/oder Gebrauch von Abführmitteln (Laxantien)*
- *Wiederkehrendes ungeeignetes Verhalten, um einer Gewichtszunahme entgegen zu steuern, wie strenge Diäten oder Fastenkuren*
- *Einnahme von Appetitzüglern, Diuretika oder Schilddrüsenpräparaten*
- *Übermäßige körperliche Betätigung*
- *Durchschnittlich mindestens zwei Essanfälle pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten.*

- *Andauernde übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.*
- *Gewichtspobie und/oder krankmachende Handlungsmuster im Umgang mit Nahrung.*

Typus-Spezifizierung:

- „Purging Typ“: regelmäßig selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika und/oder Appetitzüglern.*
- „Non-purging Typ“: andere kompensatorische Verhaltensweisen, wie Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.*

Symptomatik

- Zentrales Merkmal sind die Heißhungerattacken. Zunächst treten sie alle paar Tage, später täglich oder sogar mehrmals täglich auf. Hierbei werden zwischen 3.000 und 20.000 kcal aufgenommen. Die Nahrung wird schnell und suchartig verschlungen. Der Heißhungeranfall wird meist zeitlich geplant, heimlich zelebriert und es werden Vorkehrungen getroffen, damit die Betroffenen nicht überrascht werden können. Teilweise gelingt es aber auch das Essverhalten über Tage hinweg streng zu kontrollieren oder völlig symptomfrei zu leben, insbesondere bei positiven Veränderungen im Leben der Betroffenen.
- Während der Attacken können über die Hälfte der Betroffenen die Nahrungsaufnahme überhaupt nicht kontrollieren, ca. 25% gibt an, teilweise Kontrolle zu haben (Stahr u.a.1995,41). Gegessen werden hauptsächlich leicht verdauliche, kalorienreiche Nahrungsmittel, die sie sich im sonstigen Alltag verbieten: Süßigkeiten, Eis, Kuchen, Kekse, Toastbrot, Torten etc., also so genannte Dickmacher. Außerhalb der bulimischen Episoden legen die Betroffenen großen Wert auf eine gesunde Ernährung.
- Ein weiteres Merkmal ist das Erbrechen. 2/3 der Betroffenen erbrechen regelmäßig im Anschluss an eine Heisshungerattacke, manchmal auch mehrmals hintereinander, bis der Magen vollständig entleert ist. Die Hälfte der Bulimikerinnen nimmt Abführmittel, 2/3 Appetitzügler (Stahr u.a. 1995,41). Zudem gibt es Bulimikerinnen, die unabhängig von Essanfällen jede Mahlzeit erbrechen.
- Das Erbrechen haben die Betroffenen auf verschiedene Weise entdeckt – einige ganz alleine für sich, durch Tipps aus Zeitschriften, die meisten jedoch auf Ratschläge von Bezugspersonen .
- Als Auslöser für einen Essanfall wird meist „das unwiderstehliche Verlangen nach Essen“ beschrieben. Die Betroffenen berichten, unmittelbar vor einem Anfall folgende Gefühle zu empfinden: Spannungszustände, Isolation, Frustration, Langeweile, Angst, Wut, innere Leere.

- Um Spannungszustände abzubauen, kann es zusätzlich zu selbstverletzendem Verhalten kommen (Schnittverletzungen, Zufügen von Brandwunden etc.)
- Viele Betroffene überprüfen ständig (z.T. mehrmals täglich) ihr Gewicht. Häufig ist zu beobachten, dass sie ein bestimmtes Gewicht anstreben, das ca. 5-10 kg unter dem aktuellen Gewicht liegt.
- Bulimische Mädchen und junge Frauen zeigen oft ein geringes Selbstwertgefühl, das durch die Essanfälle weiter reduziert wird.
- Einhergehend mit der Bulimie sind bei vielen Betroffenen depressive Verstimmung bis hin zu Suizidversuchen zu beobachten.
- Durch den Missbrauch von verschiedenen Medikamenten, die eine Gewichtszunahme verhindern sollen, kann es zu einer zusätzlichen Abhängigkeit kommen.
- Bulimikerinnen zeigen Merkmale mangelnder Impulskontrolle.
- Viele Bulimikerinnen haben Phasen, in denen sie regelmäßig Ladendiebstähle begehen (Stahr u.a. 1995, 42). Dies ist zum einen auf den großen Nahrungsmittelverbrauch, aber auch auf die Verwendung der genannten Medikamente und nahrungsmittelergänzenden Vitaminpräparate zurückzuführen, die teuer sind.
- Mindestens 1/3 der erwachsenen Bulimikerinnen wird wegen anderer Suchterkrankungen - besonders Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit - behandelt (DHS 1997,40f.).

Bulimikerinnen sind von ihrer äußeren Erscheinung eher unauffällig, d.h. bei den meisten liegt das Gewicht im Bereich zwischen Normal- und Idealgewicht. Auffällig sind jedoch zum Teil starke Gewichtsschwankungen von bis zu 20 kg, was dazu führt, dass manche Bulimikerinnen eine Garderobe haben, die von Kleidergröße 36 bis Kleidergröße 44 reicht. Ein Verzicht auf das Erbrechen, der immer wieder probiert wird, bestätigt bei den Betroffenen die gefürchtete Gewichtszunahme und lässt den Kreislauf aufs Neue beginnen (vgl. Stahr u.a. 1995,41).

Die Betroffenen fühlen sich dem herrschenden Schlankheits- und Schönheitsideal stark verpflichtet. Zudem streben sie nach dem Ideal der erfolgreichen Karriere- und Familienfrau, die alles hinkriegt möglichst mit einem hinreißenden Lächeln auf den Lippen. Zu Beginn der Essstörung sind sie oft ganz aktive Mädchen, die sich im schulischen Bereich und Freizeit zusammenhängen engagieren.

Die Symptome werden so lange wie möglich geheim gehalten, so dass eine Bulimie über Jahre hinweg unentdeckt bleiben kann. Die durchschnittliche Dauer von Beginn der Essstörung bis zum Therapiebeginn beträgt 4-7 Jahre. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass 80% der Bulimikerinnen sich überhaupt nicht in Behandlung begeben (Krüger u.a. 1997,39).

Mit fortschreitender Sucht wird der Tagesablauf immer mehr von der Bulimie bestimmt. Frühere Interessen und Hobbies werden aufgegeben, soziale Kontakte können kaum mehr aufrecht erhalten werden und die Betroffenen leben immer isolierter.

Körperliche Folgen

- Durch das häufige Erbrechen werden Zahnfleisch und Zahnschmelz angegriffen.
- Weiterhin sind durch das Erbrechen chronische Halsschmerzen, Heiserkeit und Entzündungen und Verletzungen der Speiseröhre beobachtbar.
- Je nach Intensität und Veranlagung kann es sehr schnell zu Menstruationsstörungen bzw. dem Ausbleiben der Menstruation kommen.
- Es kann zu Schäden an Leber und Bauchspeicheldrüse kommen und die Nierenfunktion kann beeinträchtigt werden.
- Herz-Kreislauf-Störungen, d.h. Schwindelanfälle, Müdigkeit, aber auch Herzrhythmusstörungen können die Folge sein.
- Dadurch dass die Nahrung oft nicht durch den Darm geleitet wird, funktioniert die Darmentleerung nicht richtig; insbesondere bei der Einnahme von Abführmittel kann dies zu chronischer Verstopfung mit Begleiterscheinungen wie Blähungen und Magenschmerzen führen.
- Eine andere Folge sind Vitaminmangel und Störungen des Mineralstoffhaushalts.
- Die Beschaffenheit von Haut und Haaren verschlechtert sich sukzessiv. Zudem sind durch das manuelle Auslösen des Würger reflexes oftmals Druckstellen und Hautabschürfungen am Handrücken beobachtbar.

Verlauf und Prognose

- Etwa 50% der Bulimikerinnen sind nach 2-10 Jahren symptomfrei.
- 20% der Betroffenen zeigen weiterhin bulimische Symptome.
- Bei den übrigen 30% wechseln sich symptomfreie Zeiten mit Rückfällen ab. Besonders bei einschneidenden Lebensereignissen wie z.B. Auszug aus dem Elternhaus, Wohnortwechsel, Studienabschluss, Schwangerschaft kann es zu einer Veränderung der Bulimie kommen.
- Es wird vermutet, dass im Erwachsenenalter die Sterblichkeitsrate bei Bulimikerinnen höher liegt als bei einer gesunden Vergleichsgruppe (Krüger u.a. 1997,39).

Als ungünstig für den Verlauf einer Bulimie haben sich bisher folgende Faktoren gezeigt:

- Wenn die Symptomatik von Anfang an oder phasenweise stark ausgeprägt ist.
- Wenn innerhalb der Familie andere Suchterkrankungen oder Depressionen vorkommen.
- Sexueller Missbrauch der Betroffenen.

- Eine schwere Entwicklungsstörung, die bereits vor Ausbruch der Essstörung aufgetreten ist.
- Bei zusätzlich selbstverletzendem Verhalten und/oder anderen Suchtproblemen.
- Therapieabbrüche im Vorfeld.

Ob sich aus diesen Faktoren Umkehrschlüsse für günstige Faktoren ziehen lassen können, wurde bisher nicht untersucht. Unserer Beobachtung nach ist ein stabiles soziales Umfeld vor Ausbruch der Essstörung gesundheitsfördernd.

2.3. Adipositas

Adipositas bedeutet Fettleibigkeit, was in erster Linie auf starkes Übergewicht und nicht auf eine psychische Störung verweist. Aus diesem Grund wird sie auch nicht im DSM-IV als psychische Störung beschrieben. Zudem handelt es sich weder um eine pubertätsspezifische noch geschlechtsspezifische Essstörung. Wir stellen sie an dieser Stelle vor, da ihr im pädagogischen Alltag viel Aufmerksamkeit zukommt und sie andererseits auffallend stark mit Vorurteilen belastet ist.

Definition

Von **Übergewicht** wird bei einem BMI von 25-29 gesprochen.

Eine **Adipositas** beginnt bei einem BMI von 30.

Liegt der BMI bei 40 und höher, spricht man von einer **extremen Adipositas**.

Der Begriff **Esssucht** (psychogene Adipositas) verweist darauf, dass die Betroffenen unter ihrem Essverhalten und Körperumfang leiden, unabhängig von der Höhe des Übergewichts.

Bei der Betrachtung der Adipositas ist es daher unerlässlich, die Betroffenen in zwei Gruppen zu unterteilen.

Zur der ersten Gruppe zählen Übergewichtige ohne wesentliche Leidensmerkmale. Sie waren meist schon als Kind übergewichtig und fühlen sich mit ihrem Übergewicht eingebunden in eine entsprechende Familientradition. Sie essen regelmäßig zu viel mit einer gewissen Vorliebe für Süßes und hochkalorische Nahrungsmittel. Der Wunsch nach einer Gewichtsreduktion entsteht nur auf gesellschaftlichen Druck hin (vgl. DHS 1997,25).

Bei der zweiten Gruppe besteht ein deutlicher Leidensdruck. Die Betroffenen haben einen starken Behandlungswunsch, andererseits eine Vielzahl von Diätversuchen und –abbrüchen hinter sich, und das Leben wird in einem großen Maße vom Essen beherrscht.

Trotz zahlreicher Erhebungen schwanken die Angaben darüber, wie stark Adipositas verbreitet ist, beträchtlich. Man schätzt jedoch, dass bei 12-18% der erwachsenen Bevölkerung ein BMI von 30 oder höher vorliegt, wobei der Anteil der Frauen geringfügig höher liegt als der der Männer (DHS 1997,23).

Da die höchste Prävalenz in der Altersgruppe zwischen 54 und 65 Jahren zu beobachten ist, müssten die Zahlen für Jugendliche deutlich darunter liegen (Krüger u.a.1997,41). Die Adipositas kann schon im Kindesalter beginnen, geht jedoch nur in 33% aller Fälle in eine Adipositas im Erwachsenenalter über (DHS 1997,37). Je älter jedoch die/der Jugendliche zu Beginn der Adipositas ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Manifestierung im Erwachsenenalter.

Eine Adipositas im Kinder- und Jugendalter ist in der Regel multifaktoriell bedingt. Der größte Risikofaktor sind übergewichtige Eltern, wobei hier genetische Faktoren neben familiären Ernährungsgewohnheiten und Verhaltensweisen eine größere Bedeutung haben als bislang angenommen wurde.¹ Als zusätzliche Risikofaktoren gelten niedrige soziale Schichtzugehörigkeit, Einzelkindstatus, geringe körperliche Aktivität und fettreiche Ernährung (Warschburger u.a. 1999,25).

Dicke Kinder und Jugendliche lösen in unsere Gesellschaft intensive moralische und abwertende Reaktionen aus. Die Mädchen und Jungen werden für ihr Übergewicht selbst verantwortlich gemacht und ihr Dicksein wird mit negativen Charaktereigenschaften assoziiert. Sie gelten als träge, willensschwach, inaktiv etc. und werden z.B. auch bei der Suche nach einem Ausbildungs- und Arbeitsplatz benachteiligt. Die negativen Reaktionen der Umwelt erschwert es den Heranwachsenden gleich- und gegengeschlechtliche Freundschaften aufzubauen, ein positives Körpergefühl und ein gesundes Selbstwertgefühl zu entwickeln. Ganz im Gegenteil, es löst bei den Betroffenen Verhaltensweisen aus, die ihrerseits wieder als Erklärung für Ausgrenzung herangezogen werden.

Symptomatik der Esssucht

- Das Essverhalten wechselt zwischen restriktiven Phasen und Essanfällen, die von den meisten Betroffenen als nicht kontrollierbar beschrieben werden.
- Das Essverhalten löst Schuld- und Schamgefühle aus und die Betroffenen werten sich ab. Infolge davon können Depressionen entstehen.
- Ablehnung der eigenen Körperlichkeit und ein ambivalentes Verhältnis zur eigenen Sexualität. Sexualität mit Anderen wird häufig gar nicht gelebt.

¹ Stunkard u.a.(1990) untersuchten 673 ein- und zweieiige Zwillingspaare im Erwachsenenalter, die entweder gemeinsam oder in getrennten Familien aufwuchsen. Dabei wurde eindeutig ein genetische Einfluss auf das Körpergewicht festgestellt, d.h. die genetische Komponente ist ausschlaggebender als das Aufwachsen am gemeinsamen Esstisch (Pudel 1997).

- Das Fett stellt einen Panzer dar und dient zur Abwehr eigener Gefühle und zur Abgrenzung auf Reaktionen der Umwelt.
- Es lassen sich drei Gruppen bezüglich des Essverhaltens unterscheiden;
 - kontinuierliche MehressererInnen,
 - NachtesserInnen; sie zeigen tagsüber oft ein restriktives Essverhalten und entwickeln nächtliche Hungergefühle. Oftmals leiden sie unter Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, was wiederum auf eine latente Depression verweist.
 - RauschesserInnen; sie leiden unter unkontrollierbaren Heißhungeranfällen. Das Essen wird in einer bestimmten Zeit (weniger als zwei Stunden) meist alleine verschlungen (Krüger u.a. 1997,42).
- Die Körpersignale werden unangemessen wahrgenommen, z.B. können Gefühle von Hunger und satt sein kaum differenziert werden. Es kann auch nicht unterschieden werden, ob sie Hunger nach emotionaler oder körperlicher Nahrung haben. Positive und negative Gefühle wie Freude, Langeweile, Trauer, Aggression etc. können nicht adäquat beschrieben werden.
- Esssüchtige haben, wie auch AnorektikerInnen, Körperschemastörungen. Der Körper wird als unförmiges Etwas erlebt und die tatsächliche Figur kann nicht wahrgenommen werden.
- Esssüchtige wirken oft passiv, gesetzt und sozial isoliert.

Als Folge dieser Symptomatik ziehen sich Esssüchtige sozial zurück und glauben wegen ihres Körperrumfangs auf alle Spaß machenden Aktivitäten verzichten zu müssen. Sie leiden unter Bewegungsmangel und mit fortlaufender Dauer wird das Essen immer mehr als Problemlösungsstrategie verwandt.

„Das eigentliche Leben wird auf später verschoben – auf die Zeit, wenn das Mädchen/die Frau endlich schlank ist. Denn dann, so der sehnsüchtige Wunsch und die feste Überzeugung, werden sich auch alle anderen Probleme – automatisch - lösen. Diese Herangehensweise verhindert, Verantwortung für die aktuelle Situation zu übernehmen und Bereitschaft für Veränderungen zu entwickeln“ (Böger/Hirschmüller 2000,12f).

Körperliche Folgen im Jugendalter

In den letzten Jahren hat sich herausgestellt, dass körperliche Folgeerkrankungen nicht vom BMI allein, sondern viel mehr durch die Art des Übergewichts (durch Muskel- oder Fettmasse), die Fettverteilung im Körper und die Ernährungsart (z.B. salzreich oder salzarm) bestimmt wird (Pudel 1997). Eine Adipositas im Jugendalter trägt ein erhöhtes Risiko für bestimmte Krankheitsbilder wie

- erhöhter Blutdruck,

- erhöhte Anfälligkeit für bestimmte Krebsarten im Erwachsenenalter,
- Herz- und Gefäßerkrankungen,
- Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes.
- Es kann bereits im Jugendalter zu Gelenkerkrankungen kommen.

Verlauf und Prognose

Die Adipositas gilt als chronisches Krankheitsbild als extrem resistent gegen Therapieversuche und hat eine hohe Rückfallquote. Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass nur eine langjährige Behandlung erfolgversprechend ist. Kurzfristige Diäten, die zwar vordergründig zu einer schnellen Gewichtsabnahme führen, sich aber anschließend durch eine Gewichtszunahme auszeichnen, enttäuschen und frustrieren vor allem Jugendliche und mindern deren Motivation für weitere Maßnahmen. Wichtig ist es, bei der Behandlung realistische Ziele zu setzen. Eine adipöse Jugendliche wird nur selten eine Erwachsene, deren Körper den herrschenden Schlankheitsnormen entspricht – und das soll sie auch gar nicht. Gelingt es Jugendlichen, ihr Gewicht über einen längeren Zeitraum hinweg stabil zu halten, kann man dies bereits als Erfolg ansehen. Als weitere Erfolge zählen, wenn Adipöse ihr Übergewicht akzeptieren und es gelingt, das Selbstwertgefühl der Betroffenen aufzubauen und zu stabilisieren.

3. Hintergründe und Erklärungsansätze

Die Suche nach Erklärungsansätzen für Essstörungen beschäftigt schon lange viele WissenschaftlerInnen. Die einschlägigen Veröffentlichungen füllen bereits viele Bücherregale. Einig ist man sich in der wissenschaftlichen Literatur darüber, dass es keinesfalls nur eine Ursache gibt. Vielmehr wird von einem multikausalen Ursachenzusammenhang ausgegangen, der gesellschaftliche, soziokulturelle, familiäre und innerpsychische Faktoren beinhaltet und in den Erklärungsansätze aus Psychoanalyse, Verhaltenstherapie oder anderen Schulen integriert sind.

Da Essgestörte zu mindestens 90% weiblich sind, Essstörungen also eine spezifische Bewältigungsstrategie von Mädchen und Frauen darstellen, müssen wir die Geschlechterverhältnisse in den Blick nehmen. Dies bildet die Grundlage unserer Überlegungen.

Die folgenden Ausführungen beruhen auf einer Verbindung unserer Erfahrungen und aus unserer Sicht nützlichen Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Literatur.

Betonen möchten wir allerdings, dass im Umgang mit den konkret Betroffenen diese Erklärungsansätze nicht generalisiert werden dürfen, sondern im therapeutischen Prozess der Einzigartigkeit jeder Lebensgeschichte Rechnung getragen werden muss.

3.1 Gesellschaftliche und soziokulturelle Faktoren

Die *gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse* schreiten unaufhaltsam und mit immer höherer Geschwindigkeit voran. Rasante technische und wirtschaftliche Entwicklungen gehen einher mit immer neuen Anforderungen an den modernen Menschen, der in dieser Welt nicht nur mithalten, sondern sie permanent kreativ mit gestalten muss. Gefordert sind dafür Leistung, Disziplin, Mobilität, eine dynamische Persönlichkeit, veränderte Lebenslaufmuster und eine straffe Jugendlichkeit. Der mit dieser Entwicklung einher gehende Verlust traditioneller Werte und Ordnungsschemata eröffnet besonders für Frauen aber auch neue Frei- und Gestaltungsräume. Das bedeutet zugleich, dass es keine allgemeingültigen biographischen Leitlinien mehr gibt. Die Individualisierung schafft zwar neue Optionen und Chancen, trägt aber sozusagen auf der Rückseite auch die individuelle Verantwortung für Gelingen oder Scheitern. Wir haben es also auch mit individualisierten Risiken im Modernisierungsprozess zu tun.

Auch die modernisierten Weiblichkeitsbilder tragen Chancen und Risiken in sich, vor allem aber sind sie sehr widersprüchlich. Denn traditionelle und modernisierte Bilder existieren dicht nebeneinander. Es scheint heute alles jeder Zeit möglich zu sein – Karriere, Mutter oder kinderlos, Teilzeitjobs, Familienformen aller Art, lesbische Beziehungen, Leben als Single; vieles kann sich im Lebensverlauf immer wieder verändern. Jede muss allerdings ihr Möglichstes tun, um mitzuhalten, um sich einen Platz an der Sonne zu ergattern.

Das Bild, das Mädchen und junge Frauen häufig vermitteln, ist, dass sie genau das hinkriegen. Sie wirken stark, selbstbewusst, emanzipiert, sind sich ihrer Rechte sicher, gleichzeitig sind sie anschniegamsam, wünschen sich Kavaliere als Freunde und sind fürsorglich. Sie sehen gut aus, wissen Bescheid, haben Spaß am Leben – kurzum: sie gehen, von manchen Erwachsenen neidvoll beobachtet, ihren Weg. Ein solches Mädchenbild hat trotz all seiner Widersprüchlichkeiten ein aktivierendes Potenzial und ist nicht die schlechteste Hintergrundfolie fürs Erwachsenwerden (vgl. Stauber 1999). Die Aneignung dieses Bildes ist aber anstrengend und nicht jede kann oder möchte dies in ihre Persönlichkeit integrieren. Es scheint, dass die damit zusammenhängenden Konflikte verdeckt bzw. individualisiert werden. Scheitern gilt als persönliches Versagen. Ist der Preis für die Freiheit, mit allen Widrigkeiten selbst fertig zu werden ?!

Es lässt sich eindeutig feststellen, dass sich im Verhältnis der Geschlechter viel verändert hat. Der Wandel der Geschlechterverhältnisse ist ein ununterbrochener Prozess und wird laufend – von Männern und Frauen - gestaltet. Viele Mädchen und Frauen erleben sich heute individuell als gleichberechtigt, vielleicht sogar in mancherlei Beziehung den Männern überlegen. Doch auf struktureller Ebene muss man nach wie vor deutliche hierarchische Macht- und Herrschaftsverhältnisse zwischen den Geschlechtern konstatieren, man denke nur an die unverminderte Existenz sexueller Gewalt, an den Arbeitsmarkt und die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. Immer noch sind für Frauen Zugangs- und Teilhabechancen in bestimmten gesellschaftlichen Bereichen erschwert oder sogar verwehrt.

Ihr "Kapital" scheint dagegen in ihrer körperlichen Modellierung zu liegen. Die Vermarktung von Frauenkörpern in Werbung und Medien spricht hier eine deutliche Sprache. Das hier *herrschende Schönheitsideal* springt einem in diesem Zusammenhang geradezu ins Auge. Denn das Idealbild einer schönen Frau, das uns tagtäglich in den Medien und vor allem in der Werbung von zahlreichen Models vorgeführt wird, ist das einer Heranwachsenden mit einer knabenhaften Figur, glatt und haarlos. Mädchen müssten ihre normale körperliche Entwicklung während der Pubertät eigentlich stoppen, um diesem Ideal gerecht zu werden bzw. zu bleiben. Die Überflusgesellschaft schafft sich ein offensichtlich nur durch Askese zu erreichendes weibliches Schönheitsideal – wie ist das zu erklären?

Das männliche Körper-Ideal des muskulösen Typs ist dagegen das eines erwachsenen Mannes, offensichtlich eng verbunden mit der kulturellen Sicht von Männlichkeit, nämlich

unabhängig, machtvoll, aktiv, stark, dominant. Die positiven Einschätzungen dieses Körpertyps sind in jeder Altersgruppe, Schicht oder Ethnie zu finden. Die körperliche Symbolisierung von Weiblichkeit zeigt sich in unserem Kulturkreis in Schlankheitsideal, Mode, Grazie und Zartheit. Es stellt sich hier die Frage, ob nicht diese Körpersymbole wieder zunehmend wichtiger werden, da die sozialen Symbole von Weiblichkeit und Männlichkeit wie z.B. Beruf und ökonomische Unabhängigkeit eher eingeebnet werden (vgl. Bilden 1991).

Das Streben nach Schönheit gab und gibt es in jeder Gesellschaft. Schönheitsideale wandeln sich im Laufe der Zeit und sind natürlich kulturspezifisch. Sie dienen auch dazu, Geschlechtlichkeit zu symbolisieren. Ein Zusammenhang zur gesellschaftlichen Stellung der Frau ist allerdings zu allen Zeiten deutlich feststellbar. Unser Schönheitsideal konterkariert die so genannten neuen weiblichen Freiheiten durch das Diktat einer mädchenhaften, d.h. nicht erwachsenen Figur. Es lässt darauf schließen, dass sich zwar die Erscheinungsweisen, nicht aber die dahinter liegenden Strukturen verändert haben. Sind Korsett und Reifrock als externe Hilfsmittel zur "ästhetischen Aufbereitung" nicht einfach ersetzt worden durch interne Zwänge wie Diät halten und Fitness? (vgl. Stahr u.a. 1995,17) Die "Dünne im Kopf", die Mädchen und Frauen auf diese Weise mit sich tragen, richtet viel Unheil an, denn sie produziert Mißerfolgs- und Minderwertigkeitsgefühle, lähmt die Aktivität - und ist immer hungrig. Die Folge ist oft der Kampf gegen sich und den Körper durch Abmagerungskuren. Erfahrungen mit verschiedenen Diäten haben weit über 50% der Mädchen und Frauen. Das Verhältnis zum Körper insgesamt bezeichnen sogar 95% aller Frauen als nicht unbelastet.

Die Folgen des gesellschaftlichen Schönheitsideals sind wiederum individualisiert. Körperliche Perfektion scheint eine Frage des persönlichen Einsatzes bzw. des persönlichen Scheiterns zu sein. "Sich-in-Form-Bringen ist zum moralischen Imperativ einer individualisierten Lebensweise geworden" (Stahr u.a. 1995,86).

3.2 Lebensphase Pubertät

Die Pubertät bezeichnet den Zeitraum der körperlichen Reifung. Sie ist eine Zeit des Umbruchs und wird einerseits durch individuelle psychosexuelle Entwicklungsprozesse, andererseits durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Anforderungen markiert. Sie geht einher mit einer Reihe von Entwicklungsaufgaben, die inhaltlich geschlechtsspezifisch ausgerichtet sind.

Die Entwicklungsaufgaben als von einander getrennte Einzelaufgaben zu verstehen, würde die Entwicklung von Mädchen und Jungen nicht angemessen erfassen. Vielmehr handelt es

sich um ein System untereinander vernetzter, sich wechselseitig beeinflussender Entwicklungsaufgaben (vgl. Franzkowiak u.a. 1998,38f). Zudem dürfen wir nicht davon ausgehen, dass sie in der Jugendphase umfassend gelöst werden können. Wir werden im Folgenden diejenigen dieser Aufgaben herausgreifen (und der Übersichtlichkeit halber doch von einander getrennt darstellen), die im Zusammenhang mit der potenziellen Entwicklung von Essstörungen bedeutsam sind.

a) Aneignung des Körpers

Mit Beginn der Pubertät verändern sich Körper und Aussehen drastisch, allein das ist schon eine Herausforderung. Sie bekommen zudem eine für die eigene Identität bedeutendere Rolle. Die Pubertät ist für Mädchen rein körperlich durch einen eklatanten Zuwachs an Körperfettanteilen gekennzeichnet (die Menstruation setzt bspw. erst bei einem Fettanteil von ca. 24% des Körpergewichts ein), während Jungen eher Muskelgewebe aufbauen. Das heißt, daß die Gewichtsveränderungen in der Pubertät Mädchen eher vom kulturell geformten Schönheitsideal entfernen, während Jungen eher dazu hingeführt werden. Das bedeutet für Mädchen sehr oft ein Gefühl von Versagen des eigenen Körpers. Es beginnt der Krieg gegen weibliche Rundungen, der nur verloren werden kann. Dementsprechend sind die wenigsten Mädchen mit ihrem Körper zufrieden. Sie empfinden Leid und Verzweiflung, weil sie sich zu dick fühlen. Sie halten das Leben erst dann für lebenswert und sich selbst für lebenswert, wenn sie sich den richtigen Körperumfang erhungert oder erarbeitet haben.

b) Entwicklung einer eigenständigen Sexualität

Sexuelle Erfahrungen zu machen und zu verarbeiten, ist einer der zentralen Aspekte der Adoleszenz. Dies vollzieht sich nicht nur, aber auch in der tatsächlichen oder phantasierten Aufnahme sexueller Beziehungen. Für Mädchen ist Sexualität ohne Liebe meist nicht denkbar, d.h. den Beziehungen kommt eine hohe Bedeutung zu. Wenn sich Mädchen nur bei "richtigen" Körpermaßen für lebenswert halten, hat das dramatische Folgen für ihr Selbstwertgefühl. Das vorherrschende Gefühl "So, wie ich bin, stimme ich nicht" kanalisiert alle Misserfolgserlebnisse auf den Aspekt der körperlichen Erscheinung. Dies ist insbesondere deshalb von Bedeutung, da die heterosexuelle Orientierung das dominante Muster der Pubertät darstellt, es also um die Anerkennung von Jungen geht. Mädchen verinnerlichen dabei einen "männlichen Blick", der in der Regel viel strenger ist, als Jungen es tatsächlich sehen.

c) Ablösung und Autonomie

Die Entwicklung von Autonomie und Ablösung von den Eltern gilt gewissermaßen als die Entwicklungsaufgabe schlechthin. Doch hat sich gezeigt, dass diese Sichtweise in Bezug auf Mädchen wohl zu einfach ist. Da die Familie bzw. der soziale Nahraum ein wesentliches Ak-

tions- und Handlungsfeld für Mädchen darstellt, entwickelt sich ein anderer Bezug zu Fürsorge und Verantwortung als bei Jungen. Vor dem Hintergrund oftmals zerfallender Familienstrukturen werden Mädchen sogar nicht selten sozusagen zur Hauptverantwortlichen. Als Vertraute und Hauptansprechpartnerin der Mutter geraten sie in die Rolle der Verantwortlichen für den Familienzusammenhalt oder werden zur Vermittlerin bei ehelichen Auseinandersetzungen.

Mädchen sind stärker auf Beziehungen orientiert und denken und entscheiden eher kontextgebunden. Das führt allerdings oft dazu, dass die Entfaltung von Selbstbewusstsein bezüglich eigener Wünsche hinter der Aufmerksamkeit für die Wünsche anderer zurück steht – dies wird im Zusammenhang mit Magersucht ebenfalls oft beschrieben. (vgl. Glücks 1996). Mädchen streben in der Pubertät folglich weniger die Ablösung als vielmehr die Veränderung der Beziehung insbesondere zur Mutter an, eher im Sinne einer mütterlichen Freundin.

Nach einer These von Catherine Steiner-Adair (1992) grassieren Essstörungen in unserer Gesellschaft, weil Mädchen und Frauen in gesundheitsschädlicher und unangemessener Weise zu Autonomie gedrängt werden – Autonomie verstanden in einem männerzentrierten Modell, nämlich durch Trennung erworben. Für die weibliche Persönlichkeit sind aber Bindungen und Beziehungen besonders wichtig, werden nach unseren gesellschaftlichen Maßstäben jedoch abgewertet. Denn Essstörungen kommen bei denjenigen Mädchen häufiger vor, die Schlanksein mit einem Weiblichkeitsideal assoziieren, das sich auf Autonomie und nicht auf Beziehungen stützt (also die erfolgreiche, unabhängige Frau). Die Entstehung von Magersucht wird ja oft mit einem Mißlingen von Ablösung, Individuation und Autonomieentwicklung erklärt. Die Ich-Entwicklung von Mädchen hängt aber stark von der Selbstdifferenzierung in Beziehungen ab.

Die widersprüchlichen Anforderungen, mit denen Mädchen auch in diesem Bereich konfrontiert werden, die erwartete Vereinbarkeitsleistung unvereinbarer Erwartungen lässt sie zurückstecken und zurückschrecken. Vielleicht lässt sich so erklären, warum die Pubertät für viele Mädchen mit einem deutlichen Abfall ihres Selbstbewusstseins einher geht, wie es vielfach beschrieben wurde und alltäglich zu beobachten ist. Vieles deutet darauf hin, dass es zu einem einschneidenden Bruch ihrer Entwicklung kommt (vgl. Brown/Gilligan 1994). "Das als Kind selbstbewusste Mädchen mit vielfältigen Kompetenzen verliert mit Beginn der Adoleszenz einen Teil seiner Identität. Es lernt, Gefühle zu verleugnen und verbringt die Jugendphase damit, dem Wunschbild seines sozialen Umfeldes zu entsprechen" (Straub 1999,187).

d) Bildung von Geschlechtsidentität

Dies stellt sozusagen eine Querschnittsaufgabe dar, da sie sich durch alle anderen Bereiche durchzieht. Zunächst zeigen die körperlichen Veränderungen die Entwicklung zur ge-

schlechtsreifen Frau bzw. Mann an. Das bedeutet eine neue, zweite Beheimatung im biologischen wie im sozialen Geschlecht. Der Körper verlangt geradezu die Auseinandersetzung mit Weiblichkeit und den damit verbundenen Bildern sowie Ansprüchen und individueller Ausgestaltung. Grundsätzlich kann nicht übersehen werden, dass die Zugehörigkeit zum weiblichen oder männlichen Geschlecht eine unterschiedliche Position in der Lebenswelt mit sich bringt, allen Thesen von Angleichungsprozessen der Geschlechter zum Trotz (vgl. Franzkowiak u.a. 1998, 36). Gleichzeitig besteht neuerdings ein "Geschlechterungleichheitstabu" (vgl. Abschnitt 3.1), das von den Mädchen selbst stark vertreten wird. In der Regel verbinden sie damit den Anspruch der Integration so genannt männlicher Anteile in ihre Persönlichkeit. Das hängt damit zusammen, dass die Erwartungen und Hoffnungen der Eltern oder Erwachsenen in bezug auf die Töchter bzw. Mädchen heute vielfältiger, breiter, damit aber auch widersprüchlicher sind. Mädchen sollen hübsch und anschmiegsam, gleichzeitig aber auch stark und selbstbewußt sein. „Du bist/handelst wie ein Junge“ drückt Bewunderung und nur wenig Kritik aus (dies gilt umgekehrt übrigens überhaupt nicht). Die Zuschreibung „jungenhaft“ bedeutet, dass Anteile der Persönlichkeit und des Verhaltens des Mädchens als nicht weiblich und damit letztlich nicht integrierbar in die „Weiblichkeit“ identifiziert werden. Problematisch ist die damit verbundene Wertigkeit: noch immer gilt häufig die Zuschreibung männlich=stark=normal bzw. weiblich=schwächer=nicht gesehen.² Das macht die notwendige Orientierung im eigenen Geschlecht brüchig, zumal positiv besetzte Leitbilder weitgehend fehlen.

Wir möchten noch einen Gedanken anfügen, der uns immer wieder beschäftigt. In vielen Kulturen ist der Eintritt ins Erwachsenenalter durch Initiationsrituale gekennzeichnet.³ Sie erfüllen den Zweck der symbolischen Aufnahme in die Erwachsenenwelt, eine Anerkennung und Würdigung des Lebensalters, einen ritualisierten Abschied von der Kindheit. All dies gibt es nicht mehr in unserer ent-ritualisierten Welt, die sich so rational und modern zeigen möchte. Es ist aber die Frage, ob sich die Menschen nicht selbst solche Riten schaffen, weil sie etwas Eindeutiges brauchen, das den Statuswechsel hin zum Erwachsenenleben symbolisiert – ist zum Beispiel nicht der Erwerb des Führerscheins, dem eine ungeheure Bedeutung beigemessen wird, ein solcher Ritus? Für Mädchen und junge Frauen könnte auch die erste Diät bzw. die intensive Auseinandersetzung mit ihrer Figur ein solcher Ritus sein. Sie werden damit aufgenommen in die Welt erwachsener Frauen, die sich damit ja auch unablässig beschäftigen. Nicht selten finden Mütter und Töchter darüber eine neue Dimension ihrer Bezie-

² Sog. weibliche Arbeit läuft immer noch weitgehend im verborgenen, wird also nicht wertgeschätzt. So blenden Mädchen ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten, ihre Interessen und Bedürfnisse bei sich selbst und anderen Frauen aus, sie entfremden sich von ihrer eigenen Wahrnehmung. Sie versuchen, ein widerspruchsfreies Bild von sich zu entwerfen, um sich in den gesellschaftlichen Normen anzupassen, selbst wenn die gesellschaftliche Realität einen andere ist.

hung auf einer neuen Ebene. Anzumerken bleibt allerdings, dass sie sich damit sozusagen im Mangel, nicht in einer positiv Fülle der Weiblichkeit solidarisieren.

3.3 Körperidentität

Um dem Phänomen der auffallend hohen Körperunzufriedenheit näher zu kommen, müssen wir einen Blick auf die Thematik der Körpersozialisation werfen, da das Verhältnis zum Körper einen zentralen Aspekt der psychosexuellen Entwicklung darstellt:

Die Unterscheidung der Geschlechter ist ein grundlegendes soziokulturelles Merkmal unserer Gesellschaft (vgl. Kolip 1997,53). Das erste, was wir an Menschen wahrnehmen, ist ihr Geschlecht. Jede Kommunikation ist geprägt sowohl vom eigenen Geschlecht wie von dem unseres Gegenübers.

In der sozialen wie in der individuellen Konstruktion von Geschlechtszugehörigkeit spielt der Körper eine zentrale Rolle. Wir "verkörpern" unser Geschlecht; Körperlichkeit ist aber nicht einfach gegeben, sondern muß als kulturelles Symbol dargestellt und hergestellt werden, z.B. über Bewegung, Kleidung, Haltung. Kinder brauchen Jahre, um intuitiv zu wissen, was sie als Mädchen und Jungen zu tun bzw. zu lassen haben.

Zunächst müssen sie zu der Erkenntnis kommen, daß sie einem Geschlecht angehören und dies sich auch nicht mehr ändern wird. Kinder suchen Identität, indem sie sich aktiv und mit allen Sinnen mit ihrer Umwelt auseinandersetzen. Der Körper ist der zentrale Austragungsort der Suche nach Geschlechtsidentität. Die dazu notwendige Orientierung geschieht in Auseinandersetzung mit Erwachsenen und, was lange unterschätzt wurde, mit Gleichaltrigen.

Die Sozialisation durch männliche und weibliche Normal-Lebensläufe bringt schon vom frühen Kindesalter, verstärkt im Jugendalter geschlechtstypische "Körperkarrieren" hervor (vgl. Bilden 1991):

Schon früh erfahren Mädchen, dass eine hübsche Frisur, ein schönes Kleidchen ihnen wohlwollende Aufmerksamkeit sichert. Die ästhetische, "weibliche" Normen erfüllende äußere Erscheinung scheint ein bedeutungsvoller Faktor ihrer Anerkennung zu sein. Auffallend ist aber, dass ihnen die Aneignung des inneren Körperraums bedeutend schwerer gemacht wird, was aber bedeutungsvoll wäre. Denn Mädchen entwickeln schon im frühen Kindesalter häufig ein Körperschema, das ihre Sexualorgane nicht mit einschließt. Sie hören, daß sie eine Scheide haben (die sie aber nicht sehen können), alle anderen Geschlechtsteile werden

³ Dass diese Riten oft schmerzhaft oder sogar verstümmelnd sind, wollen wir hier keinesfalls gutheißen.

sozusagen darunter subsumiert. Nicht nur die (sprachliche) Negierung der weiblichen Geschlechtsorgane, auch die grundlegend unterschiedliche Bewertung des Erkundens und des spielerischen Ausprobierens des Körpers und seiner Sexualität weist auf eine verschiedene Wertigkeit hin. Zwar sind die wenigsten Eltern begeistert, wenn ihre Kinder im Kindergartenalter onanieren, doch wird es bei Jungen eher als normal angesehen. Mädchen hingegen wird eine direkte Manipulation ihrer Genitalien meist (aus Gründen einer vermeintlichen Gefährdung) verboten. Die Folge ist, dass sich viele kleine Mädchen indirekt erregen, indem sie sich z.B. an der Sofalehne reiben. Sie wissen aber nicht, welches Körperteil, nämlich die Klitoris, sie stimulieren. Ihnen wird eine eigene, aktive Sexualität also eher abgesprochen.

Gleichzeitig - und das ist die fatale Gegenseite - steht die ständige Sorge der Eltern (und/oder ErzieherInnen), dem Mädchen könnte gerade aufgrund ihres Geschlechts etwas zustoßen. So werden für die Mädchen schnell widersprüchliche Anforderungen spürbar: Auf der einen Seite sollen sie gefallen, und zwar mit und durch ihren Körper, auf der anderen Seite provoziert dieses Gefallen eine potentielle Gefährdung. Die Sexualisierung des weiblichen Körpers provoziert Übergriffe, bedeutet also für das Mädchen eine Bedrohung der eigenen Existenz. Ihnen wird zudem vieles mit dem Argument der Gefährdung nicht erlaubt und ihr Bewegungs- und Aktivitätsradius dadurch eingeschränkt. (Bsp.: Der Junge geht auf den Fußballplatz oder fährt Fahrrad, das Mädchen wird zum Flötenunterricht gefahren oder hüpf Gummitwist vor dem Haus.) Die ständigen Mahnungen, auf sich aufzupassen, nicht erst im Dunkeln nach Hause zu kommen, nicht mit fremden Männern mitzugehen, bzw. die tatsächlich erlebten Übergriffe wirken angstausslösend und können letztlich dazu führen, die eigene Sexualität, zumindest aber den Stolz auf den eigenen Körper, abzuspalten.

Im Jugendalter, also mit dem Einsetzen ihrer körperlichen Entwicklung etwa im Alter von 9-12 Jahren, spüren Mädchen, daß ihre beginnenden körperlichen Veränderungen - insbesondere das Wachstum der Brüste - von der Umwelt bemerkt und vor allem bewertet werden. "Das Mädchen spürt, daß ihr Körper ihr entgleitet ... und im gleichen Augenblick wird sie von dem Anderen als ein Ding erfaßt. Auf der Straße folgt man ihr mit den Augen, es fallen Bemerkungen über ihren Körperbau. Die Blicke der Männer schmeicheln ihr und verletzen sie zugleich ...: Die Augen dringen immer zu tief." (Flaake 1991, 100) Gerade auch für diejenigen Mädchen, die bislang "jungenhaft" waren und auch so sein durften, findet spätestens zu diesem Zeitpunkt, wenn also die nicht mehr umkehrbare körperliche Entwicklung zur Frau einsetzt, ein jäher Bruch in ihrem Körperkonzept statt.

Gleichzeitig kann der Körper und seine Schönheit aber auch zur "Chiffre für persönliche Macht" (Flaake) werden: Männer werden von Schönheit geblendet, sind ihr verfallen - ein Motiv, das umso bedeutsamer ist, als Mädchen andere Strategien, Macht auszuüben, wie

z.B. über Kraft und (beruflichen) Erfolg, schwerer zugänglich sind. D.h. Gestaltung von Schönheit und Selbststilisierungen stellen auch einen Lösungsversuch dar und haben somit eine kreative und handlungsleitende Seite.

Also läßt sich zusammenfassend und zuspitzend festhalten, daß Mädchen in der Pubertät mit der Tatsache konfrontiert werden, daß sie körperliche Attraktivität besitzen und diese anscheinend eines der wichtigsten Attribute für ihre Zukunftsgestaltung bedeutet. Mädchen müssen lernen, ihren Körper, der ihnen oft als Quelle von Verunsicherung, Bedrohung oder gar Angst vermittelt wurde, umzudefinieren als wichtiges Mittel zur Herstellung von Außenkontakten. Der Körper wird zum zentralen Ort des Selbsterlebens, körperliche Attraktivität wird zu einem wichtigen Element des Selbstbewußtseins. Aber gerade dieser Aspekt der Identität ist besonders labil und fragil, sprich störanfällig.

Betrachtet man die "Krankheitskarrieren" von Mädchen, so fällt auf, daß Mädchen im ersten Lebensjahrzehnt als gesünder gelten als Jungen - sie gehen seltener zum Arzt und bekommen weniger Medikamente verschrieben (Kolip/Hurrelmann/Schnabel 1995).

Mit Beginn der körperlichen Veränderungen und insbesondere mit der Menarche (erste Menstruation), verändert sich für Mädchen viel: Durch die biologische Reifung, die faktisch und symbolisch den Beginn der geschlechtsreifen weiblichen Sexualität anzeigt, werden Mädchen verstärkt eingeschränkt, da vor allem der Aspekt der Gefährdung (zum Beispiel vor einer möglichen Schwangerschaft) im Vordergrund steht. Zu diesem Zeitpunkt verändert sich auch das oben genannte Verhältnis plötzlich. Mädchen sind von nun an häufiger krank, klagen vor allem über Schmerzen und psychosomatische Störungen, sie bekommen mehr Medikamente verschrieben.

Mädchen erleben ihren Körper als integralen Bestandteil des eigenen Selbst (nach dem Motto: "Wenn ich mich schön finde, geht es mir gut") und neigen deshalb dazu, Konflikte durch den Körper auszutragen. Die stärkere Krankheitsanfälligkeit von Mädchen während der Pubertät verweist darauf, daß die Pubertät für sie eine belastende und damit auch belastete Lebensphase ist. Weibliche Formen der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Konflikten sind stärker auf die Thematisierung und Manipulation des Körpers gerichtet. Als Beispiel sei hier der Umgang mit Wut und Aggression genannt, bei dem sich erstaunlich wenig in seiner geschlechtsspezifischen Ausprägung verändert hat. Aggressive Gefühle sind normal und gehören zu jedem Leben dazu. Doch immer noch wird eine von Mädchen und Frauen extrovertiert (und damit gesund) gezeigte Aggressivität anders bewertet als bei Jungen und Männern. Sie gilt schneller als auffällig, bestrafungswürdig und schlecht oder unbeherrscht. Hier wird anscheinend auf klassische weibliche "Tugenden" zurückgegriffen. Eine solche Erziehung in der Regel von Kindesbeinen an führt offensichtlich dazu, dass auffallend viele

Mädchen ihre aggressiven Gefühle gegen sich selbst richten. Spannungen und negative Gefühle bewältigen sie in und gegen ihren eigenen Körper z.B. durch Körpermanipulationen, indem sie autoaggressiv werden oder ihren Körper bis zum Selbsthass ablehnen. Eine Orientierung auf Sanftmütigkeit, wie man sie immer noch konstatieren kann, geht einher mit einem weitgehenden Verzicht auf körperliche Aggression. Mädchen werden dazu angehalten, Konflikte mit Sprache zu regeln, und erleben dadurch eine Reduzierung ihrer körperlichen Ausdrucks- und Erlebnismöglichkeiten. So bleiben Wut und Auflehnung oft imaginär, weil sie körperlich unterdrückt werden (vgl. Glücks 1996, 108f).

Mädchen werden oft allein gelassen in ihrer Auseinandersetzung mit ihrer Situation als heranreifende Frau, mit ihrer Sexualität und Weiblichkeit. Sie brauchen dabei Unterstützung, auch für eine neue Verortung in Beziehungen, einen konstruktiven Umgang mit Aggression und um andere, extrovertiertere Bewältigungsstrategien als die der Manipulation des Körpers zu erproben. Wenn Mädchen ein positiveres Selbstbild und Körpergefühl zu entwickeln könnten, würde das die Essstörung als "Lösung" der Konflikte wahrscheinlich verhindern bzw. überflüssig machen.

3.4 Familie

Schon die Tatsache, dass sich Essstörungen in der Regel im Jugendalter entwickeln, weist auf die Bedeutung der Familie hin. Darin ist sich die wissenschaftliche Literatur einig. Für uns hat sich dabei ein systemischer Blick auf die Familie als hilfreich erwiesen, da in dieser Sichtweise nicht die Schuldfrage in den Mittelpunkt gestellt wird, sondern eher die Sinnfrage. Dies impliziert auch einen anderen Zugang zu Krankheit.

Essgestörte Mädchen und Frauen als psychisch krank zu verstehen, ist zunächst einmal ein Erklärungsversuch für ein uns unverständliches Verhalten. Der Begriff der Krankheit legt nahe, den Fokus auf die betreffende Person zu legen, die es zu heilen gilt. Sie wird als hilfs- und behandlungsbedürftig angesehen. Im allgemeinen werden Kranke nicht für ihre Krankheit verantwortlich gemacht, sondern eher geschont und entlastet. Mit ihnen werden keine Konflikte ausgetragen, sie bekommen vermehrt Zuwendung und Aufmerksamkeit.

"Nun iss´ doch endlich mal normal", ein von vielen entnervten Eltern häufig formulierter Satz hebt darauf ab, dass sich die Mädchen verändern sollen. Diese Sichtweise korrespondiert auch mit der Suche nach Schuldigen - entweder die Betroffenen selbst oder ihre Mütter, die in der Erziehung "versagt" haben. Die Mädchen selbst haben oft Schuldgefühle, weil sie ihrer Familie so viele Sorgen bereiten. Sie erleben sich als defizitär. Schuldgefühle oder Schuld-

zuweisungen stabilisieren das Geschehen aber eher, als dass sie zur Lösung des Problems beitragen würden.

Wenn wir davon ausgehen, dass menschliches Verhalten Sinn macht, geht es im nächsten Schritt darum, den Sinngehalt zu entschlüsseln. Ein Symptom wie Magersucht oder Bulimie ist also nicht nur negativ und muss "wegtherapiert" werden, sondern es muss in seinen Auswirkungen verstanden werden. Das bedeutet keinesfalls, das damit einhergehende Leid zu bagatellisieren oder davon auszugehen, dass das gezeigte Verhalten bewusst oder gar aus Boshaftigkeit gewählt wurde. Entscheidend sind nicht die Absichten der Beteiligten, sondern "die Auswirkungen, die das Symptom in Beziehungen auslöst und die wieder auf das Symptom zurückwirken" (Schmidt 1989,53). So löst z.B. magersüchtiges Verhalten eher Fürsorge und Nähe aus, bulimisches dagegen oft Ärger und Distanz.

Die Ausbildung von Symptomen stellt folglich einen Problemlösungsversuch dar. Es handelt sich um einen kreativen Prozess, allerdings mit destruktiven oder selbstschädigenden Folgen.

Um den Sinn der gezeigten Symptome zu verstehen, ist es wichtig zu beachten, dass sie das spezifische Wertesystem der Familie treffen müssen. Essgestörtes Verhalten wird nur in solchen Familien auftreten, in denen dem Essen, Essenssituationen und der damit verbundenen Fürsorge eine Bedeutung beigemessen wird. Auch Geld, Wohlstand und eine körperlich attraktive Erscheinung spielen für solche Familien eine Rolle. Symptome machen also nur in Interaktion mit anderen Personen des Systems einen Sinn.

Da Essstörungen meistens im Laufe der Pubertät ausbrechen, scheint diese Lebensphase mit ihren spezifischen Entwicklungsaufgaben bedeutsam zu sein. Die Pubertät bedeutet für die Familie und für die Mädchen eine Phase, die ihr Gleichgewicht erschüttern kann, denn sie leitet den Prozess der Individuation ein. Essstörungen kommen häufig in sehr starren Familiensystemen vor, der Wunsch nach Außenorientierung und Autonomie steht im Widerspruch zu dieser Starrheit, die keine Veränderung zulässt. Das bedrohte System schützt sich und "findet" auf der Suche nach einer Lösung die Rolle der Kranken für die Tochter. Welcher Art die "Erkrankung" ist, richtet sich nach der familiären Kultur und welchem Verhalten eine besondere Bedeutung beigemessen wird, z.B. Essensritualen, Diätvorschriften, äußerem Erscheinungsbild.

Wenn im folgenden die Spezifika von "Magersuchtsfamilien" und "Bulimiefamilien" näher beleuchtet werden, heißt das natürlich keinesfalls, dass es grundsätzliche und immer auftretende Regeln gibt. Im Gegenteil, jede Familie ist einzigartig. Und doch kann man immer wie-

der gewisse Phänomene beobachten, die zur Vereinfachung in einer klaren Zuspitzung spezifischer Strukturen dargestellt werden.

a) Magersuchtsfamilien

Oberflächlich betrachtet sind Magersuchtsfamilien gut funktionierende, auf Harmonie angelegte, aufstiegs- und leistungsorientierte Familien, meist der Mittel- oder Oberschicht. Für körperliches Wohlbefinden, gute Bildungsmöglichkeiten und materielle Sicherheit ist gesorgt, die Ehen der Eltern werden als stabil beschrieben bzw. zumindest selten geschieden. Die später magersüchtigen Töchter waren "normal glückliche Kinder", die "ihren Eltern niemals Sorgen" machten, die "leicht zu erziehen" waren – kurzum wahre Musterkinder. Fragt man diese selbst, erzählen sie einem ebenfalls nichtssagende Geschichten über ihre liebevolle, wunderbare Familie (vgl. Selvini Palazzoli 1982, 65f).

Man fragt sich also, wie es in dieser heilen Welt zu einer Magersucht, die für alle Beteiligten wie ein Blitz aus heiterem Himmel erscheint, kommen kann.

Nach Weber/Stierlin 1989 zeichnen sich Magersuchtsfamilien durch eine charakteristische und starke, oft über Generationen hinweg wirkende Bindung aus. Der Familienzusammenhalt wird durch Opferbereitschaft, Verzicht auf eigene Bedürfnisse zugunsten anderer und ein Harmoniegebot gewährleistet. Es wird von den einzelnen erwartet, durch Leistung das Familienansehen zu steigern. Offene Konflikte werden als extrem bedrohlich erlebt. Dies geht einher mit einer ausgeprägten Impulskontrolle. Das Familienmotto könnte sein: "Man muss sich beherrschen, darf sich nicht gehenlassen." Gefühle aller Art, auch sexueller Natur, werden im Zaum gehalten, stattdessen zeigt man sich freundlich-kontrolliert. Über eigene Gefühle wird nicht gesprochen, man scheint eher zu wissen, was der oder die andere fühlt. Dies führt unweigerlich zur Unterdrückung unterschwellig schwelender Spannungen.

Die übermäßige Familienbezogenheit der Magersuchtsfamilien führt nach Minuchin u.a. (1981) dazu, dass die Grenzen, die die Familie von der Welt trennen, rigide und fest sind, dagegen innerhalb der Familie diffus und schwach. Auch die Grenzen zwischen der Kernfamilie und den beiden Ursprungsfamilien der Eltern sind nur schwach ausgebildet. Je diffuser die Grenzen sind, desto schwieriger ist es für die Familie, auf belastende Umstände durch Anpassung und Veränderung zu reagieren.

Ein weiteres Merkmal dieser Familien ist ihr ausgeprägter Gerechtigkeitssinn, der eher ein Gleichbehandlungsdogma darstellt, was bedeutet, dass alle Kinder gleich geliebt werden müssen, niemand bevorzugt werden darf. Es dürfen auch keine Koalitionen gebildet werden. Dies mag theoretisch wünschenswert sein, ist praktisch aber nur möglich, wenn (phasenweise) Vorlieben ausgeblendet und abgestritten werden. Das kann wiederum bedeuten, dass Familienmitglieder, besonders die Kinder, widersprüchliche Botschaften erhalten: Die "offi-

zielle Programmatik" und die in bestimmten Situationen vermittelten und erlebten Gefühle klaffen auseinander. Die extreme Gerechtigkeitsanforderung führt zu einer Dynamik, die Bindung verstärkt, und zwar dadurch, dass sie Individuation erschwert.

Die dominierende Person in Magersuchtsfamilien ist die Mutter. Der Vater ist tatsächlich oder emotional abwesend bzw. nicht bedeutend. Mutter und Tochter sind eng verbunden und verstrickt. Jedoch liegt hinter dieser besonderen Fürsorge, die ja gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz verstößt, nicht selten eine massive Ambivalenz. Vielleicht bestanden zur Zeit der Geburt verdrängte Wünsche der Mutter nach eigener Verwirklichung (z.B. im Beruf), vielleicht wünschte sie sich einen Jungen oder sie hatte Ängste, sie könne als Mutter nicht genügen, was zu Schuldgefühlen führen kann. "Während die Mutter ihre Ambivalenz- und Ausstoßungswünsche zu meistern sucht, indem sie sich besonders gebend, liebend und beschützend zeigt, versucht das Mädchen, mit seiner Ambivalenz, seinen Besorgnissen und seinen inneren Zweifeln fertig zu werden, indem es sich als Musterkind an die (offen gezeigten) Erwartungen der Eltern anpaßt." (Weber/Stierlin 1989, 53)

Magersucht bietet nun die Möglichkeit, sich der elterlichen Kontrolle zu entziehen, indem das Mädchen selber die Kontrolle über ihren Körper und seine Nahrungsaufnahme übernimmt. Die Überfürsorge insbesondere durch die Mutter wird verweigert, womit sich das Mädchen quer zu den Familienwerten stellt. Das "Musterkind" entdeckt eine Möglichkeit, Autonomie zu leben, die sich in der Zurückweisung versorgender Angebote ausdrückt, ohne allerdings individuell Verantwortung übernehmen zu müssen. Magersucht ist also eine wirkungsvolle Strategie, Beziehungen zu vermeiden bzw. zu verweigern.

Ferner stellt Magersucht die einzige Möglichkeit dar, den körperlichen Weg der Entwicklung zur Frau aufzuhalten. Denn das asexuelle Klima ihrer Familien ist allein dadurch bedroht, dass ihr Körper weibliche Rundungen entwickelt und damit das Thema Sexualität aktualisiert. Dies bringt das Familiengleichgewicht durcheinander, indem z.B. der Vater auf die heranwachsende Tochter mit erotischen Gefühlen reagiert. Es ist verständlich, dass unter solchen Bedingungen das Erwachsenwerden, also zur (geschlechtsreifen) Frau zu werden, äußerst bedrohlich für das Mädchen ist. Es verstärkt das Gefühl in ihnen, die eigene aufkeimende Sexualität und Lustgefühle seien etwas schlechtes und verabscheuungswürdiges. Das Sexualitätstabu zeigt sich sogar, wenn die Mädchen sich später verlieben – "kuscheln" ist für viele sozusagen der Gipfel des möglichen körperlichen Kontakts.

Die Mädchen inszenieren eine Spaltung zwischen Körper und Geist – der Geist hat die Aufgabe, den verachteten Körper zu kontrollieren. Das anorektische Mädchen versetzt sich durch das Hungern zurück in die Rolle des Kindes. Die Menstruation setzt oft sehr schnell

aus, schneller als das körperlich zu erklären ist. Ausschlaggebend scheint also bereits die Entscheidung für den "Hungerstreik" zu sein.

b) Bulimiefamilien

Die Herkunftsfamilien von Bulimikerinnen streben nach Perfektionismus und Erfolg. Sie haben ebenfalls ein hohes Leistungsideal. Sie werden aber als sehr konfliktreich beschrieben. In diesen Familien wird viel und laut gestritten. Insbesondere negative Gefühle wie Ablehnung, Wut, Schuld und Abwertungen werden geäußert. Es kommt aber nicht zu einer konstruktiven Konfliktlösung, sondern der Familienzusammenhalt ist durch die langanhaltenden Konflikte bedroht.

Neben dem Mangel an Konfliktlösungen wird für Bulimiefamilien ähnlich wie in Magersuchtsfamilien ein hohes Maß an Grenzverwischung und Rigidität beschrieben.

Die Eltern bilden in ihren Auseinandersetzungen oft regelrechte Fronten, in denen beide jeweils glauben, dass das Recht auf ihrer Seite steht. Die Folge solcher Interaktionen sind u.U. sehr heftige symmetrische Eskalationen (vgl. Schmidt 1989,57). Damit ist gemeint, dass beide Seiten im Konflikt versuchen, eine kontrollierende Position zu erlangen und damit jeweils spiegelbildlich ähnliche Maßnahmen dem anderen gegenüber ergreifen. Werden die symmetrischen Eskalationen zu bedrohlich, lässt sich beobachten, dass andere Regelungsmechanismen zum Tragen kommen, indem z.B. einer der Partner mit depressivem Rückzug, Suchtverhalten oder Krankheit reagiert. Mitunter erscheinen die Partner vordergründig sehr verschieden stark, was aber nicht bedeutet, dass sie sich tatsächlich nicht ebenbürtig sind. Sie kämpfen jedoch mit unterschiedlichen Mitteln; beide glauben, zu kurz zu kommen.

Begleitet werden die Kämpfe für alle Familienmitglieder von dem Gefühl, sich des eigenen Platzes innerhalb der Familie nie sicher sein zu können. Die andere Meinung wird als massiver Angriff und als Infragestellung der ganzen eigenen Person erlebt. D.h. es hängt von der Außenbestätigung ab, ob man selbst etwas wert ist.

"In praktisch allen ... "Bulimiefamilien" [ist] ein zentrales Phänomen die Entwicklung und wechselseitige Aufrechterhaltung von massiven Abhängigkeitsbeziehungen und von einer ausgeprägten Außenorientierung in den Beziehungen der Beteiligten. Damit ist hier gemeint, dass die Beteiligten den Einstellungen, Beurteilungen und Entscheidungen anderer eine enorme Bedeutung beimessen und sich nicht erlauben, eigene innere Standpunkte davon relativ unbeeinflusst zu lassen." (Schmidt 1989, 56f)

Für die spätere Bulimikerin besteht ihr Dilemma darin, dass sie sich häufig von früher Jugend an in das konflikthafte Spannungsfeld ihrer Eltern hineinbegibt, was als Triangulation bezeichnet wird. Meist ist sie ein begabtes, starkes und in vielen Bereichen besonders fähiges

Kind, ein "Musterkind". Der perfektionistischere Elternteil, meist der Vater, erhebt sie zum besonderen "Star".

Dadurch sind die Generationsgrenzen oft verwischt: Die Beziehung zwischen Mutter und Tochter stellt sich eher als eine Schwesternebene dar, die Beziehung zwischen Vater und Tochter ist die emotional bedeutungsvollere. Oft ist das bulimische Mädchen eine "Vater-Tochter", sozusagen die Kronprinzessin. Sie bewundert den (perfektionistischen) Vater und will es ihm recht machen – durch äußere Attraktivität und Anpassung. Entsprechend der Familienglaubenshaltung nimmt sie an, dass ihr der Platz nur solange sicher ist, als sie perfekte Leistungen erbringt und nicht etwa Gefühle der Schwäche, Unfähigkeit oder gar Unkontrolliertheit äußert. Sie hat Angst, sollte sie sich einmal als schwach zeigen, fallengelassen zu werden, sozusagen "ausgespuckt" zu werden. Dies stellt aus ihrer kindlichen oder jugendlichen Position heraus eine existentielle Bedrohung dar. Sie muss also den Außenerwartungen entsprechen, um sicher zu sein. Sie glaubt, nicht um ihrer Person, sondern um ihrer Funktion willen geliebt zu werden – eine Erfahrung, die bereits ihre Eltern in ihren Herkunftsfamilien gemacht hatten.

Die Beziehung zum Vater hat eine inzestuöse bzw. erotisch aufgeladene Komponente. Die Position der "heimlichen Geliebten" bedeutet für die Tochter starke Ambivalenzgefühle. Einerseits konkurriert sie mit der Mutter um die bevorzugte Stellung beim Vater, wobei die erotische Tönung auch Angst verursacht. Andererseits will sie die Mutter in den Auseinandersetzungen mit dem Vater unterstützen und ihr helfen, sich gegen ihn durchzusetzen. Die Bulimie drückt die Ambivalenz symbolisch aus: Das übermäßige Essen kann als Einverleiben von Bedürfnissen nach Zuwendung und Fürsorge (Haben-Wollen) verstanden werden, das Erbrechen als nicht annehmen können.

Die Bulimie stellt einen, allerdings problemstabilisierenden, Lösungsversuch dar, mit dem Gefühl umzugehen, dass in ihren Beziehungen wesentliche Bedürfnisse leer ausgehen. "Die aufgestaute Gier und das Bedürfnis, endlich ohne Hemmung und Kontrolle das tun zu dürfen, was man sich erträumt hat, lassen sich hervorragend in heimlichen Essorgien befriedigen. Das hohe Ziel, nach außen makellos zu erscheinen, kann ebenso über das Erbrechen scheinbar preislos berücksichtigt werden." (Schmidt 1989, 65)

Je länger das Symptom der Bulimie vorherrscht, für umso mehr Spannungszustände wird es als "Lösung" herangezogen, das Verhalten wird generalisiert. Auch scheinen die Essorgien in gewisser Weise zur Strukturierung des Tageslaufs nötig zu werden.

"Hin- und hergerissen zwischen Gefallen- und Lieb-Sein-Wollen, ängstlicher Kontaktvermeidung und rebellischem Verhalten, zeigen sie (die bulimischen Mädchen, Anm.d.Verf.) viel größere affektive Schwankungen als die sich meist trotzig zurückziehenden Magersüchtigen, die sich blind entschlossen ihrem Hungerstreik widmen. Die bulimischen Mädchen wirken oft

eher orientierungslos und unschlüssig, wenn es darum geht, Entscheidungen hinsichtlich einer eigenen Lebensgestaltung zu treffen." (Weber/Stierlin 1989, 69)

In Beziehungen zu Männern wiederholen gerade Bulimikerinnen später oft dieses Beziehungsmuster, wie es zum Vater bestand, und senden durch ihre Ambivalenz missverständliche Signale, d.h. sie zeigen sich erotisch anziehend, wenn sie eigentlich Anerkennung suchen.

Auf eine bedeutende Gemeinsamkeit von Magersuchts- und Bulimiefamilien weisen Weber u. Stierlin hin. Sie beschreiben ein extremes und polarisiertes "Entweder-Oder-Muster" des Denkens, Fühlens und Urteilens. "Entweder man beherrscht seinen Körper, oder man wird von diesem beherrscht; entweder leistet man etwas Besonderes, oder man ist eine Null, ein Versager; entweder man ist der Familie total verbunden, oder man ist ganz draußen. Es gibt keinen dritten Weg, keine Alternative dazu, kein Sowohl-als-auch." (1989, 70)

Das Konzept der Selbstkontrolle, das magersüchtige und bulimische Mädchen in besonderer Weise verinnerlicht haben, entspricht diesem Muster: Die Magersüchtige beweist triumphierend, wie sie sich beherrschen kann, die Bulimikerin entwickelt große Scham- und Schuldgefühle wegen ihrer "Anfälle" von Kontrollverlust.

Das Konzept der *bezogenen Individuation*, wie es Weber u. Stierlin (1989) entwickelten, könnte einen Weg aus der Dynamik von Essstörungsfamilien weisen.

Unter Individuation verstehen sie die Fähigkeit, eigene Wünsche und Wahrnehmungen von denen anderer abzugrenzen, eigene Ziele zu definieren und durchzusetzen, sich mit widersprüchlichen und zum Teil schmerzhaften Anteilen seiner selbst auseinanderzusetzen und schließlich Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen. Bezogene Individuation bedeutet, dass nicht nur das Individuum eigenständiger wird, sondern damit einhergehend Beziehungen zu Personen innerhalb und außerhalb der Familie in komplexerer Weise gestaltet werden. Entwicklung bedeutet demnach ein immer höheres Niveau von Individuation *und* Bezogenheit (vgl. S. 32f). "Gelingt es den Beziehungspartnern, eine von allen Beteiligten akzeptierte Beziehungsrealität auszuhandeln und sich daran zu halten, dann darf man erwarten, daß sich Konflikte und Ablösungsbewegungen als ein *liebvoller Kampf*, als ein partnerschaftliches Ringen um Festhalten und Loslassen zum Ausdruck bringt." (S. 35)

3.5 Sexueller Missbrauch

Leider liegen kaum verlässliche Zahlen vor, wie hoch der Anteil von Mädchen und Frauen mit Missbrauchserfahrungen an den Essgestörten tatsächlich ist. Man kann aber davon ausgehen, dass viele derjenigen, die traumatische Erlebnisse mit sexualisierter Gewalt haben, eine Form von Essstörung ausbilden. In einer Untersuchung von Bange (1992, 152f.) zu den Folgen sexuellen Missbrauchs gaben 40% der Mädchen und Frauen mit Missbrauchserfahrungen Essstörungen an. Diejenigen mit mehrfachen Missbrauchserfahrungen leiden wesentlich häufiger an Essstörungen als die nur einmal missbrauchten. Da Missbrauch über einen längeren Zeitraum hinweg häufig durch Angehörige verübt wird und die durch Angehörige missbrauchten Frauen deutlich stärker Essstörungen zeigen als die durch Fremde missbrauchten, scheint die emotionale Beziehung zum Täter und die Dauer des Missbrauchs ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer Essstörung darzustellen. 55% der von Angehörigen missbrauchten Mädchen und Frauen entwickeln eine Essstörung.⁴

Auch bei missbrauchten Jungen treten vermehrt Essstörungen auf. Immerhin 30% derjenigen mit Missbrauchserfahrungen schätzen sich als essgestört ein (Bange 1992, 153).

Die Entwicklung einer Essstörung als Folge sexuellen Missbrauchs lässt sich damit erklären, dass solch traumatische Erlebnisse tiefgreifende Folgen haben, die sich unter anderem in selbstzerstörerischem Verhalten äußern. Sexueller Missbrauch führt auch zu einer massiven Störung des Bezugs zum eigenen Körper. Wenn der ständige Übergriff auf den eigenen Körper nicht verhindert werden kann, stellt es eine Überlebensstrategie dar, Körper und Selbst zu trennen. Der Körper, der als Austragungsort der Übergriffe erlebt wird, wird gehasst und abgespalten, sodass die äußeren Verletzungen des fremd gewordenen Körpers das Selbst nicht mehr erreichen können. Dies "vermittelt dem missbrauchten Mädchen die Illusion der Kontrolle über sich selbst, begründet aber zugleich die starke Abwertung der Körperlichkeit, die bei sexuell missbrauchten und bei essgestörten Frauen zu finden ist" (Westendorf-Bröring 1999,13). Der Beginn der Pubertät stellt einen kritischen Zeitpunkt dar, weil die Veränderungen des Körpers dann besonders beängstigend erlebt werden. Sowohl die Reaktionen der Umwelt auf den sich weiblich rundenden Körper als auch eigene sexuelle Gefühle bedrohen diese Mädchen und sie reagieren erneut mit einer Abspaltung des Körpers vom Selbst. Sie leugnen ihre körperlichen Bedürfnisse und schädigen den gehassten Körper.

⁴ Dies lässt jedoch nicht den Umkehrschluss zu, dass die meisten Essgestörten Missbrauchserfahrungen haben. Nach unseren Beratungserfahrungen greifen missbrauchte Mädchen eher zu Drogen als zu einer Essstörung.

Magersüchtige berauben den Körper seiner weiblichen Erscheinung, Esssüchtige schützen ihn mit einer Fett-Mauer. Beide verbinden damit die Hoffnung, sexuelle Aktivitäten zu verhindern bzw. sich sexuell unattraktiv zu machen. Doch sind auch sexualisierte Reaktionen auf Missbrauchserfahrungen zu beobachten, die eher Bulimikerinnen zeigen: Mit einer Bulimie bleiben sie zwar äußerlich "hübsch", sind aber innerlich zerfressen. Das Erbrechen symbolisiert ihr "Nein" und ihren Widerwillen gegen den eigenen Körper (vgl. Westendorf-Bröring 1999,13f).

3.6 Jungenspezifische Aspekte

Immer wieder ist zu lesen und zu hören, dass der Anteil von Jungen und jungen Männern an den von Essstörungen Betroffenen wächst. Leider liegen bislang keine gesicherten Erkenntnisse und eindeutigen Untersuchungen vor. Ihr Anteil wird mit ca. 5-10% der von Magersucht und Bulimie Betroffenen (knapp 50% der Adipösen) angegeben. Wie schnell bzw. ob er tatsächlich wächst, ist unklar. Es stellt sich allerdings die Frage, ob essgestörte junge Männer gar nicht als solche diagnostiziert werden, sondern in andere psychische Störungen wie Depression, Angst- oder Zwangsstörungen eingruppiert werden. Da Essstörungen als "typisch weibliche Phänomene" gelten, sind die Diagnosekriterien eindeutig an Frauen orientiert (vgl. DHS 1997). Vermutlich ist die Dunkelziffer auch deswegen hoch, weil sich die männlichen Jugendlichen, die ohnehin seltener eine Ärztin/einen Arzt und noch seltener eine psychosoziale Beratungsstelle aufsuchen, schwer tun, sich zu einer Essstörung zu bekennen, die ja als eine "weibliche" Erscheinung gilt. Unter Umständen sind damit Ängste verbunden, als homosexuell zu gelten (vgl. Stahr u.a. 1995,50).

Die immer noch geringe Prävalenzrate von Essstörungen bei Jungen und Männern könnte auch dadurch beeinflusst sein, dass die im Durchschnitt zwei Jahre später einsetzende Pubertät einen Schutzfaktor für die Jungen darstellt – die Probleme dieser Lebensphase treffen sie erst in späterem Alter, in dem sie bereits stabiler sind. Sie haben mehr Zeit für ihre psychosexuelle Reifung zur Verfügung.

Einige Studien stellen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für den Einstieg in eine spätere Essstörung bei denjenigen Jungen fest, die eine Adipositas in der Kindheit hatten, die in 60% der Fälle bestand (im Vergleich zu 12% bei Mädchen).⁵ Diese Jungen beginnen zu diäten, um bessere sportliche Leistungen zu erzielen und mehr Muskeln aufzubauen. Sie versprechen

⁵ Die Frage bleibt bestehen, ob dieses Ergebnis haltbar ist, wenn man voraussetzt, dass eine vorliegende Essstörung häufig gar nicht als solche erkannt wird.

sich davon größere Anerkennung von anderen Jungen und höhere Attraktivität für Mädchen (vgl. DHS 1997).

Nicht zu unterschätzen als möglicher Einstieg in eine Essstörung von Jungen und jungen Männern sind bestimmte Sportarten wie z.B. Kampfsportarten oder Turnen. Hier ist es gang und gäbe, sich vor einem anstehenden Wettkampf auf ein "Kampfgewicht" herunter zu hungern, um in der leichteren Klasse antreten zu können. Gerade Kampfsportarten werden hier oft unterschätzt, vermitteln sie doch das Bild des starken und gestählten, für psychische Probleme unanfälligen Jungen.

Wenn Jungen essgestört sind, ergeben sich in der Symptomatik keine wesentlichen Unterschiede zu den Mädchen, außer den spezifisch auf den weiblichen Körper bezogenen Folgen wie Amenorrhoe. Bei der Frage nach den Ursachenzusammenhängen zeigen sich gewisse Annäherungstendenzen zwischen den Geschlechtern, aber auch deutliche Unterschiede.

Zeitgleich mit der Veränderung traditioneller Geschlechtsrollen gerät auch der männliche Körper zunehmend in den öffentlichen Blick und wird begutachtet. "Das 'Insichruhen' des männlichen Körpers, das in der historischen Formung des männlichen Körperideals zur Stabilität des Ichs beigetragen hat, ist an vielen Stellen aufgebrochen" (Stahr u.a. 1995,19). Männer achten zunehmend mehr auf ihre äußere Erscheinung, sind modebewusster und benutzen Kosmetika. Wir haben es mit einer Ästhetisierung des Männerkörpers zu tun, die auch von der Industrie und den Medien (z.B. den neuen Männerzeitschriften) vorangetrieben wird. Die Ansprüche an den gestylten, gepflegten, parfümierten und vor allem Fitness ausstrahlenden Männerkörper steigen. Gefragt ist ein durchtrainierter Männerkörper mit breitem Oberkörper, schmalen Hüften, Waschbrettbauch und knackigem Po, für den im Bodybuilding-Studio hart gearbeitet werden muss. Hier ist Kontrolle, Beherrschung und Disziplin verlangt, ein Kontrollverlust kann zu Essanfällen führen, die allerdings seltener mit selbstinduziertem Erbrechen enden, sondern eher zu vermehrtem Fasten und "Abtrainieren" der Folgen führen.

Auch unter Männern wirkt sich das Schlankheitsdiktat zunehmend aus. Schlanke Männer gelten als erfolgreicher im Beruf, weil sie sich anscheinend disziplinieren und kontrollieren können, sie haben mehr Erfolg bei Frauen. Früher konnten Männer ihren "Wohlstandsbauch" ohne schlechtes Gewissen und mit hohem sozialen Prestige vor sich her tragen, er wurde sogar mit Macht gleichgesetzt – diese Sichtweise wird seltener (vgl. Stahr u.a. 1995,84ff).

Auch bei Jungen steigt in der Pubertät die Körperunzufriedenheit. Sie äußert sich allerdings anders als bei den Mädchen nicht unbedingt in dem Wunsch abzunehmen, sondern unter Umständen auch in dem Wunsch zuzunehmen, um dem männlichen Schönheitsideal einer

V-förmigen Figur näher zu kommen. Dass das Schönheitsideal für Frauen erheblich verbindlicher ist als für Männer, mag erklären, warum letztere zwar ihren Körper ähnlich unzulänglich wie Frauen erleben, aber deutlich weniger damit unzufrieden sind (vgl. Gwinner 1997). Bei leichtem Übergewicht erleben sich Jungen nicht so schnell als zu dick, während Mädchen sich bereits als adipös bezeichnen. Sie sind, was ihre Figur betrifft, bedeutend weniger streng mit sich als Mädchen. Trotz aller Veränderungen unterliegen sie einem geringeren sozialen Druck bezüglich des herrschenden Schlankheitsideals. Dennoch leiden immer mehr Männer unter der Diskrepanz zwischen ihrem tatsächlichen Äußeren und ihrem Idealbild.

Veränderungen gibt es aber auch, äquivalent zu veränderten Weiblichkeitsbildern, in den Ansprüchen an den modernen Jungen. Machos sind nicht mehr gefragt, Softies aber auch nicht. Der Mann als Alleinversorger der Familie - und das lebenslang – ist ein selten gewordenes Exemplar seines Geschlechts. Der veränderte Arbeitsmarkt bedeutet und verlangt eine Umorientierung der männlichen Berufsbiographien. Es werden mehr Ansprüche an familiäre Beteiligung gestellt, was die meisten Männer auch wollen, gleichzeitig vermitteln ihnen die Frauen oft, dass sie es besser können. Dennoch existieren daneben traditionelle Rollenklischees weiter. D.h. auch Jungen müssen sich mit ambivalenten Anforderungen auseinandersetzen. Viele erleben die gegenwärtige Entwicklung nicht als Statusgewinn, sondern als Statusbedrohung, die mit Verlustängsten einher geht. Anerkennung von anderen Jungen und Männern gründet sich vielleicht gerade deswegen immer noch oft auf Stärke- und Leistungsdemonstrationen wie coole Sprüche, gemeinsame Trinkgelage oder (Risiko)Sport. Das hier sehr vereinfacht und verkürzt dargestellte Dilemma bedeutet für viele Jungen eine tiefgreifende Verunsicherung in der eigenen Geschlechtsidentität. Die während der Kindheit abwesenden bzw. für Jungen nicht erreichbaren Väter erschweren die konkrete Auseinandersetzung mit dem eigenen Geschlecht. Zudem hat die Vätergeneration ihre Vorbildfunktion eingebüßt. Orientierung muss also laufend selbst hergestellt werden.

4. Intervention – konkreter Umgang mit dem Thema in Schule und Jugendarbeit

Die im vorangegangenen Kapitel aufgezeigten Ursachen und Hintergründe von Essstörungen machen die Komplexität und Tiefe der Störung deutlich. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass eine manifeste Essstörung auf jeden Fall einer Therapie bedarf und keinesfalls im pädagogischen Alltag in Schule oder Jugendarbeit ausreichend betreut werden kann. Damit würden sich pädagogische MitarbeiterInnen absolut überfordern und auch ihre Kompetenzen überschreiten. Vielmehr geht es darum, wie akut Betroffene unterstützt werden können, dass sie vielleicht bereit sind, eine spezifische Beratungs- oder Therapieeinrichtung aufzusuchen. Die Frage nach dem konkreten Umgang mit der Thematik und den Betroffenen hat aber auch deshalb an Brisanz gewonnen, weil die Allgegenwart der Essstörungen als Thema in Funk und Fernsehen, in der Morgenzeitung oder der Teambesprechung zur Auseinandersetzung zwingt. Allzu oft handelt es sich aber leider um einen reißerischen Umgang mit dem Thema, der im konkreten Alltag wenig weiterhilft. Deshalb werden im Folgenden anhand typischer Fragen Handlungsschritte für die pädagogische Praxis aufgezeigt.

1. Wie gehe ich mit meinen eigenen Fragen, die das Thema bei mir selbst auflöst, um?

Gerade die Alltäglichkeit, in der insbesondere Frauen über gesunde Ernährung, Entschlackung und Fastenkuren, Bikinifigur usw. sprechen, lässt leicht vergessen, dass auch erwachsene Frauen sich stark und oft versteckt hinter Gesundheitsthemen mit dem Schönheits- und Schlankheitsideal auseinandersetzen. So wird das Thema z.B. im Zusammenhang mit den Wechseljahren, in denen viele Frauen etwas zunehmen und sich ihre Figur verändert, mitunter geradezu bedrohlich, weil das Ideal immer unerreichbarer erscheint und sie sich immer weiter von der Jugend, diesem hierzulande so hoch bewerteten Gut, entfernen. Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn die ranken und schlanken vielleicht Mädchen Neid auslösen, zumal wenn eigene Diätversuche gerade mal wieder erfolglos abgebrochen wurden. Da jedoch PädagogInnen immer eine Vorbildfunktion haben und diese auch einen wichtigen Teil im Erziehungsgeschehen ausmacht, ist Selbstreflexion unerlässlich. Es macht wenig Sinn, gegen Modelfiguren zu wettern und gleichzeitig das eigene Essverhalten streng zu kontrollieren – das kann zu regelrechten "Double bind"-Situationen führen, indem das gesprochene Wort nicht mit dem gezeigten Verhalten übereinstimmt. Es ist aber wichtig, authentisch zu sein. Besser wäre also, sich mit eigenen "Ungereimtheiten" zu zeigen und damit zuzugeben, dass die Thematik viele Menschen jahre- oder gar lebenslang begleitet und eine Auseinandersetzung erfordert.

Notwendig ist auch, sich darüber klar zu werden, welche Essstörung welche Reaktion provoziert. Magersüchtige Mädchen lösen oft den Wunsch nach mütterlicher Zuwendung, nach Versorgung und liebevoller, geduldiger Fürsorge aus. Ihre Kontrolliertheit und Disziplin sind anerkannte Werte. Bulimikerinnen werden dagegen oft eher mit Unverständnis oder Ekel betrachtet, da sowohl das Vollstopfen mit Essen wie auch das absichtliche Erbrechen schon in der Vorstellung dazu führt, dass einem übel wird. Ihre Anfälle von Kontrollverlust werden ähnlich wie bei anderen Süchten (z.B. Alkoholsucht) mit labilen Persönlichkeiten assoziiert. Übergewichtige Mädchen wiederum lösen oft Abwehr aus, weil sie den ästhetischen Vorstellungen nicht entsprechen. Sie gelten als maßlos und unbeherrscht. Solche Reaktionen sind durchaus normal und weit verbreitet, es ist jedoch sinnvoll sich darüber klar zu werden, da sie sonst unbewusst unsere Interventionen beeinflussen.

2. Wie erkennt man, ob es sich wirklich um eine Essstörung handelt?

Die Übergänge zwischen verschiedenen Ausprägungen gestörten Essverhaltens, die in unserer Gesellschaft häufig vorkommen, Vorstufen von Esssüchten und schließlich manifesten Störungen sind fließend. Somit ist es schwierig zu entscheiden, um was es sich im Einzelfall handelt. Denn nicht jedes zarte, zierliche Mädchen ist magersüchtig, nicht jedes pummelige Kind ist esssüchtig. Meist allein, sehr unregelmäßig oder oft in der Imbissbude zu essen, manchmal zu erbrechen, Appetitzügler oder Abführtabletten zu schlucken, ist sicherlich nicht wünschenswert und zeugt von einem ungesunden oder gestörten Essverhalten, kommt aber verbreitet vor. Es kann, muss aber nicht auf eine manifeste Essstörung hindeuten. Hier zeigt sich deutlich, dass es immer auch um eine Frage der Bewertung des beobachteten Verhaltens geht. Die derzeitige Skandalisierung des Themas führt zu erhöhter Aufmerksamkeit, was positive Auswirkungen hat. Denn so manches Mädchen wird dadurch frühzeitiger aus dem Teufelskreis der Essstörung herausgeführt, weil andere rechtzeitig aufmerksam werden. Es darf aber nicht dazu führen, zu schnell und unüberlegt einzugreifen. Es ist nicht ratsam, Mädchen sofort mit den eigenen Befürchtungen zu konfrontieren, sich dann aber zurückzuziehen, weil sich doch eher jemand anderes zuständig fühlen sollte; die Mädchen fühlen sich sonst "verraten" und ziehen sich noch weiter in sich zurück.

Eine Intervention erfordert sorgfältige Beobachtung, geplantes Handeln und die Sicherstellung einer Begleitung des betroffenen Mädchens.

Eine manifeste Magersucht ist aufgrund ihrer Augenscheinlichkeit am leichtesten zu erkennen, wengleich die zunehmend dünnere Figur meist unter weiter, dicker Kleidung verborgen wird. Insofern sind oft die SportlehrerInnen oder Trainer im Sportverein die ersten, die auffällige Veränderungen bemerken. Einige andere der in Kapitel 2 beschriebenen Symptome

lassen sich auch im Alltag beobachten, wie z.B. motorische Unruhe, körperliche Schwäche, zunehmender sozialer Rückzug.

Bulimie ist dagegen nur schwer zu erkennen, da sie selten mit deutlichem Untergewicht einhergeht; sie kann lange, sogar über Jahre, verheimlicht werden. Mitunter senden Bulimikerinnen aber (vielleicht auch unbewusst) Signale, weil sie entdeckt werden wollen, da der Druck zu groß wird. Hier muss die Aufmerksamkeit auf das konkrete Essverhalten gelegt werden, z.B. fast nie in Gemeinschaft zu essen oder häufiger sehr große Nahrungsmengen ohne Gewichtszunahme zu vertilgen. Das könnte z.B. im Schullandheim oder auf einer Ferienfreizeit bemerkt werden. Auch ein stark verändertes Sozialverhalten, Rückzug aus der Gemeinschaft, ständige Geldprobleme usw. können, müssen aber nicht auf eine Bulimie deuten.

Bei übergewichtigen Mädchen muss ebenfalls genau beobachtet werden: Ist das Gewicht in letzter Zeit erheblich angestiegen oder war das Kind schon immer etwas dicker? Lässt sich beobachten, dass sie in bestimmten Situationen besonders viel isst? Gibt es sonstige Verhaltensänderungen? Wie geht das Mädchen selbst mit ihrem Übergewicht um?

Grundsätzlich ist es auf jeden Fall sinnvoll, die Beobachtungen mit KollegInnen zu besprechen und Eindrücke auszutauschen, bevor man sich zur Intervention entscheidet. Der erste Schritt ist damit schon getan, dass man die eigenen Wahrnehmungen ernst nimmt und bereit ist, die Verantwortung für das weitere Vorgehen zu übernehmen.

3. Wie spricht man das Mädchen an?

Der nächste Schritt kann sein, das Thema Schönheitsideal und Essstörungen im Unterricht bzw. in der Gruppenstunde zu behandeln, um eine Sensibilität für die Problematik in der ganzen Gruppe zu fördern. Es ergibt sich dabei auch die Gelegenheit zu erfahren, wie die Klasse/Gruppe und das betroffene Mädchen über das Thema denken. In einem solchen Rahmen ist es bereits möglich, auf Hilfsmöglichkeiten hinzuweisen und sich selbst als offene Ansprechpartnerin anzubieten.

Natürlich kann man auch das betreffende Mädchen gleich direkt (nicht vor der Gruppe)ansprechen. Hierbei ist es wichtig, keine Zuschreibungen zu machen ("Du hast eine Essstörung") oder Vermutungen und Interpretationen zu ihrem Leben und ihren Problemen zu äußern , weil das in den meisten Fällen zur sofortigen "Gegendarstellung" des Mädchen und innerer Abwehr führt. Stattdessen sollte man das Mädchen mit den eigenen Sorgen konfrontieren ("Ich mache mir Sorgen, weil du so stark abgenommen hast", "Mir ist aufgefallen, dass du dich verändert hast"). In einem solchen ersten Gespräch wird das Mädchen höchstwahrscheinlich dennoch alles abstreiten. Essgestörte Mädchen sind meistens überaus höflich, freundlich und "lieb" - und lassen nichts an sich herankommen, darin liegt ja ein Charakteristikum der Essstörungen. Die Ankündigung, später noch einmal nachzufragen, zeigt dem

Mädchen, dass hier die Möglichkeit besteht, vielleicht von sich aus auf das Gesprächsangebot zurückzukommen. Es ist auf jeden Fall sinnvoller, eine Kollegin nimmt die Sache in die Hand und führt mehrere Gespräche, als dass das Mädchen von vielen verschiedenen angesprochen wird. Denn nur wenn sich eine vertrauensvolle Beziehung entwickelt, ist es möglich, dass vielleicht weitere Schritte gemeinsam unternommen werden können.

Notwendig ist aber, sich selbst und der Betroffenen immer wieder deutlich zu machen, dass letztlich nur sie etwas gegen ihre Essstörung unternehmen kann, dass die beste Hilfe und Unterstützung von anderen nichts bringt, wenn das Mädchen ihre Essstörung nicht aufgeben will. Es ist typisch für Essgestörte, dass sie lieber andere agieren lassen als selbst aktiv zu werden. Oftmals gehen sie der Mutter oder Lehrerin zuliebe zwar zur Beratung, bleiben dort aber verschlossen. Magersüchtige vermitteln dabei, dass es keine Probleme gebe, Bulimikerinnen geben die Verantwortung, dass es ihnen besser geht, an die Beraterin ab. Das ist zunächst eine normale und verständliche Abwehr- oder Schutzreaktion, die sich aber auf Dauer verändern muss, wenn sich wirklich etwas ändern soll.

Wichtig ist auch, essgestörte Mädchen nicht nur über ihre Essstörung anzusprechen und sie ansonsten womöglich von allen anderen Verpflichtungen auszunehmen. Sie sind zunächst einmal einfach Klassen- oder Gruppenmitglieder mit Pflichten und Rechten, evtl. Fehlverhalten braucht nicht wegen ihrer Essstörung entschuldigt zu werden. Das könnte im Gegenteil sogar dazu führen, das Verhalten zu festigen, weil es sie in eine angenehme Sonderposition bringt (vgl. insgesamt Hasselmann 1998,45).

Selbstverständlich kann es passieren, dass man sich täuscht; das angesprochene Mädchen nennt andere Gründe für ihr Verhalten oder hat einfach etwas Pubertätsspeck angesetzt oder ist sehr dünn geworden, weil sie sehr gewachsen ist. In einem solchen Fall kann man den Grund für die Sorgen erläutern, sollte das Mädchen dann aber nicht mehr innerlich "abstem-peln". Bleibt aber ein Gefühl des Unbehagens zurück, ist es gut, das Mädchen einfach weiterhin zu beobachten.

4. Ab wann sollen die Eltern einbezogen werden?

Wenn man eine Gesundheitsgefährdung vermutet oder die Essstörung mit anderen Auffälligkeiten wie starken Depressionen einher geht, ist es ratsam, die Eltern zu informieren. Dies darf allerdings nicht ohne das Wissen des Mädchens geschehen, gegen ihren Willen dagegen schon (bei Volljährigen geht das natürlich nicht mehr). Das eigene Vorgehen muss dem Mädchen in einem ausführlichen Gespräch transparent gemacht werden. Vielleicht ist auch ein gemeinsames Gespräch mit allen Beteiligten sinnvoll. Unter Umständen ist eine Einbeziehung der Eltern entlastend, selbst wenn das Mädchen zunächst große Angst vor diesem Schritt hat. In der Regel haben die Eltern ihrerseits auch schon Veränderungen an ihrer

Tochter bemerkt und fühlen sich vielleicht unterstützt durch ein solches Gespräch. Da Essstörungen sowohl bei den betroffenen Mädchen wie oft bei ihren Müttern schnell Schuldgefühle mobilisieren, sollte man sich vor leichtfertigen Schuldzuschreibungen hüten und stattdessen lieber die Gesprächsbereitschaft positiv hervorheben. Oftmals werden die Eltern durch ein solches Vorgehen aktiviert, weitere Schritte einzuleiten. Außer einschlägigen Hilfsmöglichkeiten für die Tochter sollte man auch auf die Möglichkeit einer Familienberatung oder –therapie hinweisen.

5. Wo kann sich die betreuende Pädagogin selbst Unterstützung holen?

Ein Charakteristikum Essgestörter ist, dass sie viel Energie von ihren BetreuerInnen abziehen. Es ist insofern notwendig, gut für sich selbst zu sorgen, sich sozusagen selbst zu nähren. Dafür sind Gespräche im KollegInnen-Kreis wichtig und hilfreich, auch um eine Rückmeldung bezüglich der eigenen Intervention zu erhalten. In schwierigeren Fällen ist es notwendig, das eigene Vorgehen mit der Schulleitung bzw. den Vorgesetzten zu besprechen, um die Verantwortung zu teilen. Sinnvoll kann auch sein, sich selbst an eine Beratungsstelle zu wenden, um Supervision und Unterstützung für das weitere Vorgehen zu bekommen.

Den Zeitpunkt zu erkennen, an dem die Verantwortung oder die Belastung zu groß wird, ist oft nicht einfach. Erinnerung sei noch einmal daran, dass Gespräche mit einer betreuenden Pädagogin keine Therapie ersetzen können. D.h. sobald das Gefühl entsteht, dass dem betroffenen Mädchen einige Gespräche mit einer erwachsenen Bezugsperson nicht ausreichen, muss sie weiterverwiesen werden, z.B. an die örtlichen Erziehungsberatungsstellen oder andere Hilfseinrichtungen, deren Adressen über die Suchtprophylaxebeauftragten der Landkreise erfragt werden können.

5. Prävention – Möglichkeiten, Chancen und Grenzen

Große Erwartungen und Hoffnungen von Gesellschaft und Wissenschaft liegen seit jeher auf der Prävention. Traditionsgemäß werden bei Präventionsmaßnahmen im Bereich Essstörungen die Schule und die offene Jugendarbeit angesprochen, um die Prävalenzrate zu verringern bzw. Essstörungen erst gar nicht entstehen zu lassen.

Hierin liegt zum einen eine große Wertschätzung dieser Institutionen und Berufsfelder, andererseits wird ihnen damit aber auch eine hohe Verantwortung übertragen. Arbeitet man als Pädagogen im Bereich Prävention, ist man sich schnell bewusst, in welchem Spannungsfeld man sich bewegt. Auf der einen Seite bestehen hohe Erwartungen, andererseits werden sehr schnell Grenzen spürbar, da es einige gewichtige Faktoren gibt (z.B. Familie, soziales Umfeld, Peers), die zwar zur Entstehung von Suchtkrankheiten beitragen, auf die man aber in der konkreten Arbeit kaum Einfluss hat.

Wir wollen Sie an dieser Stelle ermuntern, trotz dieser Widrigkeit mit Engagement und realistischen Enthusiasmus die Präventionsarbeit voran zu treiben. Prävention mit Jugendlichen ist spannend und macht Spaß, auch wenn die „großen“ Erfolge erst zeitlich versetzt sichtbar werden.

Der Begriff Prävention bedeutet im eigentlichen Wortsinn Vorbeugung und meint auf den Gesundheitsbereich bezogen die Verhütung von Krankheiten.

Die Prävention von Essstörungen deckt sich inhaltlich in weiten Teilen mit der Suchtprävention, weshalb wir im Folgenden auf Modelle der Suchtprävention zurückgreifen werden. In der Suchtprävention wird je nach Zeitpunkt der Maßnahme eine Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention vorgenommen.

*Die **primäre Prävention** hat zum Ziel, Suchtgefährdungen unmittelbar und mittelbar im Vorfeld ihrer Entstehung zu verhindern. Dies soll durch Maßnahmen, die Risikofaktoren reduzieren sowie der Stärkung protektiver Bedingungen gewährleistet werden.*

*Die **sekundäre Prävention** beinhaltet die Früherkennung von Suchtgefahren bei der Zielgruppe und will die Intensität und Dauer von Krankheiten reduzieren.*

*Die **tertiäre Prävention** umfasst im weitesten Sinne alle Maßnahmen der Rückfallprophylaxe bei bereits Suchterkrankten. (vgl. Stein-Hilbers/Becker 1996:40)*

Unter Prävention wurde lange Zeit eine reine Informationsvermittlung verstanden, die durch die rein sachliche Aufklärung über körperliche und psychische Folgen des Konsums oder des Verhaltens Abschreckung intendierte. In der Zwischenzeit weiß man, dass diese Form der Risikoprävention günstigstenfalls folgenlos bleibt, nicht selten aber geradezu kontrapro-

duktiv ist. Angsterzeugende Appelle führen eher zu einer Manifestierung des Verhaltens, das eigentlich geändert werden soll.

In den 80er Jahren fand eine konzeptionelle Umorientierung statt. Nicht mehr die Suchtmittel standen im Mittelpunkt der Prävention, sondern die Frage nach den Ursachen des Suchtmittelgebrauchs. Ins Blickfeld rückt damit auch die Korrespondenz von Risikoverhalten und den individuellen Lebenslagen, d.h. Risikoverhalten wird auch als Bewältigungsversuch für belastende Lebenslagen verstanden.

Insgesamt lässt sich festhalten: Die Suchtprävention hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten weg von einer stoffbezogenen Aufklärung hin zu einer allgemeinen Aktivierung und Förderung von Lebenskompetenz entwickelt.

In den 90er Jahren hat dieses Modell durch die Gesundheitsförderung eine Erweiterung erfahren. Gesundheitsförderung setzt an den Gesundheitsressourcen des einzelnen an; die zentrale Frage lautet „Was erhält den Menschen gesund?“ anstatt „Welche Faktoren kommen bei einer Suchterkrankung zum Tragen?“. Bei dieser so genannten Salutogenetischen Sichtweise, die von Aaron Antonovsky bereits Ende der 70er vorgestellt wurde, liegt die Aufmerksamkeit auf gesundheitserhaltenden Faktoren, die Menschen dazu verhelfen, so erfolgreich wie nur möglich mit den Bedrohungen und Krisen im Verlauf ihres Lebens umzugehen. Ziel ist es nicht mehr, den vielfältigen Einzelursachen von Sucht, den Risikofaktoren entgegen zu treten, sondern vielmehr Bedingungen zur Herstellung und Sicherung von Gesundheit zu schaffen (Bengel/ Strittmacher/ Willmann 1998).

Die Prävention von Magersucht und Bulimie muss sich hier anschließen. Denn um Essstörungen erst gar nicht entstehen zu lassen, bedarf es einer praktischen Arbeit, die die Gesundheitsressourcen an Bedeutung gewinnen lässt.

Zentrale Leitlinien der Prävention sind:

- Aktivierung und Förderung von Lebenskompetenz
- Schaffung von Netzwerken für die soziale Unterstützung des Einzelnen
- Politische Einmischung und Förderung des Sozialklimas (Franzkowiak 1995).

Wir werden uns im Weiteren auf den Punkt „Aktivierung und Förderung von Lebenskompetenz“ konzentrieren, da lediglich dieser Punkt sich auf das Individuum bezieht und somit die Prävention in Schule und Jugendarbeit betrifft. Den anderen beiden Zielen, die sich auf den Sozialraum beziehen, sollte aber von gesellschaftlicher und politischer Seite genauso viel Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Dieses Verständnis von Prävention lässt sie zu einem integralen Bestandteil der gesamten Erziehung werden, die bereits im Kindesalter einsetzt und nicht mit dem Jugendalter aufhört. Sie setzt an der konkreten Lebenswelt an und bezieht den Alltag, die Schule, die Familiensituation, die Clique und FreundInnen mit ein. Die Orientierung liegt auf protektiven Faktoren, also der Förderung positiver individueller, aber auch sozialer Ressourcen und Lebensbedingungen. Durch Förderung der Lebenskompetenz, der Handlungskompetenz und der Konfliktlösungspotentiale sollen Kinder und Jugendliche zu produktiven Bewältigungsstrategien befähigt werden.

Als Aufgaben der Prävention erweisen sich hierbei:

- Vermittlung sinnstiftender Selbsterfahrung
- Entwicklung und Umgang mit Kreativität
- Konflikte wahrnehmen, austragen und lösen
- Bedürfnisse und Gefühle wahrnehmen und äußern
- Ich-Stärkung und Beziehungsfähigkeit

Die neuen Präventionskonzepte arbeiten ganzheitlich, d.h. sie versuchen die spezifische Sinnhaftigkeit des (jugendlichen) Verhaltens zu verstehen und aktivieren sozusagen den Selbstschutz durch Förderung des Eigen-Sinns und der Lebenslust – also eine positive Herangehensweise.

Gesundheitsriskante Verhaltensweisen machen für Jugendliche nämlich zunächst einmal Sinn; sie wollen ihren Körper erleben, testen, stilisieren, seine Grenzen erfahren – das ist allemal wichtiger als der Wert Gesundheit. „Die Manipulation des Körpers bietet Jugendlichen einen entscheidenden und relativ konkurrenzlosen Weg zu einer Selbstaufwertung, Selbstdarstellung, zur Demonstration von Zugehörigkeit zu Gruppen und zur Regulierung sozialer Beziehungen“ (Helfferich 1995a).

Mädchen und Jungen zeigen sowohl in der Wahl ihrer Suchtmittel als auch in ihrer je spezifischen Umgangsform mit diesen deutliche Unterschiede. In den letzten Jahren hat darum das Kriterium Geschlecht in der Suchtprävention immer mehr an Bedeutung gewonnen. Wurzeln hierfür stammen vor allem aus der feministischen Mädchenarbeit, die die Nicht-Beachtung von Mädchen und deren besonderen Lebens- und Sozialisationsbedingungen kritisierte.

Wer Jugend geschlechtsdifferenziert betrachtet, stellt fest, dass Mädchen und Jungen in der Pubertät mit unterschiedlichen Lebenssituationen und Aufgaben bzw. Problemen konfrontiert sind und aufgrund unterschiedlicher Ressourcen und Kompetenzen unterschiedliche Bewältigungsstrategien entwickeln und dabei unterschiedliche problematische Verhaltensweisen aufzeigen (vgl. auch Kap. 3). Die Entwicklung einer positiven weiblichen Identität beinhaltet andere Aufgaben und Schwerpunkte als die Entwicklung einer männlichen Identität. Bei bei-

den Geschlechtern sind unterschiedliche Akzente bei den allgemeinen Lebenskompetenzen und Bewältigungsmuster festzustellen und die Struktur der sozialen Netze und Freundschaftbeziehungen sind ebenfalls andere (Gaidetzka 1994).

Am *Beispiel des Rauchens* möchten wir zeigen, dass die hinter dem gleichen Suchtmittelkonsum stehenden Konflikte und Motive bei Mädchen oft andere sind als bei Jungen.

In den letzten Jahren ist im Bereich des Tabakkonsums in der Altersgruppe von 12-15 Jahren eine Angleichung der Geschlechter zu beobachten (Helfferich 1995b,141). Beim Rauchen spielt bei beiden Geschlechtern die rebellische Ablösung vom Elternhaus und die Übernahme der Erwachsenenrolle eine Rolle, es zeigen sich jedoch folgende geschlechtstypische Unterschiede.

Wenn ein Mädchen raucht, kann das oft als Rebellion gegen das Bild gesehen werden, das dem des „typischen“ Mädchens entspricht. Das Rauchen hat etwas „Verruchtes“ und eine sexuelle Färbung, es wird von den Mädchen oft mit Erotik und Erwachsensein in Verbindung gebracht. Diese symbolische Verbindung steht mit der bewahrenden Erziehung von Mädchen im Zusammenhang. Die Einschätzung gefährlicher Situationen durch die Eltern hat oft eine sexuelle Färbung: Dem Mädchen könnte z.B. auf dem Nachhauseweg „etwas“ passieren, sie könnte ungewollt schwanger werden und ihr „Ruf“ könnte beschädigt werden. Aus diesem Grund korrelieren bei Mädchen sexuelle Selbstständigkeit und Ablösung vom Elternhaus stärker als bei Jungen.

Das Rauchen symbolisiert Neugier und Bereitschaft, Verbote zu übertreten; wenn Mädchen rauchen können sie damit ihre Forderung nach sexueller Selbstständigkeit und Selbstbestimmung ausdrücken.

Zusätzlich hat Rauchen für Mädchen noch eine weitere, ganz andere Funktion: Es dämpft Hungergefühle und man hat etwas im Mund, ohne etwas essen zu müssen. Gerade dieser Aspekt wird häufig übersehen, obwohl ihn viele Mädchen sehr offen benennen.

Anders als bei Mädchen ist das Rauchen bei Jungen eher geschlechtsrollenkonform. Mit der Zigarette in der Hand sind sie cool und können den Mann „raushängen“. Das Rauchen symbolisiert für Jungen den Eintritt in die Männerwelt und in Männerbünde. Sie kopieren die erwachsenen Männer und wollen auf der einen Seite so sein wie sie, auf der anderen Seite legen sie es mit demonstrativen Rauchen oft darauf an, gerade männliche Autoritätspersonen zu provozieren. Entsprechende Autoritätskonflikte werden dann auch „unter Männern“ ausgetragen.

Das konkrete Verhalten von Mädchen, hier am Beispiel Rauchen kurz angerissen, bedeutet also einerseits eine Geschlechtsrollenorientierung, die sich in Anpassung oder Widerstand

ausdrücken kann, ist aber auch als spezifischer Aneignungsprozeß und als Eigenleistung anzusehen, sich mit Problemen der Sozialisation und mädchen typischen Entwicklungsaufgaben auseinanderzusetzen.⁶

Bei der Prävention von Essstörungen und dem gezeigten Risikoverhalten der Mädchen in diesem Bereich sollten diese Aspekte miteinbezogen werden. Körperbetonte riskante Verhaltensweisen wie z.B. häufige Diäten kann vor diesem Hintergrund folgendermaßen gedeutet werden:

- als Versuch der Identitätsbildung
- Bezug zum eigenen Körper herzustellen
- Aneignung der gesellschaftlich vorgegebenen weiblichen Rolle
- Herstellen von Beziehungen auf einer anderen Ebene
 - Peers: Unterhaltung über Figur und Diäten als Eintrittskarte zur begehrten Clique
 - Eltern: Mütter und Töchter finden ein verbindendes Thema

Elternarbeit

Die Effektivität von Präventionsprogrammen kann durch die Einbeziehung von Eltern gesteigert werden (Stein-Hilbers/Becker 1996,45). Das familiäre Essverhalten kann mit ein Auslöser für eine Essstörung sein. So ist es z.B. auffällig, dass es in vielen Familien mit essgestörten Jugendlichen keine gemeinsamen Mahlzeiten gibt oder man nur am Wochenende oder vor dem Fernsehgerät gemeinsam isst. Familien, in denen Gewicht, Schlankheitsideale und Diäten eine große Rolle spielen, haben Auswirkungen auf das Körperideal und Ernährungsverhalten der Töchter. Zudem werden in vielen Familien Aussehen und Schlankheit überbewertet, so dass sich viele Mädchen mit und durch ihren Körper kritisiert fühlen.

Elternabende und Elterngespräche, die für geschlechtsspezifische Sozialisationsprozesse und gesellschaftliche Weiblichkeitsbilder sensibilisieren, tragen dazu bei, dass Eltern die familiären Essgewohnheiten neu überdenken und die körperlichen Veränderungen der Töchter in der Pubertät positiver aufgenommen und bewertet werden.

Die Rolle der PädagogIn

Arbeitet man als PädagogIn im Bereich (Sucht-)Prävention, hat man das Ziel, dass es erst gar nicht zu einer Ausbildung von Essstörungen kommt. Betrachten wir Chancen und Grenzen von Prävention.

Einerseits scheinen die Einflussmöglichkeiten sehr begrenzt, da die Herkunftsfamilie, die geschlechtsspezifische Sozialisation und die peer-groups die Mädchen bereits stark geprägt

⁶ Wir möchten an dieser Stelle auf Schulprojekt „mädchen Sucht junge“ verweisen, das unter Federführung der Beauftragten für Suchtprophylaxe in Stuttgart 1998 entwickelt wurde und seither an Stuttgarter Schulen durchgeführt wird. Das Projekt zur Suchtprävention für die Klassenstufe 7 wird in weiten Teilen geschlechtsgetrennt durchgeführt und die SchülerInnen können die Inhalte mitbestimmen (vgl. ausführlich: Landeshauptstadt Stuttgart

haben. Andererseits ist man als weibliche Pädagogin als Vorbild für Frau-sein, Umgang mit Schönheitsidealen etc. in der Relevanz für Mädchen nicht zu unterschätzen. Bevor man mit Mädchen zum Thema Schönheitsideal und Essstörungen arbeitet, ist es sinnvoll das eigene Verhalten und persönliche Einstellungen für sich zu reflektieren.

Es ist wichtig, sich an die eigene Pubertät zurück zu erinnern und sich damit auseinander zu setzen, welchen Stellenwert die Themen Schönheitsideale, Umgang mit dem Körper, Essverhalten etc. damals eingenommen haben. Andererseits ist es spannend, das gegenwärtige Frau-sein vor dem Hintergrund der genannten Themen kritisch zu beleuchten.

Mögliche Fragestellungen könnten hierbei sein:

Für die Pubertät:

- Wie waren meine körperlichen Idealvorstellungen?
- Welche Schönheitsideale (auch bzgl. Kleidung) gab es damals in meiner Clique?
- Was habe ich unternommen, um diesen Schönheitsidealen gerecht zu werden?

Für die gegenwärtige Auseinandersetzung:

- Was unternehme ich, um den gegenwärtigen Frauen- und Schönheitsidealen gerecht zu werden ?
- Wie stark hängt mein Wohlbefinden von Außenbewertungen ab?
- Wie ist mein Zugang zu meiner Körperlichkeit?
- Welches Selbstbild vermittele ich Mädchen und Jungen?

5.1. Themen der Prävention in der Arbeit mit Mädchen

Im Folgenden werden die Themen der Prävention dargestellt, die sich aus dem oben Dargestellten ableiten lassen und die sich durch jahrelange Erprobung mit Mädchen für den Bereich Essstörungen als sinnvoll und produktiv erwiesen haben. Die jeweils am Ende benannten Methoden werden ab Kapitel 5.3. ausführlich beschrieben.

(Geschlechts-) Identität und Selbstwertgefühl

Die Entwicklung der eigenen Identität ist eine zentrale Entwicklungsaufgabe der Jugendphase. Sie bedeutet eine Neuorientierung, eine Suche nach sich selbst. Die eigenen Gefühle, innere und äußere Ansprüche und Erwartungen, das Fremd- und Selbstbild sowie Wertigkeiten bedürfen der Auseinandersetzung, werden neu ausbalanciert und in die Persönlichkeit integriert.

Mädchen benötigen Impulse und Anregungen, um das durch die Pubertät häufig erschütterte Selbstbewusstsein wieder zu stabilisieren (vgl. z.B. Brown/Gilligan 1994) und sie brauchen Unterstützung, um ihr Selbstwertgefühl stärken und auszubauen zu können (damit sie sich selbst trauen und vertrauen können).

Methoden: z.B. Fragebogen/ Phantasiereisen/ Meine Schätze/ Komplimentenrunde

Bedürfnisse, Wünsche, Träume

Jeder Mensch muß lernen, seine Bedürfnisse, Wünsche und Träume zu entdecken und differenziert wahrzunehmen, um sie adäquat zu befriedigen und nicht auf Ersatzbefriedigungen zurückzugreifen. Es ist notwendig, dass Mädchen unterscheiden lernen, was eigene innere Bedürfnisse sind und was Wünsche, Ansprüche und Anforderungen von außen sind. Mädchen brauchen die Erfahrung sich abgrenzen zu dürfen und bei den eigenen Wünschen und Vorstellungen bleiben zu können und trotzdem oder gerade deshalb geachtet zu werden und Wertschätzung zu erfahren.

Methoden: z.B. Fantasiereisen/ Abfragen von Themenwünschen/ Meine Schätze

Konflikt- und Problemlösung

Konflikte gehören zum Leben und zu Beziehungen dazu. Sie lassen Beziehungen lebendig werden, wenn die Bereitschaft zu einer konstruktiven Auseinandersetzung bei den Beteiligten vorhanden ist. Die Fähigkeit mit Konflikten konstruktiv umzugehen, sie konstruktiv zu lösen, kann und sollte erlernt werden. Mädchen brauchen hier die Unterstützung, eigene Zielvorstellungen zu entwickeln und diese nach außen zu tragen, um dann in der Auseinandersetzung mit dem Gegenüber eine für sie akzeptable Lösung zu finden.

Methoden: z.B. Soziometrische Übung/ Meine Grenze/ Mein Vorgarten/ Rollenspiele nach Ideen der Mädchen

Wut und Aggression

Wut und Aggression zählen genauso wie Hoffnung, Freude etc. zum Gefühlsrepertoire eines jeden Menschen. Wut und Aggression haben in unserer Gesellschaft einen negativen Stellenwert und werden schnell mit Destruktivität und Unkontrolliertheit in Verbindung gesetzt. Ein positiver Umgang gibt es weder gesellschaftlich noch individuell, was Mädchen in einem besonderen Maße trifft, da ihnen der Ausdruck dieser Gefühle gemäß einer immer noch greifenden geschlechtsspezifischen Sozialisation kaum zugestanden werden. Mädchen, die solche Gefühlsausbrüche zeigen, gelten schnell als auffällig und werden entsprechend sanktioniert.

Die Folge hiervon ist, dass Mädchen ihre eigenen aggressiven Gefühle unterdrücken und wenig kompetent mit ihren Gefühlsfacetten in diesem Bereich umgehen können. Sie haben De-

fizite im Umgang mit der eigenen Wut und Aggression und Defizite im Umgang mit der Wut und Aggression anderer.

Eine andere ebenso gravierende Tatsache ist, dass Mädchen dazu neigen, Aggressionen nach innen, gegen sich selbst, gegen den eigenen Körper zu richten. Der Körper ist jedoch der wesentliche Bezugspunkt der weiblichen Identität.

Mädchen brauchen Räume, in denen sie ihre Wut unzensiert zum Ausdruck bringen können, in denen eine produktive Auseinandersetzung mit diesen Gefühlen stattfinden kann und in denen ihre Kompetenz im Umgang mit der eigenen Wut und Aggression gefördert wird.

Methoden: Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse/ Meine Grenze/ Spiele mit Masken/ Rollenspiele

Körper und Sexualität

Während der Pubertät müssen Mädchen sich ihren verändernden Körper neu aneignen und ein Verhältnis zu ihm entwickeln. Die veränderten Reaktionen der Umwelt auf diesen Körper müssen ebenso integriert werden, wie die Konfrontation mit einem rigiden im Prinzip nicht zu erreichenden Schönheitsideal ausbalanciert werden muss.

Zudem hat die scheinbare sexuelle Liberalisierung der letzten Jahrzehnte das Bild entstehen lassen, dass Mädchen und junge Frauen ungehinderten Zugang zu allen Informationen, Auskünften und Beratungen haben, ohne jegliche individuelle und/oder strukturelle Zugangsbarrieren. Doch tatsächlich stehen viele Mädchen mit ihren Fragen und Sorgen alleine da. Infolgedessen stehen sie unter einem permanenten Leistungsdruck. Mädchen sollen alles wissen, alles können, mit nichts Probleme haben und mit allen jederzeit über alles sprechen können.

Offenes An- und Aussprechen von Fragen und Ängsten sowie die Erfahrung, dass es anderen ähnlich geht, bedeutet für Mädchen eine große Erleichterung. Körperliche Veränderungen und Sexualität besprechbar zu machen und dabei sowohl die Lust als auch die Last anzusprechen, ist eine wichtige Voraussetzung für ein positives Körpergefühl und für den Stolz auf den eigenen Körper (vgl. auch Preiß/ Schwarz/ Wilser 1996).

Methoden: z.B. Assoziationskette/ Körperbild/ Was-wäre-wenn?

Solidarität der Mädchen untereinander fördern

Mädchen sind oft erbarmungslos untereinander, was das Aussehen, die körperliche Attraktivität aber auch die gelebte Sexualität der einzelnen betrifft. Ist z.B. ein Mädchen mit ihrem Aussehen und ihrem Körper zufrieden, gilt sie schnell als eingebildet und arrogant. Verlässt sie im Bereich der Sexualität das enge Korsett der moralischen Vorstellungen der Gleichaltrigengruppe und versucht, Sexualität nach ihren eigenen Bedürfnissen zu leben, wird sie schnell zur Außenseiterin.

Solidarität unter Mädchen zu fördern ist in gemischtgeschlechtlichen Gruppen schwierig, da Mädchen sich erfahrungsgemäß in diesen Zusammenhängen eher mit den vermeintlich Stärkeren (den Jungen) solidarisieren.

Deshalb wollen wir in diesem Zusammenhang nochmals auf die Wichtigkeit von mädchen-spezifischen Räumen verweisen.

Mädchen brauchen eigene Räume, "in denen sie ihren Körper ohne Druck durch männliche Blicke aneignen können, in denen sie die Möglichkeit haben, sich über Erfahrungen, Ängste, Wünsche, Hoffnungen und Enttäuschungen auszutauschen" (Flaake 1991).

Mädchen können diesen Frei-Raum nach eigenen Vorstellungen füllen, sich selbst, ihre Fantasien, Bedürfnisse und Ausdrucksformen erkunden und ein Gefühl von Stärke und Solidarität untereinander entwickeln. Der dabei geförderte Austausch der Mädchen untereinander ist ein besonders bedeutungsvoller Aspekt und nicht zu unterschätzen im Hinblick auf die Förderung einer Selbsthilfeorientierung und damit auch einer präventiven Orientierung.

Methoden: Komplimentenrunde/ Was-wäre-wenn?/ Meine Schätze/ Rollenspiele

Schönheits- und Schlankheitsideale

Die soziokulturellen Hintergründe und Einflussfaktoren wurden bereits ausführlich dargestellt. Neben diesen offensichtlichen Einflussfaktoren gibt es andere subtilere Umgebungsreize, die die intensive Beschäftigung heranwachsender Mädchen mit ihrem Aussehen und ihrer Figur fördern und unterstützen. Genannt sei hier das Ess- bzw. Diätverhalten innerhalb der Familie und der Stellenwert von Aussehen und Figur in der Erziehung.

Andererseits bedeutet aber die Auseinandersetzung mit dem Schönheitsideal auch eine kreative Annäherung durch Stilisierungen und Ausprobieren und ist ein Weg, sich den durch die Pubertät veränderten Körper neu und individuell anzueignen.

Methoden: z.B. Soziometrische Übung/ Was ist schön?/ Postkartengalerie/ Assoziationskette/ Informationseinheit zu Schönheitsidealen im Wandel oder in anderen Kulturen/ Rollenspiele zum familialen Essverhalten/ Gespräch mit einer Ernährungsberaterin

Essstörungen

Neben diesen Themen der Prävention sind grundlegende Informationen über die verschiedenen Essstörungen und die damit verbundenen Risiken erforderlich. In diesen Informationseinheiten sollten zudem die Themen Hilfe holen (z.B. „An welche Beratungsstelle kann man sich wenden?“) und Intervention („Was mache ich, wenn meine Freundin bulimisch ist?“) angesprochen werden.

Methoden: z.B. Assoziationskette/ Soziometrische Übung/ anhand von Literaturbeispielen (Einstieg) und Informationen die einzelnen Essstörungen in Kleingruppen aufarbeiten und anschließend in der Gesamtgruppe darstellen/ Was-wäre-wenn Spiel

5.2 Themen der Prävention in der Arbeit mit Jungen

Wir werden an dieser Stelle die Themen der Prävention in der Arbeit mit Jungen nur kurz skizzieren und verweisen auf die informativen und produktiven Arbeiten von Vogel (1997), Winter/ Neubauer (1998) und Franzkowiak/ Helfferich/ Weise (1998).

Ziel und Aufgaben jungenspezifischer Prävention werden analog der Mädchenarbeit formuliert. Einige Problemlagen werden anders als bei Mädchen gewichtet und einige Aspekte sind spezifisch für die männliche Sozialisation, d.h. sind in dieser Weise nicht bei Mädchen beobachtbar.

Ähnliche Themen wie bei der Prävention mit Mädchen, wenn auch inhaltlich mit anderen Schwerpunkten, sind:

- **Die Unterstützung beim Aufbau einer positiven Geschlechtsidentität**
- **Körper und Sexualität**
- **Die Herausbildung adäquater Konfliktlösungsstrategien.**

Aufgrund der männlichen Sozialisation werden folgende Themen darüber hinaus als wichtig erachtet (Vogel 1997):

- **Männlichkeit und Männerbilder**
- **Risikokompetenz**

Außengerichtetes Risikoverhalten, z.B. aggressives Verhalten, gefährliches Verhalten im Straßenverkehr, hat für Jungen in der Jugendphase eine große Bedeutung. Es vermittelt Gefühle von Stärke und Macht, Rausch und Entgrenzung (ebd.:48). Jungen sollten daher kompetent im Umgang mit Risikosituationen gemacht werden und die Erlaubnis erhalten, nicht alles auszuprobieren müssen.

- **Genuss- und Erlebnisfähigkeit**

Erfahrungen mit allen Sinnen (kognitiv, emotional und sensorisch) sind bei Jungen nicht stark ausgeprägt. Zwischen Genussbedürfnis und der Abhängigkeit von genusschaffenden Substanzen liegt ein weiter Spannungsbogen, in dem sich Jungen häufig etwas orientierungslos bewegen. Jungen für die eigenen Sinne zu sensibilisieren und Erfahrungsmöglichkeiten zu bieten, die Genuss- und Erlebnisfähigkeit erschließen, unterstützen Jungen darin, eigene Bedürfnisse differenziert wahrzunehmen und zu befriedigen.

- **Standfestigkeit**

Jungen verlieren im Spannungsbogen zwischen individuellen Ansprüchen und den Prämissen ihrer Peers oftmals ihre eigene Standfestigkeit. Prävention meint hier, Gruppendruck wahrzunehmen und zu überwinden, individuelle Entscheidungen von Jungen

zu fördern und „Autonomie und Selbstständigkeit im Sinne des Rückbezugs auf das eigene Selbst“ (Winter zit. nach Vogel 1997,89) zu unterstützen.

5.3. Methoden der Präventionsarbeit

Vorbemerkungen

Methoden sind lediglich Hilfsmittel, um Ziele zu erreichen. Je nachdem welches Ziel verfolgt wird, können sie daher effektiv oder ineffektiv sein oder sogar eine schädliche Wirkung haben. Insofern gibt es auch keine „richtigen“ oder „falschen“ Methoden, sondern eher einen richtigen oder falschen Zeitpunkt bzw. eine geeignete oder eine eher ungeeignete Gruppe für die jeweilige Methode.

Methoden dienen der Erlangung von Erkenntnissen und Wissen und/oder praktischen Ergebnissen. Sie erfordern meist ein planmäßiges Vorgehen, d.h. sie brauchen Struktur.

Gleichzeitig sollten Methoden aber auch neue Erfahrungen und Verhaltensweisen ermöglichen, d.h. für Veränderungen jederzeit offen sein. Daher gilt der Leitsatz:

Soviel Struktur wie nötig, aber so wenig Struktur wie möglich.

Ausgangspunkt für eine Methode ist immer die Pädagogin selbst. Das heißt, man sollte sich mit folgenden Fragestellungen befassen: „Warum will ich dieses Thema bearbeiten?“ und „Was hat das Thema mit mir zu tun?“

Weiter sollte bedacht werden, was die einzelne Methode bewirken soll und auf was sie aufbaut, d.h. das Ziel einer einzelnen Methode aber auch einer Gesamtveranstaltung sollte im voraus abgeklärt werden, wobei es wichtig ist sich realistische Ziele zu setzen. Durch eine Veranstaltung zum Thema Essstörungen ist es nicht realistisch, dass sich die Jugendlichen danach gesünder und ihren eigenen Bedürfnissen entsprechend ernähren.

Zudem ist es wichtig, dass sich die Lehrerin/Pädagogin immer im voraus vorstellt, wie die jeweilige Methode auf sie selbst wirken würde, d.h. wenn einem die Methode selbst Spaß macht, kann man sie auch gut vermitteln. Wenn man Vorbehalte hat, z.B. nach dem Motto „Das würde ich mich selbst nicht trauen“ macht es keinen Sinn, diese Methode mit einer Gruppe durchzuführen.

Eine Veranstaltung (hierunter verstehen wir zwei Schulstunden oder 1,5 Zeitstunden) sollte aus drei bis maximal fünf verschiedenen Einheiten bestehen. Dabei ist es sinnvoll mit einer

Auflockerungs- oder Bewegungseinheit zu beginnen, einen informativen oder spielerischen Mittelteil durchzuführen und die Veranstaltung mit einer Körperübung oder durch eine Rückmeldung der TeilnehmerInnen abzuschließen.

Sollte eine Veranstaltung „schief“ laufen, so ist es wichtig, rechtzeitig die Signale zu beachten und nicht zu glauben, dass eine Verhaltensänderung von selbst eintritt. Signale könnten z.B. sein, den Raum ständig zu verlassen oder eine Verweigerung der Übungen von Anfang an. Es ist nicht sinnvoll, diese Signale zu übersehen und die nächste Einheit zu erproben oder die Jugendlichen abzulenken (z.B. durch einen Film).

Der Umstand, daß der Kontakt zwischen Pädagogin und den Jugendlichen unterbrochen ist, sollte direkt angesprochen werden. Wichtig ist es, den Kontakt zwischen Pädagogin und Jugendlichen wieder herzustellen und ggf. etwas ganz anderes machen, so daß keine der beiden Seiten die Veranstaltung mit unausgesprochenen Vorwürfen verlässt.

Selbstverständlich muss auch das Alter der Mädchen in die Planung mit einfließen. Unserer Erfahrungen nach kann man grob folgende Unterteilung vornehmen:

9 – 12 Jahre	sehr offen, große Lust auf gemeinsame Aktivitäten, breites Interesse
13 – 16 Jahre	schwierig „bei der Stange zu halten“, Konkurrenz untereinander, großes Interesse mit Jungen etwas zu machen, Wunsch, sich rollenkonform zu verhalten. Eher projektorientiert in größeren Abständen arbeiten (z.B. Theaterprojekt). Spiel und Spaß sind wichtig.
16 – 20 Jahre	Thema Berufs- und Lebensplanung sind vorrangig. Unterschied zwischen Deutschen und Migrantinnen wird stärker. Solidarität unter Mädchen fördern.

Methodenauswahl

ASSOZIATIONSKETTE

Alter: Flexibel

Gruppengröße: Ab 5 TeilnehmerInnen

Material: Kissen, Igelball oder ein ähnlicher Gegenstand, den sich die TeilnehmerInnen zuwerfen können.

Ziele/ Inhalte: In spielerischer Form können bestehende Meinungen benannt werden; inhaltlich kann eine breite Themenpalette angesprochen werden. Eignet sich als Eingangsspiel zum Thema „Schönheitsideal – Essstörungen“.

Durchführungsdauer: 5 – 10 Minuten

Beschreibung: Die Spielleiterin hat verschiedene Satzanfänge vorbereitet (s.u.). Die Mädchen werfen sich das Kissen zu. Diejenige, die den Ball fängt, vervollständigt den vorgegebenen Satzanfang. Der Ball wird solange weiter geworfen und der Satz vervollständigt, bis die Spielleiterin einen neuen Satzanfang vorgibt. Fällt einem Mädchen nichts ein, kann sie den Ball einfach weiter werfen.

Es bietet sich an, auf Schnelligkeit zu achten.

Die Spielleiterin achtet darauf, dass alle Mädchen den Gegenstand ungefähr gleich oft zuwerfen bekommen.

Mögliche Satzanfänge:

Heute geht es mir....

Mein Lieblingsessen ist...

Diäten finde ich....

Hübsche Mädchen sind...

Dicke Mädchen sind...

Wenn ich an Essstörungen denke, dann

Wenn ich eine Schönheitsoperation machen würde, dann...

Wenn ich einen Wunsch frei hätte, dann....

Auswertung: Findet nicht statt, da es um das Benennen und nicht Bewerten möglichst vieler Meinungen geht.

Veränderungsmöglichkeiten: Individuell je nach Gruppe und inhaltlicher Intention veränderbar.

"WAS-WÄRE-WENN"-SPIEL

Alter: Ab 10 Jahre. Für Mädchen ab 13/14 Jahren sollte eine inhaltlich erweiterte Spielvariante erstellt werden.

Gruppengröße: 4 bis maximal 10 Mädchen. Ideal sind 6 – 8 Mädchen.

Material: Circa 40 Kärtchen (DIN A7), sortiert in zwei Stapel (Wissensfragen und Meinungsfragen), die auf der Rückseite unterschiedlich markiert sind, z.B. w für die Wissensfragen und ? für die Meinungsfragen. Ausreichend Jokerkarten oder –figuren und ein Würfel.

Ziele/ Inhalte: Durch die Wissensfragen kann der Wissenstand der Teilnehmerinnen überprüft werden und durch die Meinungsfragen kann eine Auseinandersetzung mit dem Thema nochmals gefördert und vertieft werden. Widersprüchliche Meinungen dürfen nebeneinander stehenbleiben.

Es empfiehlt sich, von Mädchen selbst gestellte Fragen in das Spiel mit aufzunehmen.

Eignet sich als Abschlusspiel zum Thema „Schönheitsideal - Essstörungen“.

Durchführungsdauer: 15 – 30 Minuten

Beschreibung: Die Kärtchen werden nach Wissens- und Meinungsfragen in zwei Stapel sortiert und in die Spielmitte gelegt. Jedes Mädchen sucht sich vor Spielbeginn einen Joker aus. Es wird reihum gewürfelt. Wer eine sechs würfelt, zieht eine Meinungsfrage, wer eine eins würfelt, zieht eine Fragekarte. Die Betreffende liest die Frage laut vor und beantwortet sie im Anschluss. Wird eine 2, 3, 4 oder 5 gewürfelt, passiert nichts und der Würfel wird weitergegeben.

Falls eine Teilnehmerin ihre Meinungsfrage nicht beantworten will oder wenn sie eine Runde aussetzen möchte, hält sie ihren Joker hoch. Kann eine Teilnehmerin die Wissensfrage nicht beantworten, wird die Frage von der Gesamtrunde beantwortet. Ein Joker kann beliebig oft eingesetzt werden.

Mögliche Wissensfragen

Welche Süchte kennst du?

Weißt du, wieviel Prozent der Mädchen und jungen Frauen unter Essstörungen leiden?

Kennst du Beratungsstellen, an die man sich wenden kann, wenn man Probleme, zum Beispiel mit dem Essen, hat?

Weißt du, welche Schönheitsoperation in Deutschland am häufigsten durchgeführt wird?

Weißt du, welche körperlichen Folgen es haben kann, wenn ein Mädchen magersüchtig ist?

Mögliche Einstellungsfragen

Wie würdest du reagieren, wenn du erfahren würdest, dass deine Freundin Bulimie hat?

Was wäre, wenn deine ganze Klasse sich dauernd über eine dicke Mitschülerin oder einen dicken Mitschüler lustig machen würde?

Was wäre, wenn ein Junge, in den du verliebt bist zu dir sagt: Du bist viel zu dünn, an dir ist vorne und hinten nichts dran?

Du isst furchtbar gerne und kannst ein Essen so richtig genießen. Was würdest du tun, wenn du dabei immer ein bißchen Gewicht zulegen würdest?

Was gefällt dir an deinem Körper?

Auswertung: Findet während des Spiel statt.

Veränderungsmöglichkeiten: Bei Bedarf können neue Fragen mit in das Spiel aufgenommen werden.

Für das Thema Körper/ Sexualität sollte eine eigene Fassung erstellt werden.

Spielidee: Fricke/ Klotz/ Paulich 1980.

POSTKARTENGALERIE

Alter: Ab 12 Jahre

Gruppengröße: 6 – 14 Teilnehmerinnen

Material: Postkarten oder Bilder von unterschiedlichen Mädchen- und Frauentypen. Es sollten mindestens doppelt so viele Postkarten wie Teilnehmerinnen vorhanden sein.

Ziele/ Inhalte: Das Spiel regt zur Auseinandersetzung mit dem eigenen Schönheitsideal an. Die Mädchen können sich mittels der Postkarten relativ geschützt äußern, welcher Typ (Aussehen, Figur und Habitus) ihnen gefällt und mit welchen Frauentypen sie eher Schwierigkeiten haben.

Kennenlernen anderer Meinungen und Ideale zu diesem Themenbereich.

Eignet sich als Einstieg zum Thema Schönheitsideal.

Durchführungsdauer: Je nach Gruppengröße variabel, die Einheit sollte aber nicht länger als 20 Minuten in Anspruch nehmen, da sonst die Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen nachlässt.

Beschreibung: Jedes Mädchen sucht sich eine Postkarte unter der Fragestellung „Welcher Typ gefällt mir?“ und eine Postkarte mit der Frage „Welcher Typ gefällt mir überhaupt nicht?“ aus den Bildern aus. Im Anschluss stellt jede Teilnehmerin ihre Postkarten der gesamten Runde vor und erklärt, warum sie die jeweilige Postkarte gewählt hat.

Auswertung: Kann im Anschluss stattfinden. Gemeinsamkeiten und Unterschiede können benannt werden.

Veränderungsmöglichkeiten: Je nach Zeitplan kann nur die erste Frage bearbeitet werden.

MEINE SCHÄTZE

Alter: Ab 10 Jahre

Gruppengröße: Ab 4 Mädchen

Material: Die Möglichkeit, eine Art Bühne darzustellen, z.B. durch ein Tuch oder Tisch.

Ziele/ Inhalte: Durch diese Übung werden sich die Teilnehmerinnen eigener Stärken und Qualitäten bewusst und formulieren diese vor anderen.

Kennenlernen der Stärken und Qualitäten der anderen Teilnehmerinnen.

Eignet sich als Zwischen- oder Abschlusseinheit zum Thema Selbstwert/ Identität/ Selbstbehauptung.

Durchführungsdauer: Variabel je nach Anzahl der Teilnehmerinnen

Beschreibung: Die Mädchen erhalten je 3 Karten und schreiben jede für sich 3 Dinge auf, die den Satzanfang „Ich kann gut...“ vervollständigen. Dafür haben sie ungefähr 5 Minuten Zeit. Im Anschluss gehen die Teilnehmerinnen nacheinander auf die „Bühne“ und stellen vor, was sie auf die Zettel geschrieben haben. Wichtig ist, dass drei unterschiedliche Sätze gebildet werden und nicht alles in einen Satz verpackt wird, z.B., „Ich kann gut Ballett, singen und radfahren“, da sonst die einzelnen Qualitäten zu kurz kommen. Wenn die Teilnehmerin die Bühne verlässt, ist es schön, wenn die anderen Beifall klatschen.

Auswertung: Älteren Mädchen fällt es oft schwer, drei Eigenschaften zu benennen. Hier ist sinnvoll, z.B. die Vielzahl der genannten Qualitäten nochmals zu benennen oder sich darüber auszutauschen, warum es so schwer fällt, positive Eigenschaften bei sich zu benennen.

Veränderungsmöglichkeiten: keine

KOMPLIMENTENRUNDE

Alter: Ab 11 Jahre

Gruppengröße: Mindestens 5 Mädchen

Material: DIN A4 Blätter, Filzstifte mittlerer Stärke, Klebeband.

Ziele/ Inhalte: Abschlusseinheit zum Thema Identität/ Selbstwert/ Konfliktlösung. Jede Teilnehmerin bekommt positive Rückmeldung über ihre Qualitäten.

Es werden u.U. Qualitäten benannt, die die Teilnehmerinnen noch nicht an sich entdeckt haben bzw. die sie als positive Eigenschaft noch nicht anerkannt hat.

Durchführungsdauer: 10 – 20 Minuten je nach Anzahl der Teilnehmerinnen.

Beschreibung: Jede Teilnehmerin bekommt von der Spielleiterin einen Zettel auf ihren Rücken geklebt. Danach erhält jedes Mädchen einen Stift mit der Aufgabe, bei jeder auf das Blatt am Rücken eine Eigenschaft zu schreiben, die sie besonders an ihr schätzt. Die Spielleiterin achtet darauf, dass die Teilnehmerinnen tatsächlich bei jedem Mädchen etwas drauf schreiben und dass keine negativen Komplimente vergeben werden. Am Ende der Übung hat jede Teilnehmerin gleich viele Komplimente erhalten. Die Mädchen dürfen im Anschluss ihre Zettel abmachen und anschauen.

Auswertung: Kann stattfinden, indem jedes Mädchen ihren Zettel der Runde vorliest oder unter einer bestimmten Fragestellung, z.B. „Welches Kompliment hat mich am meisten gefreut“ oder „Mit welchem Kompliment habe ich überhaupt nicht gerechnet?“

Veränderungsmöglichkeiten: Keine

MEIN VORGARTEN

Alter: Ab 14 Jahre

Gruppengröße: Ab 4 Teilnehmerinnen, Anzahl sollte durch 2 teilbar sein

Material: Gegenstand, mit dem man auf dem Boden eine Grenze markieren kann, z.B. Seil oder Decke.

Ziele/ Inhalte: Grenze gegenüber anderen verteidigen. In diesem Rollenspiel können Mädchen verschiedene Komponenten der Selbstbehauptung ausprobieren (verbale Durchsetzungsfähigkeit/ Stimme laut – leise/ Gestik).

Eignet sich als Vertiefung zum Thema Selbstbehauptung und Umgang mit Konflikten und Aggression.

Durchführungsdauer: pro Paar 7- 10 Minuten

Beschreibung: Die Teilnehmerinnen gehen paarweise zusammen; falls im Vorfeld schon andere Partnerinnenübungen durchgeführt wurden, sollten die Partnerinnen wechseln. Aufgabe ist es nun, dass sich das Paar in Gartenbesitzerin und Eindringling aufteilt. Der Eindringling hat die Aufgabe, den Garten der anderen Person zu betreten oder gar zu durchqueren, die Gartenbesitzerin hat die Aufgabe und das Ziel ihren Vorgarten auf jeden Fall zu verteidigen, d.h. der Eindringling darf den Garten unter keinen Umständen betreten. Erlaubt sind verbale Äußerungen unterschiedlicher Lautstärke, Drohungen, Gestik und kleinere Handgreiflichkeiten. Nach circa 3 - 5 Minuten werden die Rollen getauscht. Die Übung wird einzeln von jedem Paar durchgeführt, d.h. die Restpaare sind immer auch Zuschauerinnen.

Auswertung: Findet statt, nachdem alle Teilnehmerinnen ihren Vorgarten verteidigt haben.

Mögliche Fragestellungen:

Welche Strategien waren erfolgreich, welche weniger?

Wie wirkt die Lautstärke der Stimme?

Was fiel leichter; Grenze verteidigen oder Grenze überschreiten?

Welchen Einfluss haben Gestik und Mimik?

Veränderungsmöglichkeiten: Wenn es zu viele Teilnehmerinnen sind (ab 16 Mädchen) sollten nicht alle Paare die Übung durchspielen, da sonst die Konzentration der Gesamtgruppe nachlässt.

Spielidee: Frankfurter Zentrum für Essstörungen.

MEINE GRENZE

Alter: Ab 10 Jahre

Gruppengröße: Mindestens 4 Mädchen

Material: Wird nicht benötigt

Ziele/ Inhalte: Die Teilnehmerinnen lernen die eigene Grenze wahrzunehmen und diese durch Stimme oder Gestik auch zu verdeutlichen. Zudem lernen sie die Wirkung kennen, wenn jemand klar und deutlich Grenzen setzt.

Einheit zum Thema Selbstbehauptung/ Aggression/ Konfliktlösung.

Durchführungsdauer: Pro Paar circa 3 Minuten

Beschreibung: Die Mädchen gehen paarweise zusammen. Die Paare führen die Übung nacheinander durch, d.h. die anderen Teilnehmerinnen sind Zuschauerinnen. Das erste Paar stellt sich circa 10 Meter voneinander entfernt auf, wobei der Abstand zur Wand im Rücken ungefähr 1 Meter betragen sollte. Die eine Teilnehmerin (A) erhält die Aufgabe **zügig** auf die andere zuzugehen, wobei ihr Ziel nicht die Partnerin selbst, sondern die Wand hinter ihr ist. Die andere (B) hat die Aufgabe, sobald ihre persönliche Grenze erreicht bzw. überschritten wird, dies durch ein eindeutiges, lautes „Halt“ oder „Stop“ zu signalisieren. Wenn für A dies klar und deutlich ausgedrückt wird, bleibt sie stehen. Falls nicht, kann sie weiter auf B zugehen und sie schlimmstenfalls umrennen. In so einem Fall muss die Übung wiederholt werden mit der Aufgabe für B, ihre Grenze lauter und/ oder deutlicher zu ausdrücken. Im Anschluss wird die gleiche Übung mit Partnerinnentausch durchgespielt.

Anmerkung: Das Paar sollten keine „beste Freundinnen“ sein, da diese oftmals weder die eigenen Grenzen klar zum Ausdruck bringen noch die der Freundin akzeptieren.

Auswertung: Findet statt, nachdem alle Teilnehmerinnen die Übung beendet haben

Veränderungsmöglichkeiten: Es können verschiedene Varianten durchgespielt werden; mit offenen Augen/ mit geschlossenen Augen/ Unterstützung durch eine Handbewegung.

WAS IST SCHÖNHEIT ?

Alter: Ab 12 Jahre

Gruppengröße: 6 – 16 Teilnehmerinnen

Material: Pro Teilnehmerin ca. 3 Abbildungen von verschiedenen weiblichen und/oder männlichen Models aus Modezeitschriften. Interessant ist es, auch Models aus anderen Kulturkreisen zu verwenden.

Ziele/ Inhalte: Thematisierung des eigenen und des gesellschaftlichen Schönheitsideals. Kennenlernen und u.U. Anerkennung der unterschiedlichen Schönheitsideale der TeilnehmerInnen. Die Übung kann mit Jungen parallel durchgeführt werden.

Durchführungsdauer: 40 – 60 Minuten je nach Gruppengröße

Beschreibung: Die Abbildungen der Models werden auf einen großen Tisch gelegt. Nach ca. 3 Minuten Betrachtungszeit wählt jede TeilnehmerIn das Model aus, das ihr am besten gefällt. Mehrere SchülerInnen können das gleiche Model wählen. Im Anschluss begründet jede SchülerIn, warum ihr das Model am besten gefällt. Danach schreibt die Gruppe auf, welche Eigenschaften und Merkmale als Begründung genannt werden, warum jemand das ausgesuchte Model besonders schön findet.

Danach werden alle Abbildungen erneut ausgelegt und jede/r wählt nun nach 3-minütiger Betrachtungszeit das Model aus, welches ihr/ihm am wenigsten gefällt. Auch hier findet im Anschluss ein Austausch statt und es wird aufgeschrieben, welche Merkmale und Eigenschaften genannt werden, warum jemand das ausgesuchte Model nicht schön findet.

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

Auswertung: Findet laufend während der Übung statt.

Veränderungsmöglichkeiten: Übung kann dadurch abgekürzt werden, indem die Mädchen von Beginn an in Kleingruppen arbeiten.

Wenn man mit Jungen und Mädchen die Übung getrennt durchführt, kann man im Anschluss eine gemeinsame Einheit unter möglichen Fragestellungen durchführen:

Welches Schönheitsideal haben Mädchen bzgl. Mädchen/ Frauen?

Welches Schönheitsideal haben Mädchen bzgl. Jungen/ Männer?

Welches Schönheitsideal haben Jungen bzgl. Jungen/ Männer?

Welches Schönheitsideal haben Jungen bzgl. Mädchen/ Frauen?

Wo gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede?

Spielidee: Elisabeth Westendorf-Bröring

SOZIOMETRISCHE ÜBUNG ZUM THEMA SCHÖNHEITSIDEAL

Alter: Ab 13 Jahre

Gruppengröße: Ab 8 Teilnehmerinnen

Material:

Variante A: Die Markierung einer Linie auf dem Fußboden, z.B. durch ein Seil, Blätter an den Enden mit der Aufschrift „Stimmt“ und „Stimmt überhaupt nicht“.

Variante B: DIN A2-Blatt, auf dem eine Skala von 0 bis 100 mit den Polen „Stimmt überhaupt nicht“ und „Stimmt“ aufgezeichnet ist. Pro Teilnehmerin eine Spielfigur.

Ziele/ Inhalte: Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Wünschen zum Themenbereich Körper/Schönheitsideal. Konfrontation mit der eigenen und gesellschaftlichen Widersprüchlichkeit in diesem Themenbereich.

Möglichkeit, eigene Wertvorstellungen zu hinterfragen.

Kennenlernen und Diskussion anderer Meinungen.

Pluralität der Wertvorstellungen kennenlernen und u.U. tolerieren.

Durchführungsdauer: 20 – 30 Minuten, je nach Gruppengröße

Beschreibung:

1. Die erste Aussage wird vorgelesen und die Teilnehmerinnen werden gebeten, sich einem der zwei Pole (Stimmt/ Stimmt überhaupt nicht) zu zuordnen.
2. Nun sollen sie versuchen, die jeweils andere Gruppe von dieser Aussage zu überzeugen, auch wenn die eigene persönliche Meinung nicht exakt widerspiegelt wird.
3. Im Anschluss stellt sich jede/r bzw. die Spielfigur auf der Skala an die für sie/ ihn passende Stelle.
4. Die Spielleiterin befragt die einzelnen TeilnehmerInnen nach ihrer persönlichen, differenzierten Meinung.

Danach wird die nächste Aussage vorgelesen.

Mögliche Aussagen:

Hübsche Menschen haben es leichter im Leben.

Die meisten Mädchen sind mit ihrem Aussehen unzufrieden.

Jungen sind mit Aussehen eher zufrieden als Mädchen.

Wer dick ist, ist selbst schuld.

Für Jungen ist das Aussehen wichtiger als der Charakter.

Auswertung: Diskussion findet bereits während der Übung statt.

Veränderungsmöglichkeiten: Soziometrische Übungen lassen sich auf viele Themenbereiche übertragen. Sie können mit Gruppen unterschiedlicher Altersstufen durchgeführt werden.

FANTASIEREISE

Alter: Ab 10 Jahre

Gruppengröße: Maximal 14 Teilnehmerinnen

Material: Unterlagen und Decken, falls die Übung im Liegen durchgeführt wird. Stifte, Wachsmalkreiden, Wasserfarben und Papier.

Ziele/ Inhalte: Bezug nehmen zu den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Träumen.
Entspannungs- und Genussfähigkeit erproben.
Sensibilisierung für die Bedeutung von Nahrung und Genährtwerden.

Durchführungsdauer: Variiert nach Gruppengröße und Art der Auswertung, 20-60 Minuten.

Beschreibung: Zu Beginn der Fantasiereise wird den Mädchen erklärt, was auf sie zukommt und wie lange die Vorlesedauer ist. Die Mädchen werden aufgefordert, es sich bequem zu machen. Falls die Mädchen nicht liegen wollen oder es keine Gelegenheit zum Hinlegen gibt, können Fantasiereisen auch im Sitzen durchgeführt werden. Auch hier ist es wichtig, sich bequem hinzusetzen, die Beine nicht übereinander geschlagen zu haben und mit beiden Füßen auf dem Boden zu haben.

Die Spielleiterin liest die Geschichte langsam und mit monotoner Stimme vor. Wenn Punkte (...) erscheinen, sollte eine Pause von ca. einer Minute gemacht werden.

„ Um dich besser entspannen zu können, atme 3 mal durch die Nase ein und den Mund wieder aus. Schließe langsam deine Augen.

Du siehst vor dir eine Landschaft, in der du gerne sein möchtest. Schau sie dir genau an. Wie ist die Landschaft – die Erde – die Farben – was kannst du riechen?...

Nachdem du dich umgesehen hast und dich in deiner Landschaft vertraut fühlst, bewegt sich ganz weit in der Ferne etwas – es ist ein Tier. Es kommt näher und näher, bis du es erkennen kannst. Welches Tier steht vor dir?...

Es ist ein wunderschönes Tier. Du kannst ihm etwas zu fressen anbieten - was gibst du ihm? Kommt es näher?... Nimmt es gern von dir? – Vielleicht lässt es sich sogar von dir füttern. Vielleicht lässt sich dein Tier von dir sogar streicheln und ihr spielt miteinander.... Es ist, als ob ihr gute Freundinnen seid....

Für heute wird es Zeit, dass du dich von deinem Tier langsam verabschiedest. Verabschiede dich von deinem Tier so wie von deiner besten Freundin. Schau ihm noch so lange nach, bis du es nicht mehr sehen kannst...

Nun komm langsam mit deiner Aufmerksamkeit in diesen Raum zurück, gähne und strecke dich und öffne die Augen.“

Auswertung: Nach der Fantasiereise erzählt jedes Mädchen einzeln, was sie erlebt hat. Wichtig hierbei, dass genügend Zeit für die Erzählungen eingeplant wird.

Mögliche Fragen für die Auswertung:

Welchem Tier bist du begegnet?

Kennst du so ein Tier und was gefällt dir an diesem Tier?

Hast du deinem Tier etwas zu fressen gegeben?

Hat es mit dir gespielt?

Wie hast du dich von deinem Tier verabschiedet?

Veränderungsmöglichkeiten: Die Mädchen werden aufgefordert, ihr Tier zu zeichnen. Im Anschluss daran findet eine Auswertung in der Gruppe statt.

Quelle: Fromm/ Proissl 1996

PERSÖNLICHER FRAGEBOGEN

Alter: Ab 10 Jahre

Gruppengröße: Beliebig

Material: Erstellte Fragebögen der Spielleiterin

Ziele/Inhalte: Auseinandersetzung mit der eigenen Identität und die Präsentation vor anderen. Kennenlernen neuer Facetten der anderen Teilnehmerinnen.

Durchführungsdauer: 20 Minuten ohne Auswertung

Beschreibung: Jedes Mädchen erhält eine Fragebogen und füllt diesen in einer bestimmten Zeit, evtl. auch zu Hause, aus. Im Anschluss werden die Fragebögen der Gesamtgruppe vorgestellt und/ oder als „Galerie“ aufgehängt.

Mögliche Fragen für jüngere Mädchen:

Mein Name:

Meine Augenfarbe:

Ich komme aus:

Mein Lieblingsfach in der Schule:

Mein Lieblingstier:

Mein Lieblingsessen:

Was ich gerne mache:

Was ich gar nicht leiden kann:

Ich bin gern ein Mädchen, weil...

Meine heimlichen Süchte:

Mögliche Fragen für ältere Mädchen:

Wann fandest du dich zum letzten Mal richtig schön?

Wieviel Geld gibst du monatlich für Schönheit aus (Kleider, Schminke, Solarium, Schmuck, Parfum...)?

Wie oft gehst du zum Einkaufsbummel?

Was würdest du bei einer Schönheitsoperation verändern lassen?

Welches Körperteil findest du an dir klasse?

Wenn du ein Lebensmittel wärst, dann....

Was tut dir gut/ trägt zu deinem Wohlbefinden bei?

Auswertung: Die Fragebögen werden, z.B. in Form einer Galerie, den anderen Teilnehmerinnen vorgestellt.

Veränderungsmöglichkeiten: Je nach Alter variabel. Die Fragebögen können beliebig ausgeschmückt werden, z.B. durch Fotos der Mädchen.

MEIN KÖRPERBILD

Alter: ab 10 Jahre

Gruppengröße: 4 – 16 Mädchen, ideal 6 bis 10 Mädchen

Material: Zeitungsrolle oder Papier und für jede Teilnehmerin ausreichend Farbstifte.

Ziele/ Inhalte: Auseinandersetzung mit dem sich verändernden Körper. Persönliche Schönheitsideale werden thematisiert und das Kennenlernen anderer Ideale ermöglicht .

Durchführungsdauer: 60-90 Minuten, je nach Gruppengröße

Beschreibung: Die Teilnehmerinnen gehen zu zweit zusammen und malen sich gegenseitig in voller Körpergröße auf der Zeitungsrolle ab. Anschließend arbeitet jede für sich mit verschiedenen Fragestellungen an ihrem Körperbild weiter. Für jede Fragestellung sollte eine andere Farbe verwendet werden, so dass die einzelnen Bereiche gut gekennzeichnet sind. Im Anschluss stellt jede Teilnehmerin ihr Körperbild der Gesamtgruppe vor.

Mögliche Fragestellungen:

Auf welche Veränderungen der Pubertät freust du dich am meisten/ hast du dich am meisten gefreut?

Auf welche Veränderungen freust du dich am wenigsten/ hast du dich am wenigsten gefreut?

Welche Teile deines Körpers magst du besonders?

Welche Teile deines Körpers magst du nicht?

Auf welchen Teil deines Körpers bist du besonders stolz?

Auf welchen Teil deines Körpers bist du nicht stolz?

Gibt es Teile deines Körpers, die du eher verbirgst?

Auswertung: Findet bereits während der Präsentation der einzelnen Körperbilder statt.

Veränderungsmöglichkeiten: Je nach Bedarf und Material kann jede ihr eigenes Körperbild auch auf einem DIN A3 Blatt skizzieren.

Je nach Intension und Altersgruppe kann die Fragestellung erweitert oder verändert werden.

6. Literatur

- Bange, Dirk: Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Köln 1992 (Volksblatt)
- Bengel, Jürgen/ Strittmacher, Regine/ Willmann, Hildegard: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998
- Bilden, Helga: Geschlechtsspezifische Sozialisation. In: Hurrelmann, K./Ulich, D. (Hrsg.): Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim u. Basel 1991, S. 279-301
- Brown, Lyn/Gilligan, Carol: Die verlorene Stimme. Wendepunkte in der Entwicklung von Mädchen und Frauen. Frankfurt/M. 1994
- Böger, Klaudia/Hirschmüller, Julia: Essstörungen, unveröffentl. Manuskript 2000
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren [DHS] (Hg.): Essstörungen. Eine Information für Ärztinnen und Ärzte. Hamm 1997
- Flaake, Karin: Zur Frau werden, in: Psychologie heute special 1991, Thema: Frauenschönheit.
- Flaake, Karin/King, Vera (Hg): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. Frankfurt/New York 1992
- Franzkowiak, Peter: Lebenskompetenzen fördern, Netzwerke schaffen – Eine neue Richtung für die Suchtvorbeugung?, in: Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland Pfalz (Hg.), Dokumentation der länderübergreifenden Fachtagung "Lebenskompetenzen fördern – Netzwerke schaffen. Mainz 1995
- Franzkowiak, Peter/ Helfferich, Cornelia/ Weise, Eva: Geschlechtsbezogene Suchtprävention: Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998
- Fricke, Senta/ Klotz, Michael/ Paulich, Peter: Sexualerziehung in der Praxis. Köln 1980
- Fromm, Anne/ Proissl, Eva: laut – stark und hoch – hinaus. Ideenbuch zur Mädchenspezifischen Suchtprävention. AJS Landesarbeitsstelle Bayern. München 1996
- Gaidetzka, Sabine: Aktueller Stand der Diskussion zur geschlechtsspezifischen Suchtprävention, in: Greulich, Peter (Hg.): Neue Ansätze der Suchtprävention. Frankfurt/M. 1994
- Glücks, Elisabeth: Absage an den Part der „großzügigen Verliererin“; in: „Die eigene Stimme wiedergewinnen“. Mädchen und Identität, hrsg. vom Niedersächsischen Modellprojekt „Mädchen in der Jugendhilfe“ 1996, S. 108-112
- Gwinner, Ulrich: Essstörungen bei Männern. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Tübingen 1997
- Hasselmann, Margrit: Eigentlich geht es mit ganz gut, aber ... Zum Umgang mit essgestörten Mädchen; in: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen: Mal dick, mal dünn. Hannover, S. 41-45
- Helfferich, Cornelia: Am eigenen Leib erfahren. Gesundheitsriskantes Verhalten als Körper-einsatz, in: Jugend und Gesellschaft Nr.4, Oktober 1995a

- Helfferich, Cornelia: Ansätze geschlechtsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, in Kolip u.a. 1995b, S. 135-156
- Hippel-Schuler, A.v./ Pape, I.: Ein integratives familienorientiertes Programm zur ambulanten Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher, in: Reich/Cierpka (Hg.) 1997, S. 191-207
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Weltgesundheitsorganisation, hrsg. von H. Dilling/W. Mombour/M.H. Schmidt. Bern (Huber Verlag) 1999 (3. Aufl.)
- Kolip, Petra: Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. Opladen (Leske und Budrich) 1997
- Kolip, Petra/ Hurrelmann, Klaus/ Schnabel, Peter-Ernst (Hrsg.): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. Weinheim und München (Juventa)1995
- Krüger, C./ Reich, G./ Buchheim, P./ Cierpka, M.: Essstörungen: Diagnostik – Epidemiologie – Verläufe; in: Reich/Cierpka (Hg.) 1997, S. 26-43
- Landeshauptstadt Stuttgart - Referat Soziales, Jugend und Gesundheit: mädchen Sucht junge. (Projektbericht) Stuttgart 1998
- Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen: Mal dick, mal dünn. Hannover o.J. (1999)
- Minuchin, Salvador/Rosman, Bernice/Baker, Lester: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart 1981 (Klett-Cotta)
- Preiß, Dagmar/ Schwarz, Anne/ Wilser, Anja: Mädchen - Lust und Last der Pubertät. Frankfurt (dipa)1996
- Pudel, V.: Ernährung – Gewicht – Diät. Die Mythen und die Fakten, in: Reich/ Cierpka (Hg.) 1997, S.1-25
- Reich, Günther/ Cierpka, Manfred (Hg.): Psychotherapie der Eßstörungen. Stuttgart/ New York (Georg Thieme)1997
- Sass, H./Wittchen, H.-V./Zaudig, M.: Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV. Göttingen (Hogrefe) 1996
- Schmidt, Gunther: Bulimie aus der Sicht der systemischen Familientherapie; in: Kämmerer, A./Klingenspor, B. (Hg.): Bulimie. Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung. Stuttgart 1989 (Kohlhammer), S. 49-70
- Selvini Palazzoli, Mara: Magersucht. Stuttgart 1982 (Klett-Cotta)
- Stahr, Ingeborg/ Barb-Priebe, Ingrid/ Schulz, Elke: Essstörungen und die Suche nach Identität. Weinheim (Juventa)1995
- Stauber, Barbara: Starke Mädchen – kein Problem?, in: Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis, Heft 51, 1999 "Mädchen", S. 53-64
- Stein-Hilbers, Marlene/ Becker, Marion: „Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?“. Zur Prävention von Essstörungen. Hrsg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bonn 1996
- Steiner-Adair, Catherine: Körperstrategien. Weibliche Adoleszenz und die Entwicklung von Eßstörungen; in: Flaake/King 1992, S. 240-253

Straub, Ute: Adoleszenz und Autonomie, in: Neue Praxis 2/1999, S. 180-192

Vogel, Georg: „...immer gut drauf?“ Ideenbuch zur jungenspezifischen Suchtprävention. AJS, Landesarbeitsstelle Bayern. München 1997

Warschburger, P./ Petermann, F./ Fromme, C./ Wojatalla, N.: Adipositraining mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim 1999

Weber, Gunthard/Stierlin, Helm: In Liebe entzweit. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht. Reinbek 1989 (rororo)

Westendorf-Bröring, Elisabeth: Anorexie, Bulimie, Adipositas. Symptome, Funktionen und Ursachen psychogener Essstörungen; in: Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen: Mal dick, mal dünn. Hannover o.J. (1999), S. 6-15

Winter, Reinhard/ Neubauer, Gunter: Kompetent, authentisch und normal?: Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998

7. Kommentierte Literaturlauswahl

Essstörungen allgemein:

Bruch, H.: **Ess-Störungen**. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Fischer Verlag, 1991

Dies ist ein Standardwerk einer international anerkannten Autorität auf dem Gebiet der Essstörungen über Essstörungen, die Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlungsmethoden. Dies Buch ist eine theoretisch wie praktisch anregende und hilfreiche Lektüre, die sich sowohl für Fachleute wie auch für interessierte Laien eignet. Das Buch ist gleichsam eine Synthese aus der vierzigjährigen Pionierarbeit Hilde Bruchs auf dem Gebiet der Essstörungen.

Frankfurter Zentrum für Eßstörungen: **Essstörungen**. Falken Verlag 1994

Dieses Buch gibt einen umfassenden und gut verständlichen Überblick über die einzelnen Essstörungen, ihre Erscheinungsformen und Behandlungsansätze.

Gerlinghoff, Monika/Backmund, Herbert: **Wege aus der Essstörung. Magersucht und Bulimie**. Trias Verlag, 1999

Es geht in diesem Buch um mehr als eine Normalisierung des Gewichts und des Essverhaltens. Magersucht und Bulimie sind rätselhafte Krankheiten mit verborgenen Ursachen und trügerischer Faszination. Die Autoren können auf Grund ihrer langjährigen Erfahrungen als Therapeuten Betroffenen und ihren Angehörigen helfen, die Botschaft dieser Krankheiten zu entschlüsseln und sie verstehbar zu machen.

Lawrence, Marilyn: **Satt aber hungrig**. Frauen und Eßstörungen. Reinbek 1989

Reich, Günter/Cierpka, Manfred (Hg.): **Psychotherapie der Essstörungen**. Thieme Verlag 1997

Nach einer Hinführung zu den Themen Ernährung und verschiedene Krankheitsmodelle vermittelt dieses Buch Verständnis für die Hintergründe und Möglichkeiten gängiger Therapieverfahren von Essstörungen. Es erweitert den therapeutischen Schwerpunkt durch Ansätze und Sichtweisen anderer Schulen. Es bereichert auf diese Weise die jeweilige Arbeit der Leserin/ des Lesers.

Schneider-Henn, Karin: **Die hungrigen Töchter**. Eßstörungen bei jungen Mädchen. München 1988

Dieses Buch handelt von dicken und dünnen Töchtern, die eines gemeinsam haben: Sie finden sich allesamt zu dick. Dabei spielt es keine Rolle, wieviel sie tatsächlich wiegen. Die Autorin wendet sich in erster Linie an Mütter und Töchter. Sie zeigt ihnen aus psychoanalytischer Sicht, wie Essprobleme entstehen und welche Konflikte sich dahinter verbergen.

Selvini Palazzoli, Mara/Cirillo, S./Selvini, M./Sorrentino, A.M.: **Anorexie und Bulimie**. Neue familientherapeutische Perspektiven. Klett-Cotta 1999

Mara Selvini Palazzoli, eine der Pionierinnen der Familientherapie, zieht mit ihrem Team nach dreißig Jahren therapeutischer Praxis Bilanz. An Hand einer groß angelegten Studie mit vielen Fallbeispielen geht sie die wichtigsten Etappen ihrer Arbeit durch, fasst die bedeutendsten Behandlungsmethoden zusammen, stellt sie auf den Prüfstand und präsentiert sie im Licht neuer Erfahrungen.

Stahr, Ingeborg/Barb-Priebe, Ingrid/Schulz, Elke: **Eßstörungen und die Suche nach Identität**. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten. Juventa Verlag 1995

Essstörungen treten überwiegend in den westlichen Industrieländern auf, die durch Nahrungsüberfluss, eine starke Konsumorientierung und die Entwicklung eines funktionalistischen Körperbildes geprägt sind. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die zunehmende Entwicklung dieser Essstörungen nicht mit allgemeineren gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängt. Die Analysen dieser Untersuchungen führen zudem zu der Erkenntnis, dass Essstörungen mit ausgeprägten Identitäts- und Selbstwertproblemen zusammen betrachtet werden müssen. Vor diesem Hintergrund werden Therapien neu bewertet und Präventionsmöglichkeiten diskutiert.

Wardetzki, Bärbel: **„Iss doch endlich mal normal!“** Hilfen für Angehörige von essgestörten Mädchen und Frauen. Kösel Verlag 1996

Eltern und Partner von magersüchtigen und bulimischen Mädchen leiden meist stark unter den Folgen der Essstörung und wissen oft keinen Rat mehr. Allmählich dreht sich in der Familie alles um die Essstörung und die Wünsche und Bedürfnisse aller Beteiligten kommen zu kurz. Die Angehörigen sind in dem Dilemma, helfen zu wollen, aber kaum etwas zu bewirken. Die Autorin zeigt an Hand zahlreicher Fallbeispiele, wie sie zur Überwindung der Essstörung beitragen und für eine Verbesserung der Beziehung untereinander sorgen können.

Magersucht:

Bruch, Hilde: **Der goldene Käfig**. Das Rätsel der Magersucht, Fischer TB, 1980.

Die Autorin verdeutlicht uns die Paradoxien des Rätsels Magersucht in einer knappen und klaren Prosa. Zugleich stellt sie die schwierigen Probleme dar, die bei der Therapie mit diesen Mädchen bestehen.

Selvini Palazzoli, Mara: **Magersucht**. Klett-Cotta, 1982

Dieses Buch erklärt nicht einfach nur Entstehung der Magersucht und ihre Therapie, sondern gibt gleichzeitig einen Überblick über die Entwicklung der Familientherapie. Die Autorin stellt die These auf, dass die Hartnäckigkeit einer bestimmten Form menschlichen Leidens nicht notwendigerweise in der Natur des menschlichen Wesens liegt, sondern in der Natur der Theorie, mit deren Hilfe versucht wird, dieses Leiden zu verstehen.

Weber, Gunthard/Stierlin, Helm: **In Liebe entzweit**. Die Heidelberger Familientherapie der Magersucht, Rowohlt Verlag, 1989

Das Buch stellt einen systemischen Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersucht vor. Den Autoren geht es um ein umfassendes Verständnis und den dauerhaften Erfolg bei der Behandlung. Ihrer therapeutische Arbeit hat sie davon überzeugt, dass Essstörungen stets aus einer konflikthafter Erstarrung des ganzen Familiensystems hervorgehen. Die Darstellung des theoretischen Modells wird durch zahlreiche Fallbeispiele ergänzt.

Bulimie:

Focks, Petra: **Das andere Gesicht**. Bulimie als Konfliktlösungsstrategie von Frauen. Frankfurt 1994

Gröne, Margret: **Wie lasse ich meine Bulimie verhungern?** Ein systemischer Ansatz zur Behandlung der Bulimie. Carl Auer Verlag 1999

Die Autorin beschreibt bulimische Essstörungen als zwar leidvolle, aber für die betroffenen jungen Frauen dennoch aus deren Sicht sinnvolle Lösungsstrategien in Konfliktsituationen. Sie geht davon aus, dass diese Frauen über alle Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, um ihr Leben auch ohne Essstörung zu gestalten, sie diese Möglichkeiten jedoch zu diesem Zeitpunkt aus bestimmten, verständlichen Gründen nicht nutzen. Das Buch ist vor allem für psychosoziale HelferInnen geschrieben, gibt aber auch für Betroffenen und ihre Familien wertvolle Hinweise.

Kämmerer, A./Klingenspor, B. (Hg.): **Bulimie**. Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Essstörung. Kohlhammer Verlag 1989

Langsdorff, Maja.: **Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen**. Fischer Verlag, 1985

Abertausende von Frauen hängen unerkannt an der Alltagsdroge Essen, denn wer an Bulimie leidet, verrät sich nicht durch Fettpölsterchen. Die Autorin beschreibt Zusammenhänge und Hintergründe der Essstörungen und zeigt auf, welche Wege hinaus führen können. Sie lässt Betroffene wie Psychologen Stellung beziehen und aus ihrer Sicht über das Phänomen Bulimie berichten.

Ess-Sucht:

Beil, Brigitte: **Das übergewichtige Kind**. München 1999

Dieser Ratgeber wendet sich an Eltern mit übergewichtigen Kindern. Ohne Diätpläne und Kalorienzählerei, dafür aber mit zahlreichen Vorschlägen zur Veränderung dickmachender Essgewohnheiten sowie vielen Hinweisen zu einer gesünderen Lebensweise unterstützt er Eltern beim liebevollen Umgang mit ihren Kindern.

Orbach, S.: **Anti-Diät-Buch I und Anti-Diät-Buch II**. Frauenoffensive 1979 u. 1984

In ihren Büchern über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursache von Esssucht, stellt die Autorin alle bisherigen Annahmen über Gewichtsabnahme in Frage und beschreibt eine Heilmethode, die an den Wurzeln des Problems ansetzt. Sie hält Dickleibigkeit auch für ein ge-

sellschaftlich bedingtes Leiden und eine Reaktion auf die Ungleichheit der Geschlechter. Sie zeigt in einfühlsamer Weise auf, warum Frauen esssüchtig werden, warum sie nach einer Diät wieder zunehmen und wie sie den Teufelskreis durchbrechen können. Band II enthält eine praktische Anleitung zur Überwindung der Esssucht mit vielen Übungen und Fallbeispielen.

Warschburger, P./Petermann, F./Fromme, C./Wojatalla, N.: **Adipositraining mit Kindern und Jugendlichen**. Weinheim 1999

Selbsthilfe:

Johnston, Anita: **Die Frau, die im Mondlicht aß**. Die uralte Weisheit von Märchen und Mythen hilft Frauen, Eßstörungen zu überwinden. Scherz Verlag, 1998

Mythen und Märchen sind das Gedächtnis der Menschheit. Mit ihrer Hilfe führt die Psychologin Anita Johnston Frauen, die unter Essstörungen leiden, zu ihrer inneren Weisheit zurück.

Schimpf, Monika: **Selbsteilung von Eßstörungen für langjährig Betroffene**. Ein Arbeitshandbuch. Borgmann Verlag, 1996

Selbsteilungskräfte und eigene Lösungsideen zu verstärken und auszubauen, ist das vorrangige Ziel, das durch 55 Übungen erreicht werden soll. Angesprochen sind auch diejenigen, denen bisher Psychotherapien nicht helfen konnten. Auch wenn es keine Erfolgsgarantie gibt, zeigt das Arbeitshandbuch einen vielversprechenden Weg mit Essstörungen umzugehen. Das Buch kann auch in Einzel- und Gruppenberatungen eingesetzt werden.

Schmidt, Ulrike: **Die Bulimie besiegen**. Ein Selbsthilfe-Programm. Campus 1996

Selbsthilfe bei Bulimie ist möglich. Hier erhalten Betroffene eine bewährte Therapie in Form eines Arbeits- und Übungsbuches. Die erste konkrete Anleitung zur Selbsthilfe, die auf ihre Wirksamkeit hin wissenschaftlich überprüft wurde, geschrieben von Expertinnen, die die Betroffenen Schritt für Schritt auf dem Weg zur Besserung begleiten.

Prävention

Eagle, Carol J.: **"Weil ich ein Mädchen bin..."** Stark und selbstbewusst durch die Pubertät. Patmos 1995

Die Autorin hat 30 Jahre lang jugendliche Mädchen und ihre Familien beraten. In diesem Buch macht sie auf die Probleme aufmerksam, denen sich Mädchen während der Pubertät stellen müssen: Von wachsenden Anforderungen in der Schule, von der körperlichen und seelischen Reifung der Sexualität, von Beziehungen zum anderen Geschlecht bis hin zu Essstörungen. Sie zeigt Wege auf, wie Eltern ihren Töchtern helfen können, diese Schwierigkeiten zu bewältigen.

Fromm, Anne/ Proissl, Eva: **laut – stark und hoch – hinaus**. Ideenbuch zur Mädchenspezifischen Suchtprävention. Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern. Eigenverlag München 1996

Nach einer Hinführung zu den Themen geschlechtsspezifischer Ansatz in der Suchtprävention und Konsummuster und Suchtmittel von Mädchen und Frauen, stellen die Autorinnen ein pra-

xisorientiertes Konzept zur Mädchenspezifischen Suchtprävention vor. Der Schwerpunkt liegt auf den zahlreichen Methoden, die für die inhaltlichen Schwerpunkte der Suchtprävention für Mädchen erarbeitet wurden. Die Methoden und Spiele eignen sich für Mädchen und junge Frauen ab 6 Jahren

Vogel, Georg: **"...immer gut drauf?"** Ideenbuch zur jugendspezifischen Suchtprävention. Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern. Eigenverlag München 1997

Hier handelt es sich um das Pendant zu "laut – stark und hoch – hinaus". Die Methoden richten sich an Jungen ab 10 Jahren.

Stein-Hilbers, Marlene/ Becker, Marion: **"Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?"** Zur Prävention von Essstörungen. Hrsg. vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn 1996

Zu Beginn stellen die Autorinnen die einzelnen Essstörungen und Präventionsansätze kurz vor und beschreiben ausführlicher die Bedeutung des Körpers in der Sozialisation Jugendlicher. Der Hauptteil beschreibt jedoch das Hagener Präventionsprojekt "Wie schlank muss ich sein, um geliebt zu werden?", das darauf abzielt, potentiell und auch tatsächlich von Essstörungen betroffene Mädchen und junge Frauen zu erreichen. Die 41 Projekttreffen mit einer Gruppe von 16-20 jährigen Frauen werden inhaltlich vorgestellt und ausgewertet.

Bücher für Jugendliche und junge Erwachsene:

Blobel, Brigitte: **Meine schöne Schwester**. Arena TB, 1989. Ab 12 Jahre

Dana und ihre 2 Jahre ältere Schwester Beate sind sehr verschieden. Beate ist sich ihrer Schönheit bewusst. Dana sehnt sich Anerkennung und tröstet sich mit Essen – bis sie beschließt abzunehmen. Die Abmagerungskur entwickelt sich zur Magersucht ...

Deckelmann, Maria: **Ich muß unbedingt mal wieder ein paar Pfund abnehmen!** Schluß mit dem Diät-Terror. S. Fischer Verlag, 1987. Ab 14 Jahre

Graf, Anette: **Die Suppenkasperin**. S. Fischer Verlag, 1988. Ab 15 Jahre

Mit 16 Jahren beginnt Andrea eine Abmagerungskur. Ihre Lust abzunehmen wurde immer größer, sie wuchs sich zur Sucht aus – zur Magersucht. Die heimtückische Krankheit begann sie auszusaugen, nahm immer mehr Raum ein in ihrem Leben und beherrschte es schließlich total. Fünf Jahre dauerte dieser Kampf gegen ihre Krankheit schon an, als sie sich entschloss, ihre Erlebnisse und Gedanken aufzuschreiben. Ein Happy-End fehlt bei ihrem Bericht, sie ist nicht "geheilt". Das Nachwort ihres Psychotherapeuten erklärt jedoch, warum es ihr noch nicht möglich ist, diese Form der Lebensverweigerung aufzugeben.

Hede, Maria: **Spiegelblicke**. Tagebuchaufzeichnungen einer 18jährigen. Arena TB, 1995. Ab 14 Jahre

Evelyn hat in den Schulferien ein paar Pfund zugenommen, und die sollen wieder runter. So harmlos fängt das an, was vier Monate später auf der Intensivstation endet. Nach einem Selbstmordversuch wird Evelyn mit 34 kg Gewicht ins Krankenhaus eingeliefert. Ohne zu beschönigen erzählt Maria Hede ihre eigene Geschichte.

Hornbacher, Marya: **Alice im Hungerland**. Leben mit Bulimie und Magersucht. Eine Autobiographie. Campus Verlag, 1999. Ab 18 Jahre

"Ich habe dieses Buch geschrieben," so die Autorin, "weil ich davon überzeugt bin, dass einige Leute sich darin wiedererkennen werden. Ich habe es auch geschrieben, weil ich die gängigen Ansichten über Essstörungen nicht teile." Eindringlich schildert die junge Autorin ihre schmerzhaften Erinnerungen und wirft dabei ein Licht auf das komplizierte Geflecht persönlicher, familiärer und gesellschaftlicher Ursachen der Bulimie und Magersucht. Das Buch ist weder Zeugnis einer wunderbaren Heilung noch ein Sensationsbericht.

Kemff, Diana: **Fettfleck**. Rowohlt Verlag, 1981. Ab 13 Jahre

Ein eindringlicher Roman über das Heranwachsen eines jungen Mädchens, die unter ihrem Dicksein leidet. Sie vergräbt sich hinter Büchern und flüchtet sich in eine Fantasiewelt.

Lembcke, Marjaleena: **Der Schatten des Schmetterlings**. Bertelsmann Verlag, 1998. Ab 14 Jahre

Katja hat sich wegen ihrer Magersucht in die Klinik einweisen lassen. Der Aufenthalt dort gibt ihr vielerlei Anstoß zur Reflexion über sich und ihre Beziehungen zu anderen, besonders zu ihrer Familie. Obwohl sie schließlich die Therapie abbricht, die sie als demütigend und entmündigend erlebt, kehrt sie gestärkt und mit Plänen für eine lohnenswerte Zukunft nach Hause zurück.

Nygaard, Gunvor, A.: **Inger oder Jede Mahlzeit ist ein Krieg**. dtv, 1991. Ab 12 Jahre

"Wer bin ich?" fragt sich verzweifelt die 14-jährige Inger. Spiegel und Waage scheinen Auskunft zu geben und sind so Verbündete im Kampf gegen eine unsichtbare äußere Übermacht. Und so hungert sich Inger ihrem Ich-Ideal, dem schwerelosen Vogelmädchen, entgegen. Sie zieht sich immer mehr zurück in eine Traumwelt und bricht schließlich jeden Kontakt mit ihrer Umwelt ab...

Pressler, Mirjam: **Bitterschokolade**. Beltz & Gelberg, 1980. Ab 12 Jahre

Die 14-jährige Eva ist dick und fühlt sich deshalb einsam und ungeliebt. Sie frisst ihren Kummer in sich hinein. Sie merkt jedoch, dass es nicht die Fettschicht ist, die sie von den anderen trennt und beginnt langsam, sich selbst zu akzeptieren.

Sachs, Marilyn: **Keine Pizza mehr für Ellen**. dtv TB, 1996. Ab 15 Jahre.

Zum Erstaunen aller verlässt der 17-jährige Jeff seine hübsche Freundin Norma wegen der dicken Ellen. Jeff macht es sich zur Aufgabe, aus Ellen eine schlanke, nach seinem Idealbild geformte Person zu machen. Aus Liebe zu Jeff lässt Ellen zu, dass er über ihr Leben bestimmt. Doch mit jedem Kilo, das sie verliert, wird Ellen selbstsicherer und unabhängiger.

Scheen, Kjersti: **Mondfee**. Aurich Verlag, 1996. Ab 14 Jahre

Cindy ist hübsch, tüchtig und begabt – der Sonnenschein ihrer Eltern und beliebt bei den Freundinnen. Keiner ahnt etwas von ihren Ängsten, Unsicherheiten, von ihren "chaotischen Gefühlen", wie Cindy sie nennt. Eines Tages wird sie schwer magersüchtig. In einem mühsamen, psychotherapeutisch begleiteten Prozess erkennt Cindy, wie sehr sie für das Wohlergehen der Familie verantwortlich ist, vor allem für die bedürftige Mutter

Schlipper, Annette: **Gewitter im Bauch**. G. Bitter Verlag, 1989. Ab 13 Jahre

Authentischer Bericht einer 17-jährigen, die glaubt, sich charakterlich nicht ihrem Ideal annähern zu können. Deshalb möchte sie wenigstens schlank sein und beginnt ihren Weg in die Magersucht.

Schlipper, Annette: **Finger in den Hals**. Patmos Verlag, 1991. Ab 13 Jahre

Jasmina, 15 J. alt, hübsch und umschwärmt, fühlt sich minderwertig. Aus Angst vor einer Gewichtszunahme findet sie eine "Lösung", bei der sie essen kann und trotzdem nicht zunimmt: sie "kotzt". Aber aus Essen wird Fressen, sie zieht sich immer weiter aus ihrem Freundeskreis zurück, alles dreht sich nur noch ums Essen und wie sie ihr Geheimnis bewahren kann. Erst nach einem Selbstmordversuch ergreift sie die Chance, ihr Leben neu zu überdenken.

Stewart, Maureen: **Essen – nein danke!** Ravensburger TB, 1998. Ab 14 Jahre

Rebecca hat nur ein Ziel: Abzunehmen. Sie ist süchtig nach dem Hochgefühl, wieder ein Pfund "abgespeckt" zu haben. Und sie fühlt sich bestätigt, wenn sie ihrer Familie oder Freundin beim Essen zusieht. Was die alles in sich hinein stopfen. Rebecca isst wochenlang fast nichts und hat "super Ergebnisse". Bis sie eines Tages umkippt und mit nunmehr 35 Kilo im Krankenhaus landet. Dennoch hat sie keinerlei Krankheitseinsicht und denkt sich immer raffiniertere Methoden aus, ihre Essstörung zu verbergen.

Anlaufstellen in Baden-Württemberg

Grundsätzlich sind die *Erziehungsberatungsstellen* der Land- und Stadtkreise eine geeignete Anlaufstelle. Ihre Adressen sind im Telefonbuch zu finden.

Außerdem gibt es in jedem Kreis eine/n *Suchtprophylaxebeauftragte/n*, die über einschlägige Adressen verfügen:

<i>Stadt</i>	<i>AnsprechpartnerIn</i>	<i>Telefon</i>
Aalen	Berthold Weiß	07361 – 503 293
Baden-Baden	Steffen Miller	07221 – 931 445
Balingen	Josef Huber	07433 – 921 564
Böblingen	Jörg Litzenburger	07031 – 663 538
Esslingen	Elke Klös	0711 – 3902 2571
Freiburg	Uwe Müller-Herzog	0761 – 201 3754
Friedrichshafen	Christine Bakalski	07541 – 204 121
Göppingen	Uschi Saur	07161 – 202 652
Graben-Neudorf	Matthias Haug	07255 - 76020
Heidelberg	Jürgen Höning	06221 - 583175
Heilbronn	Martina Groeh	07131 – 56 3566
Karlsruhe	Dieter Moser	0721 – 133 5395
Konstanz	Johannes Fuchs	07531 – 800 782
Künzelsau	Joachim Armbrust	07940 – 9221 18
Lörrach	Gisela Schleidt	07621 – 410 264
Ludwigsburg	Brigitte Bartenstein	07141 – 144 2476
Mannheim	Marcus Miertsch	0621 – 293 9337
Offenburg	Antonio Vetrano	0781 – 805 376
Pforzheim	Annette Kurth	07231 – 308 75
Ravensburg	Roland Gburek	0751 – 85 445
Schwäbisch-Hall	Herbert Obermann	0791 – 755 454
Stuttgart	Susanne Keefer/Hans Groß	0711 – 216 7765
Ulm	Gabriele Joanni	0731 – 185 1406
Waldshut	Rudi Kappeler	07751 – 86 133

Beratungsstelle für Mädchen, Eltern und pädagogische Fachkräfte:

MädchenGesundheitsLaden

Lerchenstr. 54, 70176 Stuttgart

Tel. 0711 – 2239982, Fax 0711 – 226 2567

e-Mail: info@maedchengesundheitsladen.de